

**Estrategia de Atención al Paciente
Crónico en Castilla y León, Visión
2024-2030: La importancia de un
enfoque integral y centrado en la
persona**

Mayo 2025

Índice

1. Presentación.....	2
2. Justificación de la Estrategia.....	3
3. Marcos de Referencia	5
3.1. Marcos de referencia estratégicos.....	5
3.2. Marcos de referencia normativos.....	12
4. Análisis de situación en Castilla y León	15
4.1. Envejecimiento poblacional	15
4.2. Distribución geográfica	17
4.3. Prevalencia	18
4.4. Aspectos sociales	37
4.5. Resultados e iniciativas exitosas desplegadas en Castilla y León.....	38
5. Fundamentos para la actualización del modelo de atención a las personas con enfermedades crónicas de Castilla y León	48
6. Metodología.....	51
6.1. Fase 0. Lanzamiento	51
6.2. Fase 1. Análisis de situación	51
6.3. Fase 2. Desarrollo del marco estratégico y del modelo de seguimiento	54
7. Marco estratégico para la Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030	55
7.1. Población destinataria.....	55
7.2. Misión.....	55
7.3. Visión	55
7.4. Desarrollo estratégico	55
8. Implementación de la estrategia	74
8.1. Estructura organizativa para el despliegue de la estrategia.....	74
8.2. Plan de despliegue y seguimiento de la estrategia	76
9. Anexos.....	91
Anexo A. Siglas y abreviaturas	91
Anexo B. Índice de figuras	93
Anexo C. Bibliografía	96
Anexo D. Participación.....	102

1. Presentación

DOCUMENTO TÉCNICO



2025 Este trabajo está licenciado bajo CC BY-NC-ND 4.0. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

2. Justificación de la Estrategia

Las enfermedades crónicas representan la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial y suponen uno de los mayores retos de salud del presente siglo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que las enfermedades crónicas son la causa de la muerte de 41 millones de personas cada año, representando el 74,0% de todas las muertes a nivel mundial ⁽¹⁾.

Además, existen una serie de factores de riesgo que favorecen el desarrollo de las enfermedades crónicas, tales como los de comportamiento modificable (tabaco, inactividad física, alcohol y alimentación poco saludable), los metabólicos (hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, hiperglucemia, hiperlipidemia) y los medioambientales (contaminación). Aunque la edad contribuye también a un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, la OMS estima que anualmente más de 17 millones de personas con edades inferiores a 70 años fallecen como consecuencia de una enfermedad crónica ⁽¹⁾.

El avance de la medicina, el progreso en la ciencia de los cuidados, el desarrollo de las ciencias ómicas, así como la aparición de nuevas terapias y tratamientos farmacológicos hace que cada vez más enfermedades puedan tener una evolución hacia la cronicidad. De esta forma, se han cronificado enfermedades que antes eran mortales como las enfermedades oncológicas, víricas, metabólicas, neurodegenerativas, inmunológicas o genéticas ⁽²⁾.

En España, las enfermedades crónicas constituyen el patrón epidemiológico preponderante, como consecuencia del incremento en la esperanza de vida, los avances en salud pública y en la atención sanitaria, junto con la permanencia de hábitos poco saludables como el tabaquismo, una alimentación inadecuada y el sedentarismo ⁽³⁾. De acuerdo con la Encuesta Europea de Salud en España 2020, las enfermedades crónicas afectan a casi 21,7 millones de personas con edades comprendidas entre los 15 y más años, lo que representa el 54,3% de ese grupo de edad. En Castilla y León, la prevalencia asciende al 68,2% de la población con 15 y más años, siendo el volumen estimado de población afectada de algo más de 1,4 millones de personas, distribuida en un 54,8% de mujeres y un 45,2% de hombres ⁽⁴⁾. Asimismo, se calcula que la población pediátrica afectada por enfermedades crónicas en España es del 15,6%, siendo las enfermedades con mayor prevalencia o que condicionan una mayor necesidad de recursos en las edades infantiles, el asma, la obesidad, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno del Espectro Autista, las enfermedades neurodegenerativas y las enfermedades metabólicas ⁽⁵⁾.

Adicionalmente, existe una elevada prevalencia de multimorbilidad y pluripatología, especialmente en las personas mayores de 65 años. La multimorbilidad, entendida como la presencia de forma simultánea de 2 o más enfermedades crónicas, es una situación que aumenta con la edad y que padecen actualmente la mayor parte de las personas de edad avanzada, la mitad de las personas adultas y 1 de cada 10 menores ⁽⁶⁾. Dicho estado tiene un impacto negativo en la salud de las personas, presentando mayor vulnerabilidad clínica, mortalidad, deterioro funcional, polifarmacia, menor calidad de vida y, con frecuencia, una situación de dependencia funcional, a la vez que un mayor consumo de recursos sanitarios ^{(7) (8)}.

Además, las enfermedades crónicas contribuyen a la fragilidad de las personas, y ésta, a su vez, incrementa la vulnerabilidad y las complicaciones en determinadas enfermedades crónicas. La fragilidad se relaciona en gran medida con otros factores como la comorbilidad, el envejecimiento y la discapacidad ⁽⁹⁾. Adicionalmente, las situaciones de soledad y aislamiento social que pueden padecer algunas personas también repercuten negativamente en su salud física y mental ^{(10) (11)}.

Dentro de la población con enfermedades crónicas, existe un grupo de personas con enfermedades crónicas en situación de complejidad, que se caracterizan por la presencia de múltiples patologías, gran morbilidad, situación de dependencia, complejidad de cuidados y un elevado consumo de recursos sanitarios ^{(12) (13)}. En este sentido, la atención a personas con enfermedades crónicas se estima que consume gran parte de los recursos sanitarios,

suponiendo el 80% de las consultas de Atención Primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios, el 33% de las visitas a los servicios de urgencias y entre el 70% y el 80% del gasto sanitario. Además, en el caso de las personas con enfermedades crónicas de alto riesgo, se considera que pueden alcanzar el 50% de las estancias hospitalarias ^{(12) (14) (15)}.

Por todo ello, los modelos de atención de las personas con enfermedades crónicas se orientan hacia la atención centrada en la persona, desde una perspectiva integral e integrada, holística e interdisciplinar, con un abordaje proactivo ^{(1) (12) (13)}. La atención centrada en la persona con enfermedades crónicas implica favorecer su empoderamiento y el de las personas cuidadoras, proporcionándoles la información adecuada sobre su proceso para una toma de decisiones compartida, así como la educación necesaria para favorecer el manejo de sus enfermedades y el autocuidado, con programas que favorezcan la educación entre iguales ^{(12) (13)}.

Debido a que muchas personas con estas enfermedades están polimedizadas, también es importante el desarrollo de programas tendentes a favorecer la adherencia terapéutica, que mejoren el uso y el conocimiento de la medicación en estas personas. Es igualmente relevante el uso compartido de la información clínica de la persona con enfermedades crónicas, tanto entre profesionales de un mismo nivel asistencial como entre diferentes niveles asistenciales y con otros sectores, como el social o sociosanitario ^{(12) (13)}.

La incorporación de dispositivos de teleatención sanitaria y monitorización, constituyen una herramienta de seguimiento complementaria que permite reducir los desplazamientos de las personas con enfermedades crónicas. Existen experiencias y prácticas de atención a las personas con enfermedades crónicas con evidencia contrastada que pueden ser incorporadas a los modelos de atención, tales como el soporte telefónico proactivo por enfermería y las visitas domiciliarias ^{(12) (13)}.

En la atención a estas personas, entre los aspectos a tener en cuenta, también se deben considerar los determinantes sociales de la salud, que aluden al impacto de aspectos relacionados con la clase social, el nivel de estudios, el lugar de residencia, entre otros factores que inciden en la salud de las personas ^{(12) (13)}.

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, consciente de la necesidad de transformación del modelo de atención a las personas con enfermedades crónicas y sus personas cuidadoras, elaboró en el año 2013 la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Esta estrategia promueve un modelo de atención basado en un enfoque poblacional, en el que se plantean intervenciones adaptadas a las necesidades de la población de acuerdo con su nivel de riesgo. Desde entonces, se han puesto en marcha numerosas iniciativas que han permitido avanzar en la mejora de la atención de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores en Castilla y León. La presente actualización pretende dar continuidad a la estrategia previa, consolidando aquellas actuaciones ya iniciadas e incorporando aquellos aspectos innovadores con probada evidencia que puedan suponer una mejora en la atención de la población, con especial orientación a las personas con enfermedades crónicas complejas.

Para la elaboración de esta Estrategia se ha contado con la colaboración de diferentes perfiles profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, responsables y gestores de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, así como un número significativo de asociaciones de pacientes. Todos ellos han demostrado un firme compromiso con la elaboración de esta actualización y con la mejora de la atención de las personas con enfermedades crónicas en Castilla y León.

En todo el proceso de elaboración de la Estrategia se ha tenido en cuenta el enfoque de género, especialmente en lo relativo a la inclusión de datos desagregados por sexo, siempre que ha sido posible, así como, el empleo del lenguaje inclusivo.

3. Marcos de Referencia

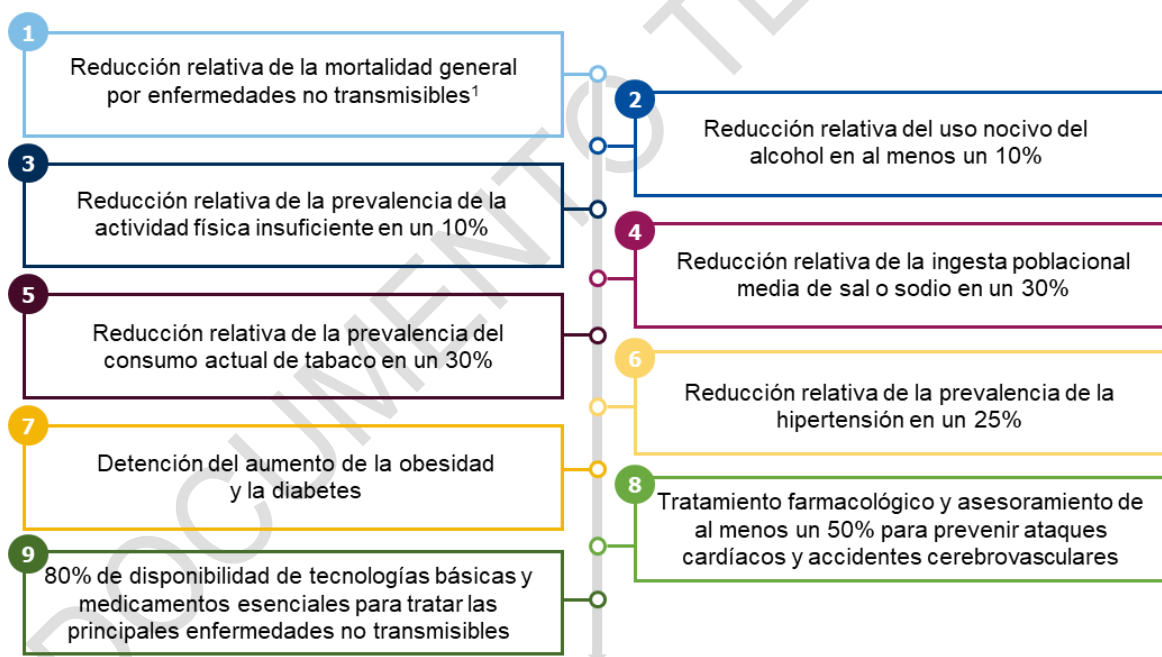
3.1. Marcos de referencia estratégicos

3.1.1. Internacional

En el contexto internacional, en el año 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció el impacto de las enfermedades no transmisibles sobre la dimensión social, económica y de la salud pública, adoptando una declaración política en la que se comprometía a afrontar la carga mundial de las enfermedades no transmisibles e instaba a la OMS a apoyar a los países en esta tarea.

En este contexto, la OMS elaboró el **Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020** ⁽¹⁶⁾. Dicho plan fue prorrogado hasta el año 2030 en la Asamblea Mundial de la Salud del año 2019, desarrollándose una hoja de ruta para su aplicación desde el año 2023 hasta el año 2030 al objeto de implementar las medidas que permitan alcanzar nueve objetivos a nivel mundial de máximo impacto para la prevención y atención de las enfermedades no transmisibles.

Figura 1: Objetivos del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020



¹ Enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.

Fuente: Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020.OMS.

Adicionalmente, la **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible** adoptada por las Naciones Unidas en el año 2015, también reconoce a las enfermedades no transmisibles como un importante problema de salud mundial. Como parte del objetivo 3 dedicado a la salud y el bienestar (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades), se recoge la meta 3.4 sobre enfermedades no transmisibles y salud mental. En concreto se establece, para el año 2030, el propósito de reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, así como promover la salud mental y el bienestar ⁽¹⁷⁾. Para alcanzar esta meta, la OMS asume el liderazgo en la coordinación y promoción del abordaje de las enfermedades no transmisibles a nivel mundial.

La OMS, consciente de que realizar actividad física de forma regular es fundamental para prevenir y tratar las enfermedades crónicas presenta en 2018 en el **Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano**. Este Plan tiene como finalidad reducir la inactividad física para lo que plantea 4 objetivos y 20 medidas que abordan los múltiples determinantes culturales, ambientales e individuales de la inactividad ⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, en el año 2020, la OMS elaboró la **Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025** la cual pretendía aprovechar las tecnologías digitales para mejorar los sistemas de salud y garantizar un acceso equitativo a la atención sanitaria de calidad. La estrategia pretende abordar desafíos globales como las desigualdades en el acceso a la atención, el aumento de enfermedades crónicas, y la necesidad de respuestas rápidas a emergencias de salud pública ⁽¹⁹⁾.

Ámbito Europeo

En Europa, la Comisión Europea se ha comprometido a colaborar con los Estados miembros en la consecución de los objetivos establecidos por las Naciones Unidas y la OMS en lo referente a las enfermedades no transmisibles. Para ello, en diciembre de 2021, la Comisión Europea puso en marcha la iniciativa “**Juntos más saludables: enfermedades no transmisibles de la Unión Europea**” para apoyar a los estados miembros a identificar e implementar políticas y acciones efectivas para disminuir la carga de las principales enfermedades no transmisibles y mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos ⁽²⁰⁾.

Esta iniciativa se orienta hacia un enfoque holístico y coordinado, abordando la prevención y la atención, a la vez que promueve un mejor conocimiento y disponibilidad de datos, la detección y el diagnóstico precoz, la gestión del tratamiento, así como la mejora de la calidad de vida.

Figura 2: Ejes de la iniciativa de la UE “Juntos más saludables: enfermedades no transmisibles”



Fuente: Comisión Europea.

En este contexto, el Parlamento Europeo aprueba en diciembre de 2023 una **Resolución sobre las enfermedades no transmisibles (2023/2075(INI))**, que plantea 7 grandes áreas de actuación ⁽²¹⁾.

1. Prevención de las enfermedades no transmisibles.
2. Relación entre enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Identificación de las poblaciones de alto riesgo y diagnóstico precoz de enfermedades no transmisibles.
4. Mejora de la asistencia sanitaria para las enfermedades no transmisibles.
5. Capacitación de los pacientes.
6. Fomento de la innovación para acelerar el desarrollo de tecnologías y medicamentos eficaces, accesibles y asequibles.
7. Sensibilización, investigación e intercambio de conocimientos.

Asimismo, la digitalización de la salud se considera un aspecto clave en las estrategias de la Unión Europea para la mejora de la atención de las personas con enfermedades. Actualmente, se está desarrollando la segunda **Agenda Digital para Europa: 2020-2030** ⁽²²⁾, así como el **Programa Europa Digital** ⁽²³⁾. En este marco, se está impulsando entre otros aspectos: el uso

compartido y seguro de datos (Estrategia Europea de Datos y el marco legal asociado); la inteligencia artificial; la ciberseguridad; y la educación y las capacidades.

La Comisión Europea también ha impulsado la creación de la **Asociación Europea de Innovación para el Envejecimiento Activo y Saludable**, que es una iniciativa que tiene por objetivo fomentar el uso de la innovación digital para el envejecimiento activo y saludable ⁽²⁴⁾.

Adicionalmente, la Comisión Europea en colaboración con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) inició el ciclo sobre Estado de salud en la Unión Europea en el año 2016, publicando un informe sobre el panorama de la salud en Europa cada dos años. El informe **“Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle”** se centra en las medidas a adoptar para abordar la escasez de personal sanitario en Europa, en analizar las tendencias para favorecer el envejecimiento saludable y reducir la carga sobre los sistemas de salud y de atención a largo plazo, así como, en analizar el estancamiento que se ha producido en la mejora del abordaje de los factores de riesgo relacionados en los estilos de vida saludables ⁽²⁵⁾.

Modelos de atención a personas con enfermedades crónicas a nivel internacional

Los modelos de atención a personas con enfermedades crónicas promueven un enfoque integral, en el que la persona con enfermedades crónicas es el eje del modelo de atención, y se tiene en cuenta las necesidades de cuidados y de continuidad asistencial de estas personas.

Estos modelos se basan en una atención proactiva e interdisciplinaria orientándose hacia el bienestar y autonomía de las personas.

Los principales modelos a partir de los cuales se han definido los marcos de atención a las personas con enfermedades crónicas son los siguientes:

- **Chronic Care Model (CCM):** es un enfoque conceptual desarrollado en EE.UU. a finales de los años 90. Está diseñado para mejorar la atención de personas con enfermedades crónicas a través de la organización y coordinación del sistema de salud, con un enfoque proactivo y preventivo que permita reducir complicaciones y costes a largo plazo. Este modelo tiene en cuenta la interrelación entre diferentes estamentos, tales como: la comunidad, el sistema sanitario y las personas con enfermedades crónicas.
- **Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC):** este modelo es una adaptación del CCM realizada por la OMS y el *MacColl Institute for Healthcare Innovation* en el cual se incide en mayor medida en el enfoque de salud poblacional y presta más atención a los temas relacionados con la prevención, a la vez que da más importancia a la toma de decisiones basada en la evidencia científica y en la calidad de la atención. El modelo diferencia 3 niveles: micro (pacientes y familia), meso (organización de atención sanitaria y comunidad), y macro (políticas y estrategias de salud).
- **Kaiser Permanente:** en el año 2002, surge el modelo *Kaiser Permanente* el cual tiene un enfoque poblacional, por lo que se centra en la atención a la persona más que en la organización, así como en una mayor inversión en servicios de atención primaria y comunitaria, favoreciendo la accesibilidad a servicios sanitarios excelentes, con tiempos de espera muy limitados y donde se minimiza el uso de camas hospitalarias de agudos. Este modelo establece un criterio de estratificación según el grado de complejidad de la persona, a partir del cual se planifica la intervención más adecuada. De este modo se establecen 4 segmentos: población general (promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad); baja complejidad (soporte a la autogestión); alto riesgo (gestión de la enfermedad); y alta complejidad (gestión del caso).
- **King's Fund:** la organización *The King's Fund* realizó una adaptación de la pirámide de Kaiser combinando la visión sanitaria y social como dos partes integradas de la atención, de tal forma que introduce en cada nivel de complejidad, la visión social y sanitaria según el grado de complicación de la patología y las características del paciente.

Estos modelos internacionales de estratificación de la población según su nivel de riesgo han condicionado las propuestas de abordaje de la atención a las personas con enfermedades crónicas promovidas por las distintas administraciones sanitarias, tanto a nivel nacional como autonómico en España ⁽²⁶⁾.

3.1.2. Nacional

El Ministerio de Sanidad publicó en el año 2012 la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud** ⁽²⁷⁾. La Estrategia planteaba las siguientes líneas estratégicas:

- Promoción de la salud.
- Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- Continuidad asistencial.
- Reorientación de la atención sanitaria.
- Equidad en salud e igualdad de trato.
- Investigación e innovación.

En el año 2021, el Ministerio de Sanidad publicó el **Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud**. El informe presentaba los resultados de la Evaluación de la Estrategia para el Abordaje de la cronicidad la cual tenía como resultado valorar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos, mediante la recogida de los resultados de los indicadores y criterios de evaluación ⁽²⁷⁾.

De acuerdo con estos resultados se establecían las siguientes líneas prioritarias de actuación a reforzar o implementar:

1. Historia clínica electrónica compartida.
2. Atención coordinada social y sanitaria.
3. Fomentar el trabajo en equipo y la corresponsabilidad de los profesionales de los distintos ámbitos asistenciales como garantía de la continuidad asistencial.
4. Impulsar la visita domiciliaria en las personas en situación compleja, clínica o social, como uno de los objetivos a conseguir por cada equipo de Atención Primaria (EAP).
5. Mejorar la capacidad resolutoria y la gestión clínica de la demanda de AP.
6. Participación y empoderamiento del paciente en su proceso asistencial.
7. Uso seguro y efectivo de medicamentos en personas con enfermedades crónicas polimedicados.
8. Continuar el proyecto de Mejora del Abordaje del Dolor Crónico en el SNS.

Como parte del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, el Ministerio de Sanidad publicó en el año 2014 la **Estrategia de promoción de la y prevención en el SNS**. El objetivo general de esta Estrategia es fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones ⁽²⁸⁾. Ese mismo año, y en el marco de esta estrategia se publica el **Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor**, el cual es actualizado en 2022, con el título **Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor**. Estos documentos se centran en el abordaje de la fragilidad y la necesidad de realizar diagnóstico precoz e intervención sobre la misma desde el sistema sanitario, y en especial en atención primaria ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾.

En relación con la cronicidad, el Ministerio de Sanidad también publicó las siguientes estrategias:

- **Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud - ESCAV** (año 2022). De forma específica, contempla el abordaje de enfermedades cardiovasculares de carácter crónico como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, las valvulopatías y las arritmias ⁽³¹⁾.
- **Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud** (año 2013), y el **Informe de Evaluación y Líneas Prioritarias de Actuación** (año 2021). En el marco de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas se incluyen un amplio espectro de condiciones con una elevada prevalencia, con tendencia a la cronicidad y a generar discapacidad ⁽³²⁾ ⁽³³⁾.
- **Estrategia en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica** (año 2009), y su **actualización** (año 2014). La estrategia se enfoca hacia todo el proceso de atención de personas con EPOC, incidiendo sobre la prevención y detección precoz, la atención a la persona en fase estable y con exacerbación y los cuidados paliativos ⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾.
- **Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud** (año 2009) ⁽³⁶⁾, su **actualización** (año 2024) y el **Informe de Evaluación y Líneas Prioritarias de Actuación** (año 2022). La estrategia contempla el abordaje y los cuidados de las secuelas de carácter crónico que puede generar el ictus, ya sean permanentes o prolongadas en el tiempo ⁽³⁷⁾ ⁽³⁸⁾.
- **Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud** (año 2007), y su **actualización** (año 2012). La estrategia incide entre otros aspectos, en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención primaria, el diagnóstico precoz, la asistencia integrada y el abordaje de complicaciones ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.
- **Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud** (año 2006), y su **actualización** (año 2011). La estrategia y su actualización pretendía adecuar el marco de actuación general en lo relativo a la cardiopatía isquémica para favorecer su prevención, atención y seguimiento en cualquiera de los estadios de la enfermedad ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾.

Por su parte el Alto Comisionado para la Lucha contra la Pobreza Infantil publicó en el año 2022, el **Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030)- En Plan Bien**. El objetivo del Plan es alcanzar una reducción del sobrepeso y la obesidad infantil y adolescente en España en un 25% en una década desde su publicación ⁽⁴³⁾.

Adicionalmente, a nivel nacional existe una **Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud** del año 2007, la cual fue revisada publicándose en el año 2011 su **actualización para el periodo 2010-2014** ⁽⁴⁴⁾ ⁽⁴⁵⁾. La estrategia está dirigida a las personas con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentren en situación avanzada y terminal. En el año 2023, se presenta el **informe de evaluación de esta estrategia** durante el periodo 2015-2020 ⁽⁴⁶⁾.

Asimismo, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó en el año 2016 la **Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020**. El objetivo de esta Estrategia es mejorar la seguridad del paciente en todos los niveles y ámbitos asistenciales del SNS ⁽⁴⁷⁾.

En el año 2022 el Ministerio de Sanidad publicó la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Período 2022-2026**, cuyo objetivo general es mejorar la salud mental de la población en todos los niveles y ámbitos de atención. La Estrategia aborda muchas enfermedades mentales de carácter crónico y refiere la evolución crónica de numerosos problemas de salud mental ⁽⁴⁸⁾.

Ese mismo año, el Ministerio de Sanidad también edita la **Estrategia de Salud Pública 2022, Mejorando la salud y el bienestar de la población**. La Estrategia se fundamenta en 5 grandes ejes, siendo uno de ellos los determinantes de la salud, con una fuerte orientación al abordaje de la equidad en salud, y destacando su importancia sobre la salud ⁽⁴⁹⁾.

Con relación a la Atención Primaria de Salud, el Ministerio de Sanidad ha publicado en el año 2024 el **Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027**, proyecto que busca fortalecer y modernizar este nivel asistencial en España. Este nuevo Plan consta de 9 líneas estratégicas orientadas a: fidelizar y atraer el talento de los profesionales; ensanchar el equipo de Atención Primaria como garante de los cuidados a la población; mejorar la capacidad de resolución de la Atención Primaria y la gestión más eficaz y eficiente de la demanda; incrementar la calidad de la atención en Atención Primaria; reforzar la gobernanza y rendición de cuentas en Atención Primaria; favorecer la atención integrada y la continuidad asistencial; promover la salud comunitaria; asegurar la accesibilidad; y potenciar la investigación e innovación. En el marco de la mejora de la calidad en la Atención Primaria, el Plan plantea la implantación de las recomendaciones recogidas entre otros en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del SNS ⁽⁵⁰⁾.

Adicionalmente a la mejora del abordaje de determinadas enfermedades o condiciones crónicas a través de las estrategias de salud del SNS, en los últimos años también se ha querido potenciar la Atención Primaria como eje fundamental para garantizar un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud. Así, tras la pandemia de COVID-19, el Gobierno de España aprueba el **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, 2021-2027**, que dedica una parte de los fondos europeos a la mejora de la Atención Primaria.

3.1.3. Marco de Castilla y León

En Castilla y León la Gerencia Regional de Salud publicó en el año 2013 la **Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León** ⁽⁵¹⁾ con el objetivo de mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención integral de calidad, ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales, en un entorno de sostenibilidad. Para alcanzar este objetivo, la estrategia se orienta hacia 3 objetivos estratégicos y 7 líneas estratégicas que los desarrollan (Figura 3).

Figura 3: Objetivos y líneas estratégicas de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Año 2013



Fuente: Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Año 2013. Gerencia Regional de Salud.

Posteriormente, en el año 2016, la Consejería de Sanidad publica el **IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020**. El Plan contempla 5 áreas de intervención, entre las que cabe destacar la dedicada a promover estilos de vida saludables y potenciar la seguridad frente a las

lesiones (área 3), Disminuir la carga de enfermedad (área 4), y reorientar el servicio de salud hacia un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida (área 5). Entre los objetivos que se perseguían con el área 3, figuraban incrementar la capacitación de la población en general, promover estilos de vida saludables, y fomentar el envejecimiento activo. En cuanto al área 4, el Plan planteaba seguir avanzando en el proceso de atención a las personas con enfermedad crónica, así como mejorar la atención en enfermedades específicas como la EPOC, la diabetes mellitus, el cáncer o las enfermedades cardio y cerebro-vasculares. Por lo que se refiere al área 5, entre otros objetivos el Plan pretendía asegurar la integración asistencial y social en los procesos de atención a las personas con enfermedades crónicas colocando a la persona en el centro ⁽⁵²⁾. Actualmente está en desarrollo el **V Plan de Salud de Castilla y León**.

Además, Castilla y León ha desarrollado diferentes estrategias de atención sanitaria que no están centradas específicamente en la atención a las personas con enfermedades crónicas, pero que ayudan a mejorar su atención y calidad de vida.

Así en el año 2017, la Gerencia Regional de Salud publica el **Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020**, el cual propone un modelo asistencial articulado en torno a la Atención Primaria, si bien se considera que para situaciones de alta complejidad es necesario disponer de un segundo nivel asistencial con recursos expertos y avanzados en atención paliativa ⁽⁵³⁾.

En el año 2021, se publica el **Plan Persona. Centrando la Asistencia Sanitaria en Ti**, que aborda la mejora de la calidad humana del proceso de atención a la salud para todos los actores implicados en el mismo, es decir, tanto para las personas con enfermedades, acompañantes y cuidadores, como para los profesionales ⁽⁵⁴⁾.

Durante el año 2022, la Gerencia Regional de Salud edita el **Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2022-2026, Transformando juntos para aportar valor**, cuyo objetivo es fomentar la gestión de la calidad y la mejora de la seguridad del paciente y facilitar su despliegue en todos los centros sanitarios. Entre las medidas que contempla el Plan, muchas de ellas de carácter transversal, se encuentra la de favorecer el uso seguro de los medicamentos con especial foco entre otros, en pacientes polimeditados y crónicos ⁽⁵⁵⁾.

Posteriormente, en el año 2023, se presenta el **Plan Integral de Enfermedades Raras de Castilla y León (PIERCyL) 2023-2027**, el cual pretende desarrollar un modelo coordinado de atención integral para las personas con enfermedades raras o sin diagnósticos y sus familiares ⁽⁵⁶⁾.

Asimismo, en el año 2025, la Gerencia Regional de Salud ha presentado la **Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024-2030**. La cual contempla 7 líneas estratégicas y 5 de carácter transversal asociadas a la humanización, la prevención, la coordinación y continuidad asistencial, la digitalización, la formación y la investigación. En todas ellas se contemplan las necesidades de las personas con enfermedad mental crónica y sus cuidadores ⁽⁵⁷⁾.

Con relación a la investigación, la Consejería de Sanidad ha elaborado en el año 2023, el **Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León 2023-2027**. El Plan Estratégico constituye la herramienta de planificación básica para la actividad de I+i durante el periodo de su vigencia, contemplando 5 áreas, 10 programas estratégicos y 50 acciones. Entre las acciones definidas se contempla la potenciación de la investigación e innovación en áreas claves de carácter transversal entre las que se encuentra la gerociencia (envejecimiento, enfermedades degenerativas y cronicidad) ⁽⁵⁸⁾.

Desde una perspectiva social, la Gerencia Regional de Servicios Sociales ha publicado el **Plan de Acción de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social 2022-2025**, el cual tiene como objetivo ayudar a las personas a afrontar el aislamiento social para que sus interacciones sociales contribuyan a dar sentido y al desarrollo de su proyecto de vida, así como minimizar los riesgos asociados a la soledad no deseada en relación a su integridad física y psicológica. El Plan contempla la necesidad de colaborar y coordinar activamente, entre otros actores, con el ámbito sanitario, especialmente con los dispositivos de Atención Primaria ⁽¹⁰⁾.

En el ámbito de farmacia, el **Plan Integral de Optimización Farmacoterapéutica** en Sacyl (PIOFAR) del año 2024, aglutina recomendaciones, herramientas y estrategias cuyo objetivo es mejorar los resultados y la eficiencia asociada al uso de medicamentos. Se centra preferentemente en medicación ambulatoria crónica y se dirige a los ámbitos de atención primaria (AP) y hospitalaria, puesto que ambos son responsables y pueden contribuir a la mejora de la terapéutica ambulatoria de las personas que presentan enfermedades ⁽⁵⁹⁾.

3.2. Marcos de referencia normativos

Para el desarrollo de esta actualización de estrategia se ha revisado la normativa que pudiera ser de interés por su relevancia, a nivel internacional, nacional y autonómico.

3.2.1. Internacional

- **Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza** ⁽⁶⁰⁾.

Pretende favorecer el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de alta calidad y promueve la cooperación en la asistencia sanitaria entre Estados miembros.

- **Reglamento (UE) 2021/522 del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de marzo de 2021 por el que se establece un programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud («programa UEproSalud») para el período 2021-2027 y por el que se deroga el Reglamento (UE) nº 282/2014** ⁽⁶¹⁾.

Establece el programa UEproSalud para el período del marco financiero plurianual 2021-2027, el cual tiene entre otros objetivos, la mejora y el fomento de la salud en la Unión Europea, así como la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

- **Reglamento (UE) 2021/695 del Parlamento Europeo y del Consejo de 28 de abril de 2021 por el que se crea el Programa Marco de Investigación e Innovación «Horizonte Europa», se establecen sus normas de participación y difusión, y se derogan los Reglamentos (UE) nº 1290/2013 y (UE) nº 1291/2013** ⁽⁶²⁾.

Mediante este Reglamento se establece el Programa Marco de Investigación e Innovación «Horizonte Europa» por el período de vigencia 2021-2027, y se determinan las normas de participación y difusión relativas a las acciones indirectas en el marco del Programa, así como el marco que regula el apoyo de la Unión a las actividades de I+i en dicho período.

3.2.2. Nacional

- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** ⁽⁶³⁾.

Su objeto es hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución, estableciendo, además, que las actuaciones del sistema sanitario estarán orientadas de forma prioritaria a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** ⁽⁶⁴⁾.

Establece el derecho de los pacientes a la información sobre su estado de salud, a su autonomía en la toma de decisiones, al consentimiento informado, a las instrucciones previas y al rechazo de tratamientos. Asimismo, regula todo lo relativo a la historia clínica, estableciendo el derecho de acceso del paciente a la misma.

- **Ley 16/2003, de 28 de mayo, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud** ⁽⁶⁵⁾.

Incorpora en el ámbito sanitario la atención sociosanitaria en los niveles asistenciales que cada comunidad autónoma determine y establece que la Atención Primaria garantiza la continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente, actuando como gestor de casos y regulador de flujos. Además, comprende las actividades de prevención, promoción de la salud y atención comunitaria, la atención específica a grupos de riesgo, y personas con enfermedad crónica. Asimismo, insta al Ministerio de Sanidad a realizar políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades mediante el desarrollo de planes integrales de salud, entre otros en el ámbito de las patologías crónicas.

- **Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios** ⁽⁶⁶⁾.

Entre los principios que inspiran esta normativa está el uso racional del medicamento. Adicionalmente, mediante este marco legal se garantiza el acceso a los medicamentos especiales, se regula la financiación pública de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), los productos sanitarios, la farmacovigilancia y la seguridad, la prescripción de medicamentos genéricos y se contemplan mecanismos de acceso de los pacientes a la innovación y nuevos tratamientos.

- **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización** ⁽⁶⁷⁾.

Establece la cartera de servicios comunes en el ámbito sanitario en todo el territorio nacional, reconociendo la necesidad de una atención protocolizada a las personas con problemas de salud crónicos.

- **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** ⁽⁶⁸⁾.

Establece un sistema de evaluación y clasificación del grado de dependencia, y contempla el acceso a las personas dependientes a servicios y prestaciones tales como la asistencia domiciliaria, teleasistencia, servicios de atención residencial y prestaciones económicas, entre otras. Igualmente, promueve el fomento de la autonomía personal, el apoyo a los cuidadores y la coordinación sociosanitaria.

- **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública** ⁽⁶⁹⁾.

A través de esta ley se pretende prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva, mediante el desarrollo de políticas, programas, servicios que permitan actuar sobre los procesos y factores que influyen en la salud.

- **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia** ⁽⁷⁰⁾.

Regula el derecho a la eutanasia como una prestación del sistema público de salud cuando la persona considere que debido al sufrimiento físico o psíquico que padece, sus condiciones de vida son incompatibles con su dignidad personal. Asimismo, determina los deberes del personal sanitario que atienda a esas personas.

La ley establece como requisito clínico para acceder a la eutanasia, sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, los cuales conllevan un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para la persona.

3.2.3. Castilla y León

- **Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud** ⁽⁷¹⁾.

Contempla que las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes, entre otras, serán objeto de actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes en el Sistema de Salud de Castilla y León, estableciéndose los mecanismos que garanticen la integración funcional de las actuaciones con las del Sistema de Acción Social.

- **Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León** ⁽⁷²⁾.

Esta ley es el marco autonómico principal que regula la estructura y las funciones del Sistema Público de Salud de Castilla y León. En relación con la cronicidad, esta ley contempla la importancia de los cuidados sociosanitarios en la atención a estos pacientes, así como la elaboración de estrategias autonómicas de salud orientadas especialmente, entre otras, a las personas con enfermedades crónicas.

- **Decreto 15/2021, de 24 de junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en la Comunidad de Castilla y León** ⁽⁷³⁾.

Mediante este decreto se crea la Comisión de Garantía y Evaluación en Castilla y León, se regula su régimen jurídico y funcionamiento. La Comisión asume fundamentalmente funciones de formación y difusión en relación con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

- **Ley 3/2024, de 12 de abril, reguladora del modelo de atención en los centros de carácter residencial y centros de día de servicios sociales para cuidados de larga duración en Castilla y León** ⁽⁷⁴⁾.

Esta Ley promueve un nuevo modelo de atención basado en la atención integral y centrada en la persona, en los centros de carácter residencial y en los centros de día de servicios sociales para cuidados de larga duración, orientados a la prestación de apoyos profesionales a las personas que sean usuarias de tales centros. Además, recoge de forma expresa la coordinación de los centros sociosanitarios con los profesionales del sistema público de salud, especialmente con el equipo de Atención Primaria, responsables de la atención sanitaria de cada usuario.

- **Ley 8/2024, de 16 de septiembre, por la que se garantiza la prestación de los servicios autonómicos esenciales en la Comunidad de Castilla y León** ⁽⁷⁵⁾.

Su objeto es asegurar a la ciudadanía la prestación de servicios esenciales de asistencia sanitaria, educación y servicios sociales, así como, garantizar el acceso a los mismos en condiciones de igualdad dentro del territorio de Castilla y León.

4. Análisis de situación en Castilla y León

4.1. Envejecimiento poblacional

Castilla y León afronta un escenario de transformación demográfica marcado por el envejecimiento progresivo de la población y una creciente prevalencia de personas con enfermedades crónicas. Este hecho supone una presión adicional sobre el sistema público de salud, que debe adaptarse para atender a un número cada vez mayor de personas con condiciones crónicas y de larga duración.

4.1.1 Estructura de población

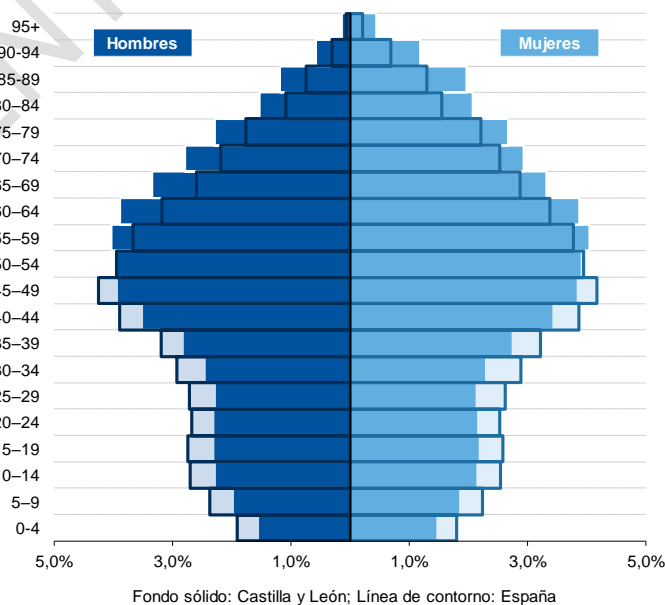
En el año 2023 la población de Castilla y León ascendía a 2.383.703 personas, de las cuales 50,8% eran mujeres y el 49,2% hombres. Castilla y León supone el 5,0% del total de la población española, lo que sitúa a esta comunidad autónoma en la posición sexta entre las más pobladas.

Desde 2009 la población ha descendido un 7,0%, decrecimiento que se produjo de forma continuada durante todo el período hasta 2023, en que la población creció 11.062 personas con respecto al año anterior ⁽⁷⁶⁾. El principal factor en el decrecimiento de la población entre 2013 y 2023 se deriva del saldo vegetativo, negativo a lo largo de todo el período analizado y que en 2023 se situaba en un decrecimiento de 7,5 personas por cada mil habitantes. Sin embargo, el saldo migratorio ha pasado de ser negativo en 2013, con una reducción de 2,1 personas por cada mil habitantes, a ser positivo en 2023, con un aumento de 10,9 personas por cada mil habitantes ⁽⁷⁷⁾.

La población de 65 o más años representaba en 2023 un 26,5% en Castilla y León, 6,3 p.p. (puntos porcentuales) por encima del promedio en España. Este dato sitúa a Castilla y León como la segunda comunidad autónoma más envejecida, sólo superada por Asturias. Por sexo, un 55,2% de la población castellana y leonesa de 65 o más años eran mujeres y un 44,8% hombres. Entre el año 2013 y el año 2023, el peso sobre el total de la población de las personas mayores de 65 o más años ha aumentado 3,2 p.p. ⁽⁷⁶⁾.

El índice de envejecimiento, población de 65 o más años sobre población de 15 o menos años, en 2023 era del 217,2 en Castilla y León, 79,9 p.p. mayor al dato a nivel nacional (137,3). La evolución de dicho índice ha sido creciente entre 2013 y 2023, con un aumento de 37,8 p.p., frente al incremento de 27,4 p.p. que se produjo durante ese período en España ⁽⁷⁸⁾.

Figura 4: Pirámide de población Castilla y León – España. Año 2023.



El peso de la población castellana y leonesa de 85 o más años era del 5,5% en 2023, 2,2 p.p. superior a la situación en el conjunto de la población española. La distribución según sexos en este grupo de población era de un 65,3% de mujeres y de un 34,7% de hombres. Entre 2013 y 2023, el peso de la población de 85 o más años ha crecido un 1,3 p.p. en Castilla y León ⁽⁷⁶⁾.

Figura 5: Evolución de los indicadores de crecimiento y estructura de la población en Castilla y León - España. Años 2013-2023

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Proporción de personas de 65 o más años (Unidad: Porcentaje)											
España	17,7	18,1	18,5	18,7	18,9	19,1	19,3	19,5	19,6	20,0	20,2
Castilla y León	23,3	23,7	24,0	24,3	24,6	25,0	25,3	25,6	25,7	26,2	26,5
Proporción de personas de 85 o más años (Unidad: Porcentaje)											
España	2,5	2,7	2,8	2,9	3,0	3,1	3,2	3,3	3,3	3,4	3,3
Castilla y León	4,3	4,5	4,7	4,9	5,1	5,3	5,4	5,5	5,5	5,6	5,5
Índice de envejecimiento (Unidad: Porcentaje)											
España	109,9	112,6	114,7	116,3	118,4	120,6	123,0	125,8	129,8	133,6	137,3
Castilla y León	179,4	182,9	185,4	188,0	191,2	194,5	198,3	202,3	205,7	212,9	217,2
Tasa bruta de natalidad (Unidad: Nacidos por mil habitantes)											
España	9,1	9,2	9,0	8,8	8,4	7,9	7,6	7,2	7,1	6,9	6,6
Castilla y León	7,1	7,2	7,1	6,8	6,4	6,3	6,0	5,7	5,5	5,5	5,2
Tasa bruta de mortalidad (Unidad: Defunciones por mil habitantes)											
España	8,3	8,5	9,1	8,8	9,1	9,1	8,8	10,4	9,5	9,7	8,9
Castilla y León	11,0	11,2	11,9	11,6	12,0	12,2	12,0	15,2	12,3	13,0	11,8
Saldo vegetativo (Unidad: Crecimiento por mil habitantes)											
España	0,8	0,7	0,0	0,0	-0,7	-1,2	-1,2	-3,2	-2,4	-2,8	-2,3
Castilla y León	-3,9	-4,0	-4,8	-4,8	-5,6	-5,9	-6,0	-9,4	-6,8	-7,5	-6,6
Saldo migratorio (Unidad: Crecimiento por mil habitantes)											
España	-5,4	-2,1	0,0	1,9	3,5	7,2	9,7	4,6	4,0	15,2	13,3
Castilla y León	-2,1	-0,4	-1,3	0,3	0,9	3,2	4,6	2,2	2,8	10,9	9,4

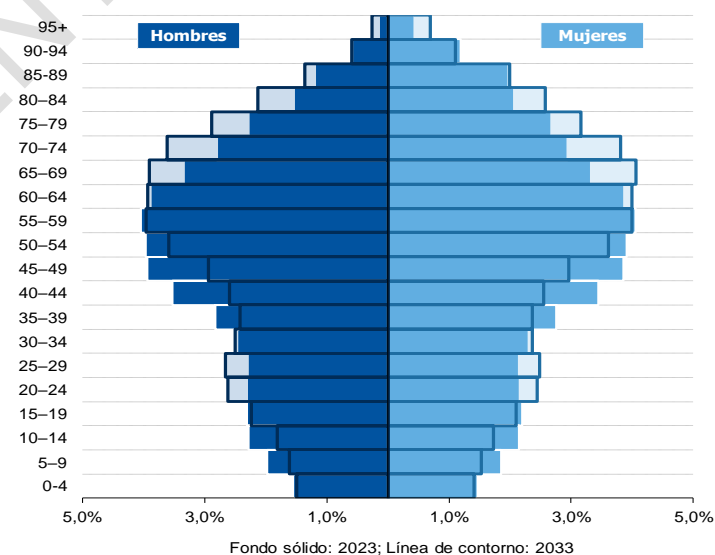
Fuente: Indicadores demográficos básicos. INE

Figura 6: Pirámide de población de Castilla y León. Año 2023 y proyección año 2033.

Las proyecciones de población existentes prevén que el proceso de envejecimiento se intensifique en Castilla y León, en un contexto de estabilidad del volumen total de población (2,3 millones de personas previstos en 2033) ⁽⁷⁶⁾.

La previsión para 2033 es que el peso de la población mayor de 65 años pase a ser el 32,1% en Castilla y León, 5,6 p.p. más que en 2023 ⁽⁷⁶⁾.

Del mismo modo, la población mayor de 85 años supondrá en 2033 un 6,0% del total de la población castellana y leonesa, un incremento de 0,5 p.p. respecto de 2023 ⁽⁷⁶⁾.



Fuente: Estadística de padrón continuo y proyecciones de población. INE.

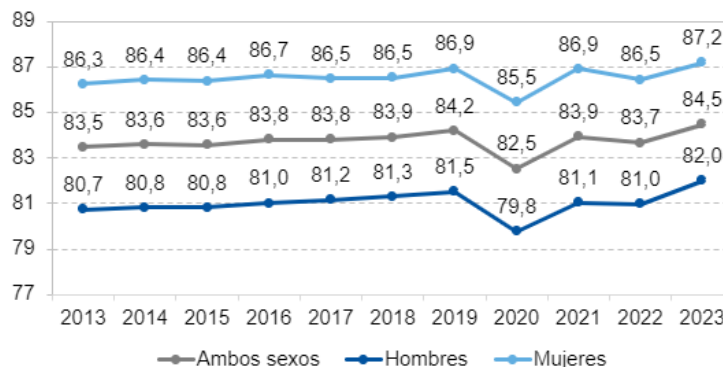
4.1.2 Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer en Castilla y León en el año 2023 era de 84,5 años, 0,8 años más que la media española. Por sexo, la esperanza de vida para las mujeres de Castilla y León era de 87,2 años, frente a los 82,0 años para los hombres ⁽⁷⁹⁾.

Si bien la variación de la esperanza de vida al nacer ha sido creciente desde hace décadas, el impacto de la pandemia COVID-19 en el año 2020 supuso una reducción de 1,7 años respecto del año anterior, pasando de 84,2 años en 2019 a 82,5 años en 2020 ⁽⁷⁹⁾.

La evolución de la esperanza de vida a los 65 años en Castilla y León ha tenido una tendencia similar a la esperanza de vida al nacer, siendo en el año 2023 de 22,4 años, mientras que en el conjunto de España fue de 21,7 años. Por sexo, la esperanza de vida a los 65 años en Castilla y León en el año 2023 fue de 24,5 años en mujeres y de 20,3 años en hombres ⁽⁷⁹⁾.

Figura 7: Evolución de la esperanza de vida al nacer en Castilla y León por sexo. Años 2013 - 2023



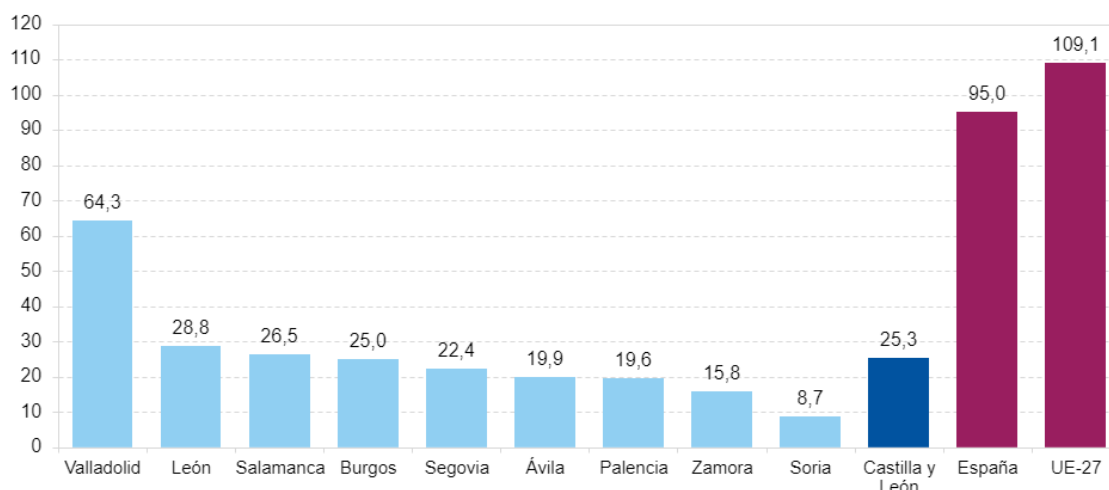
Fuente: Indicadores de Mortalidad. INE

4.2. Distribución geográfica

4.2.1 Densidad de población

Con una superficie de 94.225 km², Castilla y León contaba en 2023 con una densidad de población media de 25,3 habitantes por km², un 73,4% por debajo del valor promedio en España (95,0 habitantes por km²). La densidad es heterogénea entre las provincias de la comunidad autónoma. De esta forma, Valladolid presenta la mayor densidad del territorio, con 64,3 habitantes por km², mientras que Soria tiene la menor densidad, con tan solo 8,7 habitantes por km² ⁽⁷⁹⁾.

Figura 8: Densidad de población en Castilla y León, España y UE-27 (población por Km²). Año 2023.



Nota: Datos de España y la UE-27 del año 2022

Fuente: Dato de Castilla y León, elaboración propia a partir de la estadística del padrón continuo del INE y datos de superficie de la Junta de Castilla y León.

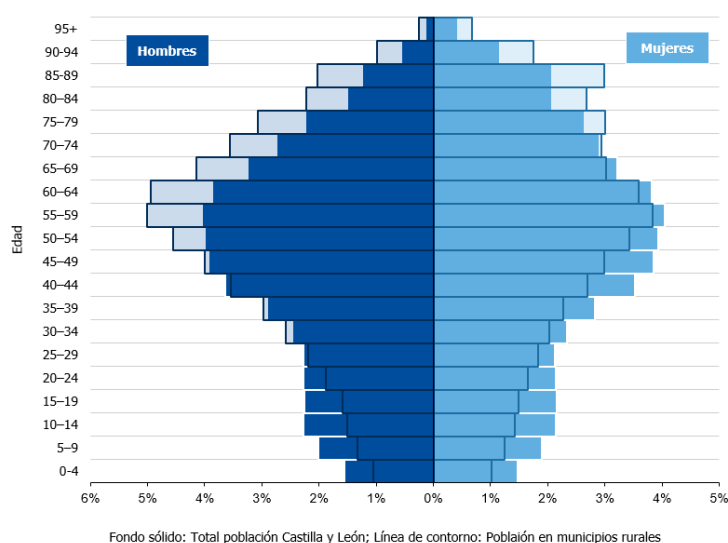
Datos de la UE y España. Eurostat.

4.2.2 Características de los núcleos poblacionales

En Castilla y León, el 83,0% del territorio se puede considerar rural ⁽⁸⁰⁾, entendiéndose como tal aquellos municipios con una población igual o inferior a 2.000 habitantes ⁽⁸¹⁾.

Los municipios rurales concentran solo el 24,8% de la población, mientras que el 56,3% de la población reside en áreas urbanas (> 10.000 habitantes) y el 18,9% en zonas intermedias (2.000-10.000 habitantes) ⁽⁸²⁾. La población de las zonas rurales muestra un acentuado envejecimiento, con un 36,9% de sus habitantes mayores de 65 años, una cifra considerablemente superior al 26,0% registrado para el conjunto de Castilla y León ⁽⁸²⁾.

Figura 9: Pirámide de población ámbito rural versus población total de Castilla y León. Año 2022.



Fondo sólido: Total población Castilla y León; Línea de contorno: Población en municipios rurales

Fuente: Estadística de padrón continuo. INE.

4.3. Prevalencia

4.3.1. Determinantes de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud ⁽⁸³⁾.

Principalmente se diferencian dos tipos de determinantes sociales de la salud:

- **Determinantes Estructurales:** son aquellos que dan forma al entorno socioeconómico y político donde las personas viven, e incluyen las políticas públicas presentes en un contexto determinado, intangibles como la cultura y valores predominantes. Este contexto condiciona la distribución desigual del poder y los recursos en la sociedad, según unos ejes o sistemas de categorización social que en este modelo son: clase social, género, edad, etnia y territorio ⁽⁸⁴⁾.
- **Determinantes Intermedios:** hacen referencia al acceso a los recursos materiales, las condiciones de empleo y vivienda, así como la distinta exposición a factores psicosociales (estrés, aislamiento, exclusión...) y los factores conductuales y biológicos, como el tabaquismo o el consumo de alcohol. Los cuidados informales también se consideran determinantes intermedios en cuanto que son una condición de vida ⁽⁸⁴⁾.

En el marco de las estrategias de salud en las cuales se pretende minorar la incidencia de enfermedades crónicas, se incide en aspectos preventivos relacionados con los determinantes de la salud como, determinados factores conductuales y hábitos de vida saludables, por su impacto en el desarrollo y progresión de determinadas enfermedades crónicas (tales como, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas o diabetes). De esta forma, se busca erradicar el tabaquismo y disminuir el consumo de alcohol en cantidades de riesgo para la salud, así como promover el ejercicio físico y las dietas saludables con menos grasas y más cantidad de frutas y verduras ⁽⁸⁵⁾.

En este apartado se analiza un indicador que mide el impacto de los determinantes sociales de la salud, así como diferentes aspectos relativos a los determinantes intermedios.

4.3.1.1. Indicador Multidimensional de Calidad de Vida

Para poder realizar una aproximación al impacto de los determinantes sociales se puede emplear el Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV). El IMCV consiste en la construcción de un indicador que sintetiza la información de los indicadores de calidad del INE. Estos ofrecen una visión panorámica (multidimensional) de la calidad de vida en España ⁽⁸⁶⁾.

Figura 10: IMCV por dimensiones. España y Castilla y León. Año 2022

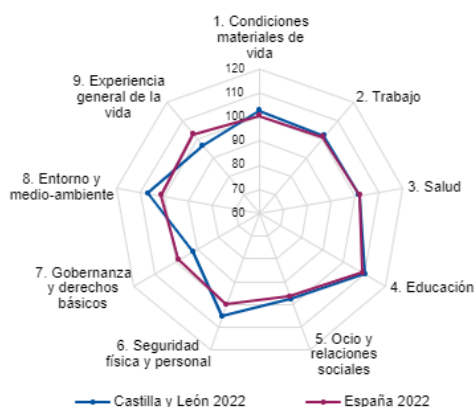
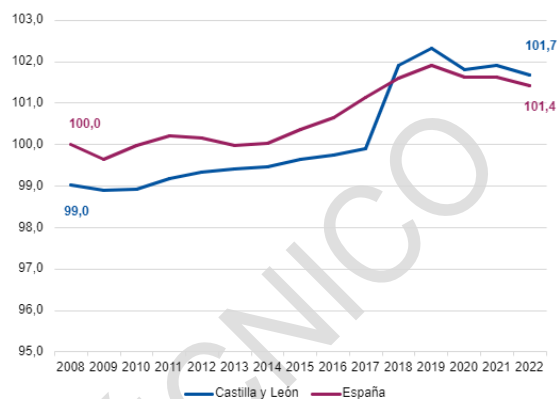


Figura 11: Evolución del IMCV global. España y Castilla y León. Año 2022



Nota: Año 2008 base 100

Fuente: Estadística experimental. Indicador Multidimensional de Calidad de Vida. INE

El indicador multidimensional de calidad de vida mide diversos aspectos que afectan el bienestar de las personas en una sociedad. Estos son: Condiciones materiales de vida; Trabajo; Salud; Educación; Ocio y relaciones sociales; Seguridad física y personal; Gobernanza y derechos básicos; Entorno y medioambiente; y Experiencia general de la vida.

Tomando como base 100 el valor de IMCV a nivel nacional en 2008, Castilla y León contaba con un IMCV de 101,7 en 2022, 0,3 puntos por encima del valor a nivel nacional. Entre 2008 y 2019 la evolución ha sido creciente, destacando que en 2018 Castilla y León superó por primera vez el valor a nivel español. Sin embargo, el IMCV ha mostrado una tendencia decreciente desde el 2019, tanto a nivel autonómico como nacional.

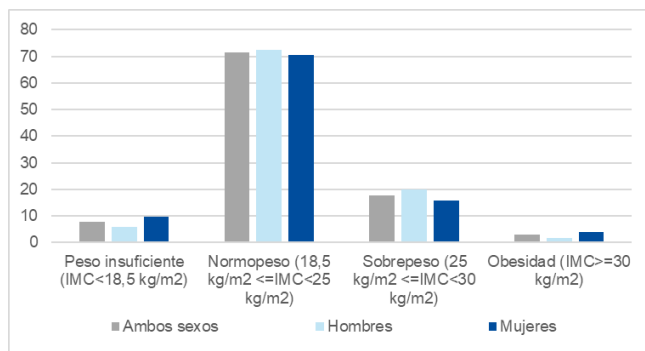
En 2022, Castilla y León superaba la media nacional en varias dimensiones del IMCV, destacando por ejemplo en condiciones materiales de vida (102,4 frente a 100,3 en España) y en salud (102,0 frente a 102,3). No obstante, en experiencia general de la vida, Castilla y León muestra un valor inferior (96,4) en comparación con la media de España (102,5).

4.3.1.2. Índice de masa corporal

Población adolescente

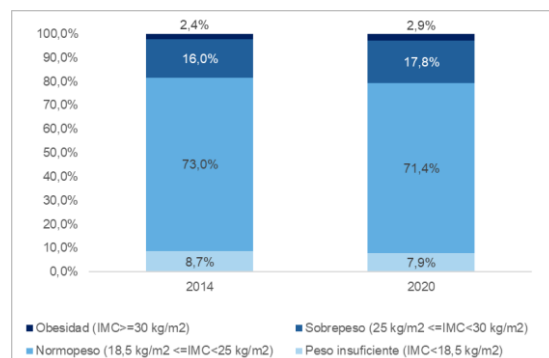
En España el análisis del índice de masa corporal en la población adolescente de **entre 15 a 17 años**, refleja que, en 2020, el **17,8% presentaba sobrepeso** y el **2,9% obesidad**. Estos datos suponen un ligero incremento con relación al año 2014, donde el 16% tenía sobrepeso y el 2,4% obesidad. Adicionalmente, el análisis por sexos en el año 2020, indica que el **4,0% de la población femenina** en este tramo de edad **presentaba obesidad**, mientras que en los **hombres era el 1,7%**. Sin embargo, el **sobrepeso era mayor en los hombres, el 19,9% frente al 15,8% de las mujeres**.

Figura 12: Índice de Masa Corporal según sexo en España. Población de 15 a 17 años. Año 2020.



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE

Figura 13: Progresión del Índice de Masa Corporal en España. Población de 15 a 17 años. Años 2014 y 2020.



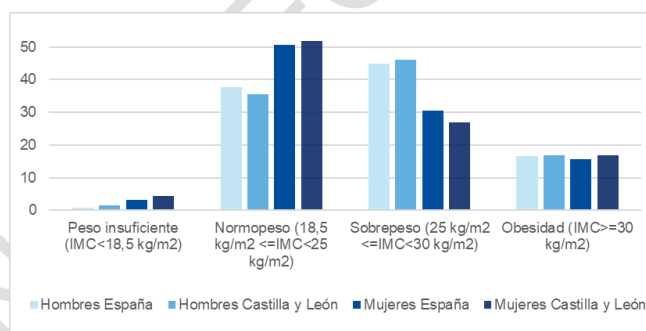
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2014 y 2020. INE

Población adulta

En 2020, el **sobrepeso y la obesidad afectaban al 53,3% de la población de Castilla y León**, dato similar al 53,6% presente a nivel nacional en dicho año.

Por sexo, en los hombres el sobrepeso y la obesidad predominaban con una prevalencia del 62,8% en Castilla y León y del 61,4% en España, en contraste con las mujeres, en las que la prevalencia de sobrepeso y obesidad alcanzaba el 43,8% en Castilla y León y el 46,1% en España ⁽⁴⁾.

Figura 14: Índice de masa corporal según sexo en España y Castilla y León. Población adulta. Año 2020.



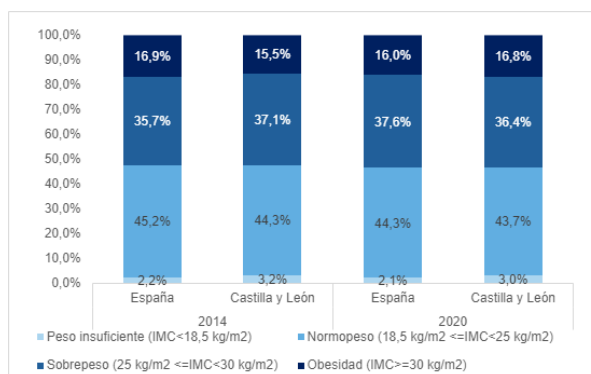
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE.

Los datos sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Castilla y León reflejan diferencias significativas por sexo. De esta forma, el 20,7% de los niños presenta sobrepeso, en comparación con el 19,2% de las niñas. En cuanto a la obesidad, los valores comparados por sexo presentan una diferencia significativa, ya que afecta al 12,3% de los niños, frente al 6,4% de las niñas ⁽⁴⁾.

El análisis comparado del Índice de Masa Corporal en Castilla y León entre el año 2014 y 2020, refleja que el sobrepeso **disminuyó en 0,7 p.p., de 37,1% a 36,4%**, mientras que la **obesidad aumentó en 1,4 p.p. de 15,5% a 16,8%** ^{(4) (87)}.

En España, el sobrepeso aumentó en 1,9 p.p., pasando del 35,7% al 37,6%, mientras que la obesidad se redujo en 0,9 p.p., del 16,9% al 16,0% ^{(4) (87)}.

Figura 15: Progresión del IMC en España y Castilla y León. Población adulta. Años 2014 y 2020.



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2014 y 2020. INE

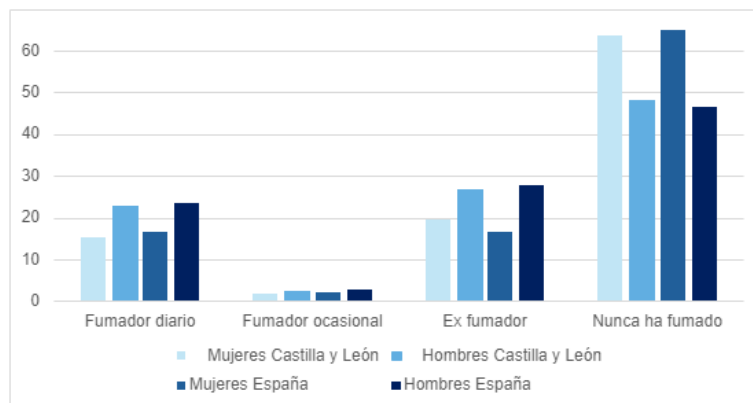
4.3.1.3. Consumo de tabaco

En Castilla y León, el **22,9% de los hombres y el 15,2% de las mujeres son fumadores diarios**, cifras que se sitúan por debajo del promedio nacional, donde el **23,3% de los hombres y el 16,4% de las mujeres fuman a diario** ⁽⁴⁾.

En Castilla y León, el porcentaje de fumadores ocasionales es inferior al promedio nacional en los hombres, con un 2,6% frente al 2,3% registrado a nivel nacional. En el caso de las mujeres castellanas y leonesas, el 1,9 son fumadoras ocasionales, un porcentaje menor que el 2,1% del promedio nacional ⁽⁴⁾.

En todo caso, por sexo, la mayor proporción de no fumadores corresponde a las mujeres.

Figura 16: Consumo de tabaco según sexo en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Año 2020.



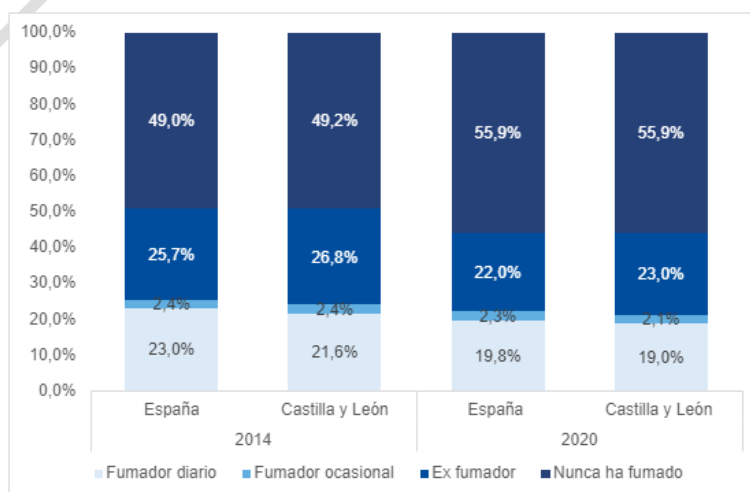
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE.

En Castilla y León el **porcentaje de fumadores diarios disminuyó del 21,6% en 2014 al 19,0%** en 2020. Los fumadores ocasionales se mantuvieron estables, con un 2,4% en 2014 y un 2,1% en 2020 ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.

En España, se observó una disminución de los fumadores diarios en 1,0 p.p., pasando del 23,0% en 2014 al 22,0% en 2020. Mientras que los fumadores ocasionales permanecieron más o menos estables, con un 2,4% en 2014 y 2,3% en 2020 ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.

Figura 17: Progresión del consumo de tabaco en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020

Tanto España como Castilla y León han seguido una tendencia similar, con una **disminución de los fumadores diarios de 3,2 p.p. y 2,6 p.p. respectivamente, y un aumento de 6,9 p.p. y 6,7 p.p. respectivamente en las personas que nunca han fumado** ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2014 y 2020. INE

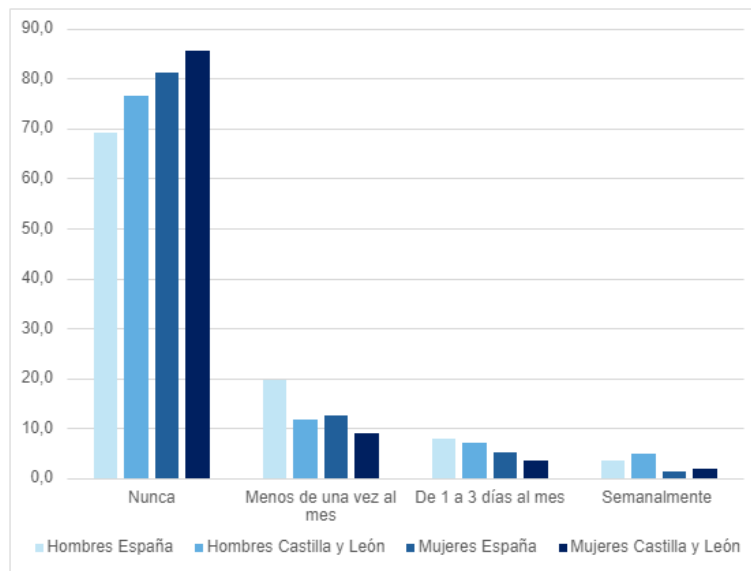
4.3.1.4. Consumo de alcohol

En Castilla y León **el 3,5% de la población consume alcohol intensivamente semanalmente, frente al 2,5% nacional**. Sin embargo, el consumo de 1 a 3 días al mes y menos de una vez al mes no superan los valores nacionales por 1,2 p.p. y 5,8 p.p., respectivamente ⁽⁸⁸⁾.

El consumo de alcohol intensivo mensual en Castilla y León es menos frecuente que a nivel nacional (19,6% vs 25,5% a nivel nacional). Un 80,5% de personas, nunca han realizado un consumo intensivo de alcohol (85,6% en mujeres) ⁽⁴⁾.

Los hombres presentan tasas de consumo intensivo más altas (23,6%) que las mujeres (14,4%), aunque en menor medida que el promedio nacional, 30,8% y 18,9% respectivamente ⁽⁴⁾.

Figura 18: Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses según sexo en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Año 2020.



Nota: Se entiende por consumo intensivo de alcohol, cuando en una misma ocasión, en el caso de los hombres se beben 6 o más bebidas estándar, y en el caso de las mujeres 5 o más.

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE

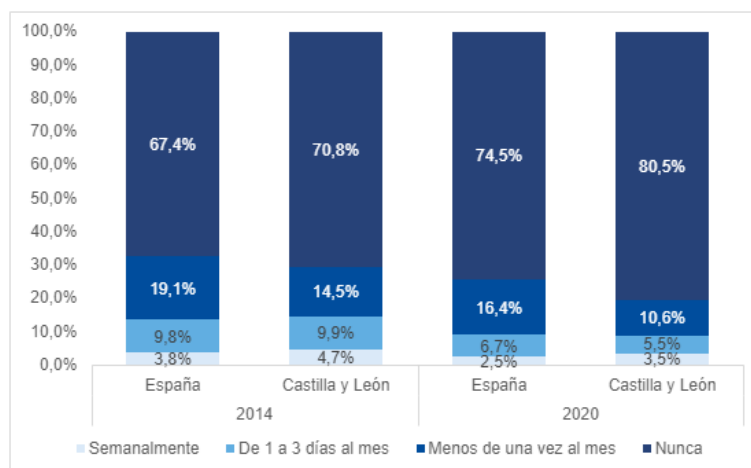
Entre 2014 y 2020 la población que declara no haber nunca realizado un consumo de alcohol intensivo en Castilla y León aumentó del 70,8% al 80,5%, mientras que el consumo intensivo de alcohol semanal, de 1 a 3 días al mes y menos de una vez al mes disminuyeron, del 4,7% a 3,5%, del 9,9% al 5,5% y del 14,5% a 10,6%, respectivamente ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.

En España, el porcentaje de personas que realizan un consumo intensivo de alcohol semanalmente bajó del 3,8% en 2014 al 2,5% en 2020, mientras que aquellos que nunca realizaron un consumo de dicho tipo aumentaron, del 67,4% al 74,5% ⁽⁸⁷⁾.

La población que consumía intensivamente alcohol de 1 a 3 días al mes y menos de una vez al mes también disminuyó, del 9,8% al 6,7% y del 3,8% al 2,5%, respectivamente ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.

Entre 2014 y 2020, **la población en Castilla y León que nunca realiza un consumo intensivo de alcohol creció por encima de la media en España (+9,7 p.p. frente a +7,1 p.p.)**. En esta línea, la población castellana y leonesa que realiza consumo intensivo de alcohol se redujo en todas las frecuencias de consumo consideradas en una proporción similar o superior a la media nacional ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.

Figura 19: Progresión de consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020.



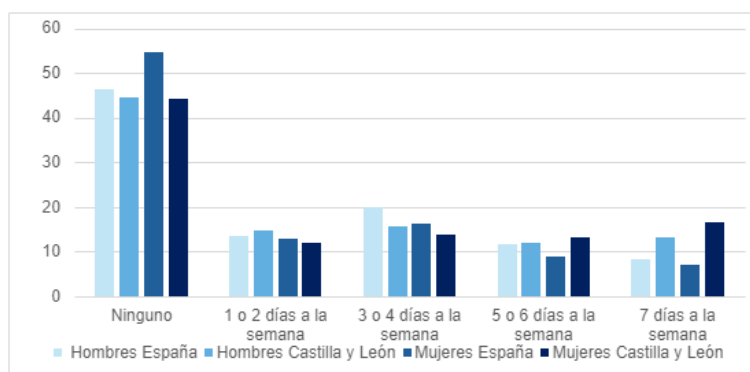
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2014 y 2020. INE

4.3.1.5. Nivel de actividad física

En 2020 el **44,3% de la población de Castilla y León no realiza ningún tipo de ejercicio físico durante el tiempo de ocio, 6,4 puntos menos que la media nacional (50,7%)**. Asimismo, la población que realiza ejercicio físico 5 o más días a la semana representa el 27,5% de la población castellana y leonesa, 9,6 puntos por encima de la media de España (17,9%) ⁽⁴⁾.

Sobre la relación entre el sexo y la práctica de actividad física al menos 1 día a la semana, tanto los hombres, con un 55,6%, como las mujeres, con un 55,7%, de Castilla y León superan las medias españolas, 53,5% y 45,3% respectivamente. Existe una mayor proporción de mujeres que de hombres en Castilla y León que realiza ejercicio con una frecuencia de 5 o más días por semana, (un 29,9% de las mujeres frente al 25,1% de los hombres). Ambos valores se sitúan por encima del promedio nacional ⁽⁴⁾.

Figura 20: Número de días por semana de ejercicio físico durante el tiempo de ocio según sexo en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Año 2020



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE.

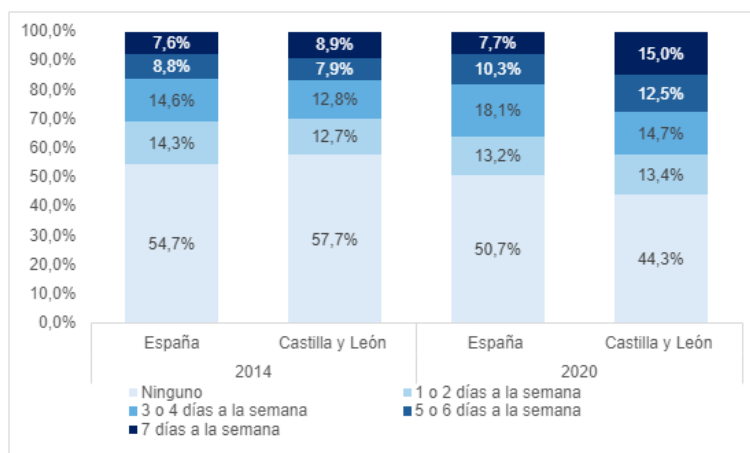
La progresión desde el 2014 al 2020 de la realización de actividad física en Castilla y León evidencia un aumento en todas las categorías relacionadas con la práctica de ejercicio. **La frecuencia de 1 o 2 días por semana creció del 12,7% al 13,4%; de 3 o 4 días por semana, del 12,8% al 14,7%; de 5 o 6 días por semana, del 7,9% al 12,5%; y, finalmente, la frecuencia de 7 días a la semana aumentó del 8,9% al 15,0%** ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.

En España, la progresión de la actividad física semanal muestra un aumento en todas las categorías, excepto en 1 o 2 días por semana, que disminuyó en 1,1 p.p.

La frecuencia de 3 o 4 días por semana aumentó del 14,6% al 18,1%; la de 5 o 6 días por semana pasó del 8,8% al 10,3%; y, finalmente, la frecuencia de 7 días a la semana creció del 7,6% al 15,0% ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.

Otro indicador **del incremento en la actividad física semanal** es la disminución de la población que declara no realizar ningún ejercicio físico. En Castilla y León, este porcentaje pasó del 57,7% al 44,3%, mientras que en España bajó del 54,7% al 50,7% ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.

Figura 21: Progresión de número de días por semana de ejercicio físico durante el tiempo de ocio en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020.



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2014 y 2020. INE

La progresión de la actividad física semanal en España y Castilla y León refleja tendencias similares, aunque Castilla y León destaca por un mayor aumento. Mientras que **en España la práctica diaria (7 días por semana) apenas creció del 7,6% al 7,7%, en Castilla y León registró un incremento significativo del 8,9% al 15,0%** ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.

Asimismo, la disminución de la población que declara no realizar ejercicio físico fue mucho más marcada en Castilla y León, con una reducción de 14,4 p.p., frente a una disminución de 4 p.p. en el conjunto de España ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.

A pesar de ello, es importante destacar que, a nivel global, en España se está produciendo un aumento en los niveles de inactividad física entre los adolescentes, especialmente en el caso de la población femenina. Esta tendencia se acentúa durante la etapa de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), periodo en el que se observa una notable disminución en la práctica del ejercicio físico. En este sentido, se debe tener en cuenta que la práctica de actividad física durante la adolescencia contribuye al bienestar físico, mental y al rendimiento académico ⁽⁸⁹⁾.

Figura 22: Niveles de realización de actividad física según etapa educativa y sexo. Años 2022-2023

Nivel de actividad física	1º y 2º ESO			3º y 4º ESO		
	Chica	Chico	Ambos sexos	Chica	Chico	Ambos sexos
Sedentario/a	22,5%	10,6%	16,4%	29,6%	13,7%	21,7%
Activo/a	52,4%	39,8%	45,9%	48,9%	37,4%	43,2%
Muy activo/a	25,1%	49,6%	37,7%	21,5%	48,9%	35,0%

Nota: Los datos para realizar el estudio se recabaron de septiembre a noviembre de 2022 y de febrero a abril de 2023.

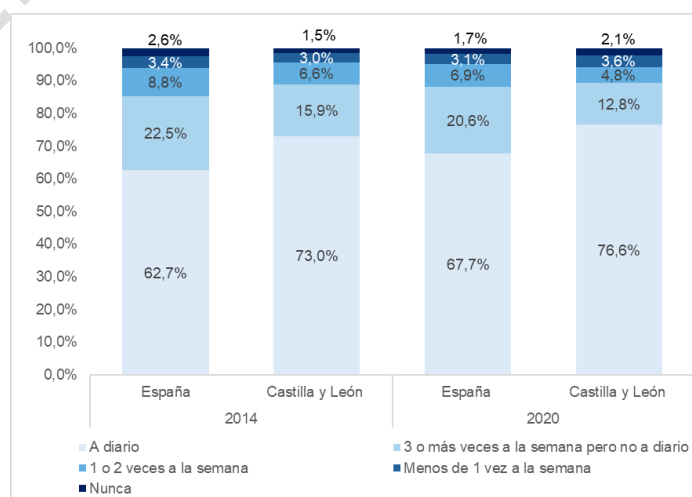
Fuente: Fundación MAPFRE. Actividades Físicas y Deportivas para las Adolescentes. Necesidades, barreras y recomendaciones. 2024.

4.3.1.6. Alimentación

En Castilla y León, **el 76,6% de la población consumía fruta fresca de forma diaria en el año 2020 8,9 p.p. por encima de la media nacional.** Estos datos, suponen una mejoría de 3,6 p.p. respecto de 2014 en el caso de Castilla y León y de 5,0 p.p. en relación con dicho año para el conjunto de España ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁷⁾.

Los datos desagregados por sexo en el año 2020 reflejan que el consumo de fruta fresca a diario es superior en las mujeres, tanto en el caso de Castilla y León como de España. Concretamente, en Castilla y León el 79,2% de las mujeres consumían fruta fresca a diario en 2020, 5,3 p.p. más que en el caso de los hombres ⁽⁴⁾.

Figura 23: Progresión del patrón de consumo de fruta fresca (excluye zumos) en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE.

A pesar de que en términos generales en Castilla y León se consume fruta fresca con mayor frecuencia que la media española, el porcentaje de población que no consume fruta fresca o lo hace con una frecuencia inferior a 1 vez a la semana es del 5,8% frente al 4,8% nacional ⁽⁴⁾.

Por lo que se refiere al consumo de verduras, ensaladas y hortalizas en el año 2020 también se aprecia una tendencia creciente con relación al año 2014.

En el año 2020 el 53,0% de la población en Castilla y León consumía verduras, ensaladas y hortalizas diariamente, frente al 43,4% del año 2014, lo que supone un crecimiento de 9,6 p.p. (4) (87).

La desagregación por sexos de los datos para Castilla y León en el año 2020 refleja que el 60,6% de las mujeres consumía verduras, ensaladas y hortalizas a diario, frente al 45,0% de los hombres, una diferencia de 15,6 p. (4).

4.3.1.7. Cuidados informales

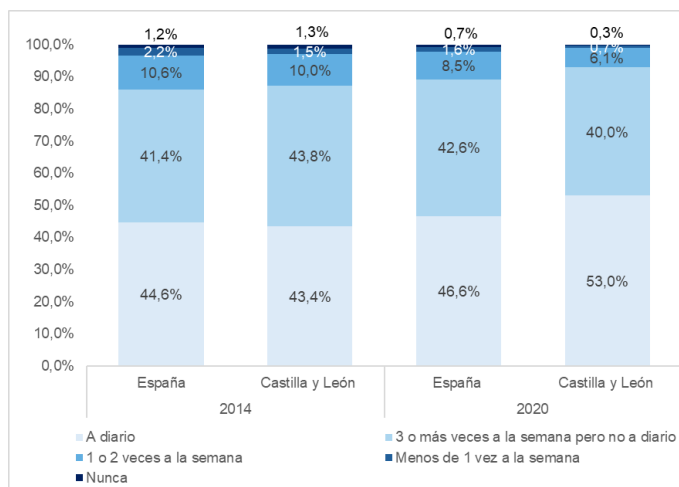
En el 2020 el porcentaje de personas que brindan cuidados informales en Castilla y León (10,3%) es inferior en 0,3 puntos al promedio nacional (10,6%) (4).

Al analizar los datos por sexo, un 7,5% de los hombres en Castilla y León participan en cuidados informales frente al 8,3% a nivel nacional, 0,8 puntos por debajo. Sin embargo, el 13,1% de las mujeres castellanas y leonesas brindan este tipo de cuidados, 0,4 puntos por encima del valor promedio en España, que se sitúa en el 12,7% (4).

La progresión del porcentaje de personas que brindan cuidados entre 2014 y 2020 muestra una disminución tanto en Castilla y León como en España.

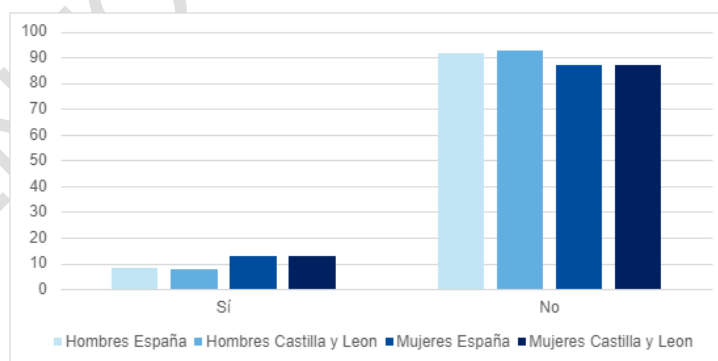
En Castilla y León, este porcentaje pasó del 12,7% al 10,3%, lo que representa una reducción de 2,4 puntos porcentuales durante el período analizado. En España, descendió del 11,3% al 10,6% entre 2014 y 2020, es decir, una disminución de 0,7 puntos porcentuales durante dicho período (4) (87).

Figura 24: Progresión del patrón de consumo de verduras, ensaladas y hortalizas, en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020



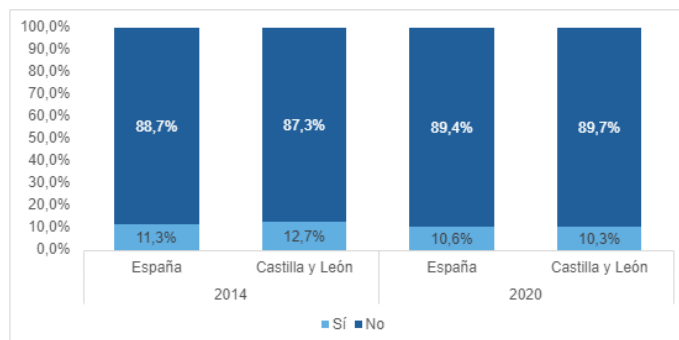
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2014 y 2020. INE

Figura 25: Cuidado de personas mayores o personas con dolencias crónicas según sexo en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Año 2020.



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE.

Figura 26: Progresión de cuidado de personas mayores o personas con dolencias crónicas en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2014 y 2020. INE

4.3.2. Segmentación de la población

En Castilla y León, a partir del año 2020, se utiliza la herramienta de estratificación por Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) para la agrupación clínica de la población en función del conjunto de enfermedades crónicas de cada individuo y de su grado de severidad ⁽⁹⁰⁾.

La finalidad de esta herramienta es clasificar a la población en grupos homogéneos en cuanto al riesgo de descompensación y las necesidades de cuidados, independientemente del tipo de patologías presentes, para adecuar la intensidad de la atención sanitaria en función de dicho riesgo. Además, permite estimar la prevalencia y el nivel de complejidad de las enfermedades crónicas analizadas que son:

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Accidente cerebrovascular (ACV) | 10. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) |
| 2. Artrosis | 11. Hipertensión arterial (HTA) |
| 3. Artritis | 12. Insuficiencia renal crónica |
| 4. Cardiopatía isquémica | 13. Insuficiencia cardíaca |
| 5. Cirrosis | 14. Osteoporosis |
| 6. Demencia | 15. VIH |
| 7. Depresión | |
| 8. Diabetes Mellitus | |
| 9. Dolor crónico | |

La herramienta permite clasificar a la población en cuatro estratos diferenciados en función de su nivel de riesgo, de la siguiente forma:

- Población sana, sin patología crónica (estrato G0)
- Población de bajo riesgo (estrato G1)
- Población de riesgo moderado (estrato G2)
- Población de alto riesgo (estrato G3)

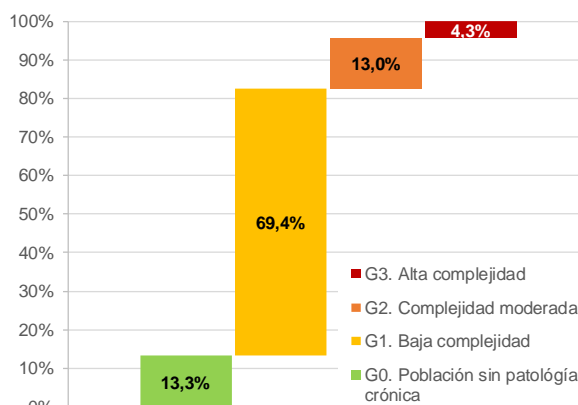
El modelo de estratificación se detalla también en el apartado 4.5.1.2 Proceso de estratificación asistencial.

La estratificación de la población de Castilla y León según los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) de 2024, establece que el 4,3% (100.740) de la población se encuentra en el estrato G3, de alta complejidad, mientras que el 13,0% (302.220) figura en el segmento G2, de complejidad moderada.

La mayor parte de la población, el 69,4% (1.611.973) se considera que tiene alguna enfermedad crónica de baja complejidad, perteneciendo al estrato G1.

La población sin patología crónica, estrato G0, se estima que es el 13,3% (308.068) del total de la población.

Figura 27: Estratificación de la población de Castilla y León según GMA de 2024 (datos de 2023)



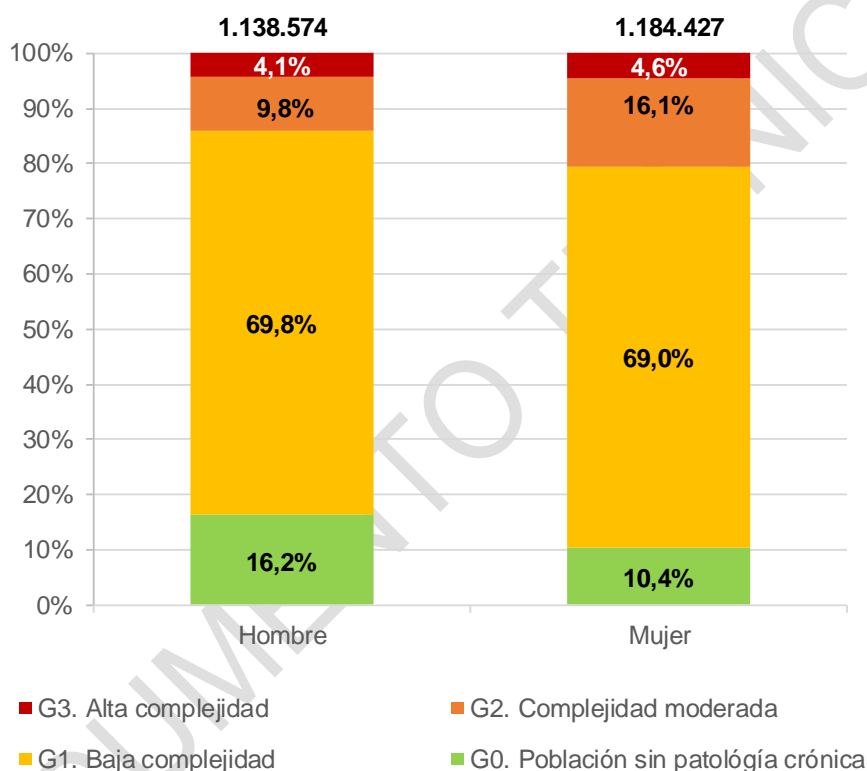
Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

El análisis de la estratificación de la población según GMA por sexo, refleja que en mayor medida, las mujeres presentan más complejidad que los hombres. De esta forma, el 4,6% de las mujeres se clasifican como alta complejidad (G3) y el 16,1% de complejidad moderada (G2), frente el 4,1% y el 9,8% de los hombres, respectivamente.

Por lo que se refiere a la población de baja complejidad (G1), la representatividad por sexo en este estrato es muy similar, el 69,8% de los hombres y el 69,0% de las mujeres se encuentra en este segmento.

En cuanto a la población sin patología crónica (G0), el porcentaje de hombres que se encuentran en este estrato es significativamente superior al de mujeres, el 16,2% de los hombres frente el 10,4% de las mujeres.

Figura 28: Estratificación de la población de Castilla y León según GMA de 2024 por sexo (datos de 2023)



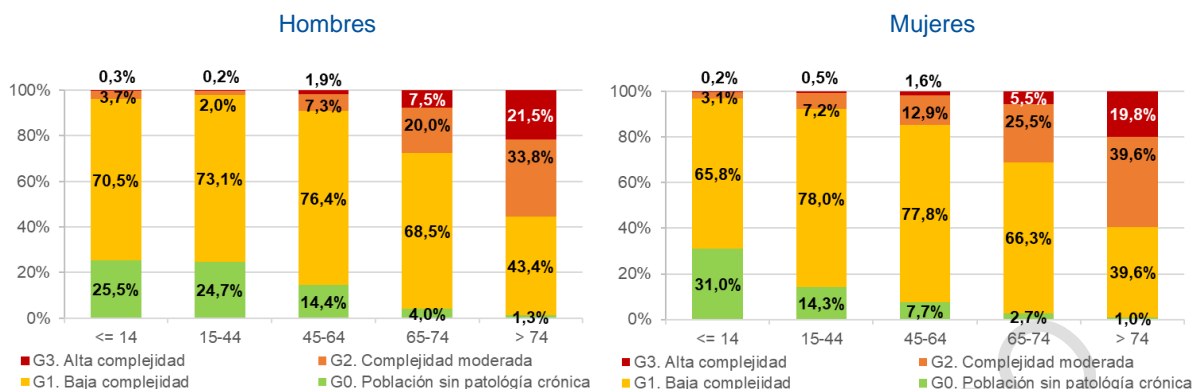
Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

El análisis de la estratificación por sexo y grupos de edad, refleja que en los tramos de edad inferiores a los 15 años, apenas existen diferencias entre sexos, si bien la población femenina está 5,4 p.p. más representada en el estrato sin patología crónica (G0), mientras que los hombres tienen mayor representatividad, 4,7 p.p. en el segmento de baja complejidad (G1).

A partir de los 15 años en adelante, las diferencias por sexo se acentúan, siendo superior el porcentaje de mujeres que presenta mayor complejidad (G2 y G3) en comparación con los hombres.

En términos generales, a medida que se incrementa la edad de la población, lo hace también la complejidad. En este sentido, en los tramos de 74 años y más, la población con alta complejidad (G3) alcanza el 21,5% en los hombres y el 19,8% en las mujeres, y la de complejidad moderada (G2) representa el 33,8% en los hombres y el 39,6% en las mujeres.

Figura 29: Estratificación de la población de Castilla y León según GMA de 2024 por tramos de edad y sexo (datos de 2023)



Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

4.3.3. Estimación y prevalencia de algunos procesos crónicos

En este apartado se analiza la prevalencia registrada en los sistemas de información de Castilla y León de algunos procesos especialmente relevantes en cronicidad.

Entre los procesos que son especialmente relevantes en el ámbito de atención a las personas con enfermedades crónicas se encuentran la situación de dependencia, fragilidad y la atención de paliativos. Los tres procesos han experimentado un crecimiento en el periodo 2021-2023, siendo especialmente significativo el de fragilidad, que, considerando la prevalencia, se incrementa un 307,8%.

Figura 30: Prevalencia de procesos especialmente relevantes en cronicidad. Años 2021-2023

Procesos	Población afectada				Prevalencia			
	2021	2022	2023	Variación 23/21	2021	2022	2023	Variación 23/21
Dependencia	97.287	102.251	108.442	11,5%	4,21%	4,42%	4,67%	10,9%
Fragilidad	1.808	4.410	7.409	309,8%	0,08%	0,19%	0,32%	307,8%
Paliativos	4.936	5.059	5.078	2,9%	0,21%	0,22%	0,22%	2,4%

Nota: Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

De las enfermedades crónicas que forman parte del proceso de estratificación de la población a través de los GMA, las más prevalentes son: la hipertensión arterial (22,72%), la artrosis (16,61%) y la depresión (13,09%). Asimismo, las enfermedades crónicas que experimentan un mayor crecimiento son: el dolor crónico (54,3%), la cirrosis (25,3%), la insuficiencia renal crónica (24,2%), y la insuficiencia cardiaca (24,1%).

Figura 31: Prevalencia de las enfermedades crónicas valoradas en GMA en Castilla y León. Años 2021-2023

Enfermedad crónica	Población afectada				Prevalencia			
	2021	2022	2023	Variación 23/21	2021	2022	2023	Variación 23/21
HTA	511.067	519.605	527.808	3,3%	22,11%	22,45%	22,72%	2,8%
Artrosis	366.083	376.555	385.896	5,4%	15,84%	16,27%	16,61%	4,9%
Depresión	275.865	283.322	304.043	10,2%	11,93%	12,24%	13,09%	9,7%

Enfermedad crónica	Población afectada				Prevalencia			
	2021	2022	2023	Variación 23/21	2021	2022	2023	Variación 23/21
Artritis	182.848	192.161	199.782	9,3%	7,91%	8,30%	8,60%	8,7%
Diabetes Mellitus	187.110	192.414	197.831	5,7%	8,09%	8,31%	8,52%	5,2%
Osteoporosis	92.000	93.304	94.962	3,2%	3,98%	4,03%	4,09%	2,7%
Insuficiencia renal crónica	60.416	69.056	75.429	24,8%	2,61%	2,98%	3,25%	24,2%
Cardiopatía isquémica	65.550	67.716	68.204	4,0%	2,84%	2,93%	2,94%	3,5%
EPOC	60.094	62.647	64.540	7,4%	2,60%	2,71%	2,78%	6,9%
ACV	50.955	53.964	51.459	1,0%	2,20%	2,33%	2,22%	0,5%
Insuficiencia cardíaca	39.806	46.365	49.638	24,7%	1,72%	2,00%	2,14%	24,1%
Demencia	15.379	16.713	16.961	10,3%	0,67%	0,72%	0,73%	9,8%
Dolor crónico	4.120	5.034	6.389	55,1%	0,18%	0,22%	0,28%	54,3%
Cirrosis	2.934	3.524	3.693	25,9%	0,13%	0,15%	0,16%	25,3%
VIH/SIDA	3.411	3.610	3.560	4,4%	0,15%	0,16%	0,15%	3,9%

Nota: Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

Adicionalmente, entre los años 2021 y 2023, la prevalencia registrada de otras enfermedades crónicas como: la dislipemia, la obesidad (en adultos) o el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) crece respectivamente un 7,1%, un 7,9% y un 4,5%. En cambio, la obesidad infantil, disminuye un 4,8%.

Figura 32: Prevalencia de otras enfermedades crónicas en Castilla y León. Años 2021-2023

Enfermedad crónica	Población afectada				Prevalencia			
	2021	2022	2023	Variación 23/21	2021	2022	2023	Variación 23/21
Dislipemia	616.554	641.950	663.594	7,6%	26,67%	27,74%	28,57%	7,1%
Obesidad	286.950	231.895	311.012	8,4%	12,41%	10,02%	13,39%	7,9%
Obesidad Infantil	23.385	22.617	22.376	-4,3%	1,01%	0,98%	0,96%	-4,8%
TDAH	12.860	12.436	13.504	5,0%	0,56%	0,54%	0,58%	4,5%

Notas: 1) TDAH: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad; 2) Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

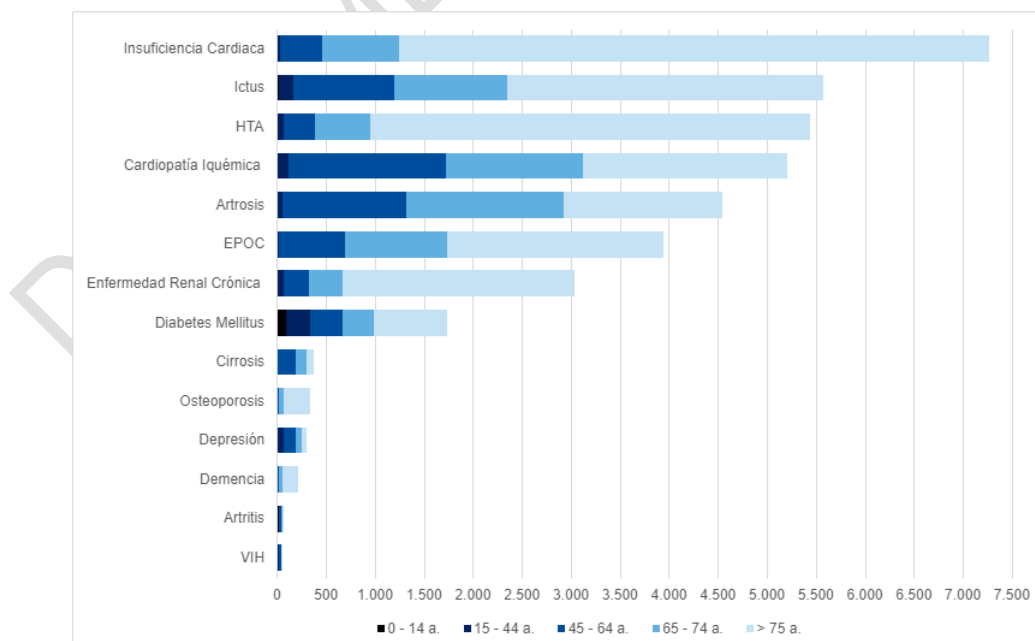
El análisis de las altas hospitalarias de enfermedades crónicas refleja que la insuficiencia cardiaca es significativamente la que presenta mayor número de pacientes dados de alta hospitalaria durante el año 2023, con 7.257 personas, si bien durante el periodo considerado, 2021 al 2023, el número de altas en esta enfermedad experimenta una disminución del 8,9%.

Figura 33: Altas hospitalarias según las diferentes enfermedades crónicas en Castilla y León.
Variabilidad en los años 2021-2023

Enfermedad Crónica	2021	2022	2023	Variación 23/21
Insuficiencia Cardiaca	7.963	7.539	7.257	-8,9%
Ictus	5.422	5.537	5.564	2,6%
HTA	5.715	5.584	5.433	-4,9%
Cardiopatía Isquémica	5.193	5.334	5.208	0,3%
Artrosis	3.388	4.174	4.537	33,9%
EPOC	2.789	3.356	3.923	40,7%
Enfermedad Renal Crónica	2.955	2.992	3.028	2,5%
Diabetes Mellitus	1.658	1.590	1.730	4,3%
Cirrosis	391	354	374	-4,3%
Osteoporosis	173	323	337	94,8%
Depresión	320	383	303	-5,3%
Demencia	201	199	219	9,0%
Artritis	65	57	65	0,0%
VIH	50	50	42	-16,0%

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

Figura 34: Altas hospitalarias según las diferentes enfermedades crónicas por rangos de edad en Castilla y León. Año 2023



Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

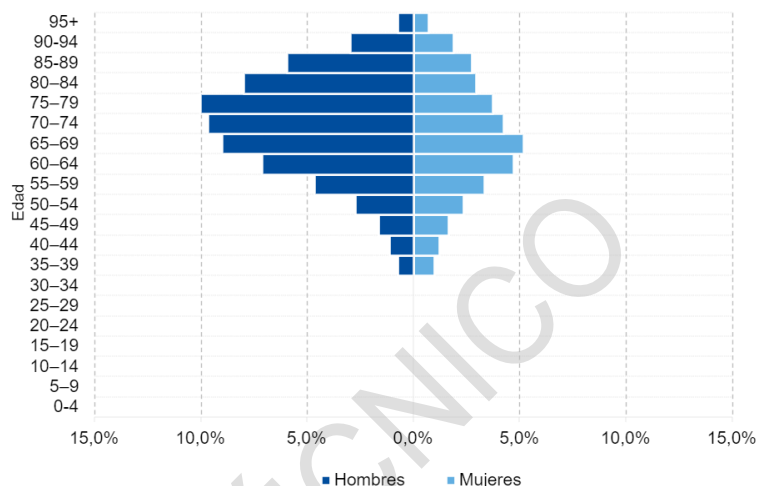
Análisis de algunas enfermedades crónicas

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se caracteriza por la presencia de limitación crónica y poco reversible del flujo aéreo, que es habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala. La EPOC está estrechamente relacionada con el tabaquismo ⁽³⁴⁾.

El análisis de la distribución de los casos de EPOC por sexo refleja que los hombres se encuentran afectados en mayor medida por esta enfermedad, representando el 64,3% de los casos totales en 2023.

Figura 35: Distribución porcentual de personas con EPOC en Castilla y León según edad y sexo. Año 2023



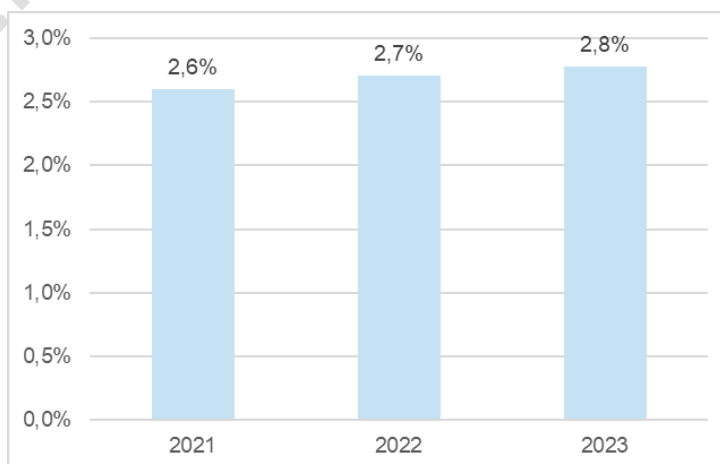
Fuente: Datos abiertos Salud Castilla y León

A pesar de ello, la distribución del número de casos por tramos de edad, refleja que entre los tramos de edad de 35 a 49 años, las mujeres presentan ligeramente una mayor proporción de casos que los hombres, el 3,8% frente al 3,5%. A partir de los 50 años y hasta los 94 años, los hombres superan de forma significativa a las mujeres en todos los tramos de edad.

Asimismo, en los tramos de edad de entre los 60 a los 89 años, se concentran el 73,3% de los casos de EPOC de Castilla y León.

Figura 36: Evolución de la prevalencia registrada de la EPOC en Castilla y León. Años 2021-2023

En el año 2023, la prevalencia registrada en Castilla y León del EPOC era de 2,8%. Durante el periodo 2021 a 2023, la prevalencia experimentó un crecimiento del 6,9%.



Nota: Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

Diabetes Mellitus tipo 2

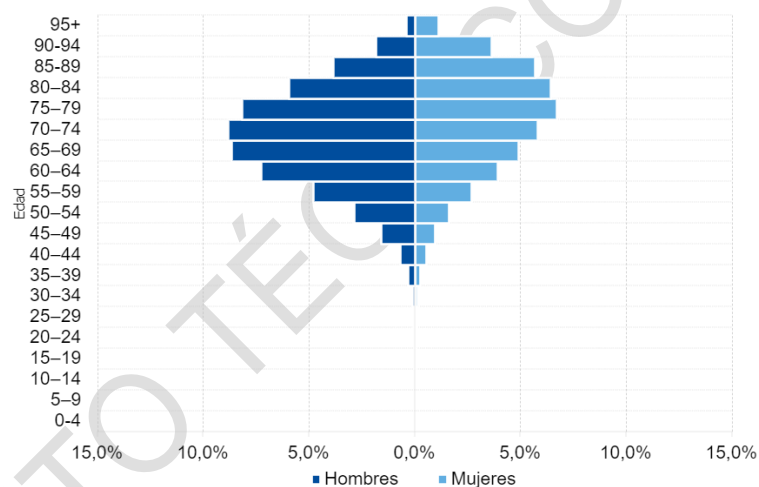
La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre debido a defectos en la secreción o acción de la insulina. Dentro de las clasificaciones de la diabetes mellitus, la diabetes mellitus tipo 2, es la más común, representando aproximadamente el 90% de los casos ⁽³⁹⁾.

La DM2 está estrechamente relacionada con factores de riesgo como la obesidad, la inactividad física y una dieta no equilibrada ⁽³⁹⁾. La desagregación del número de casos por sexos, refleja que del total de personas que padecen Diabetes Mellitus tipo 2, el 55,5% son hombres.

Si se tienen en cuenta los tramos etarios, hasta los 39 años el número de casos representa únicamente el 1,1% del total, siendo poco significativas las diferencias por sexo ⁽⁹¹⁾.

A partir de los 40 años existe un mayor número de casos de diabetes, especialmente en los tramos de edad que se encuentran entre los 60 y los 84 años, con el 66,6% de los casos. Igualmente, los hombres presentan un mayor número de casos hasta los 79 años en todos los tramos de edad, mientras que de los 80 años en adelante los casos de DM2 en las mujeres superan a los de los hombres.

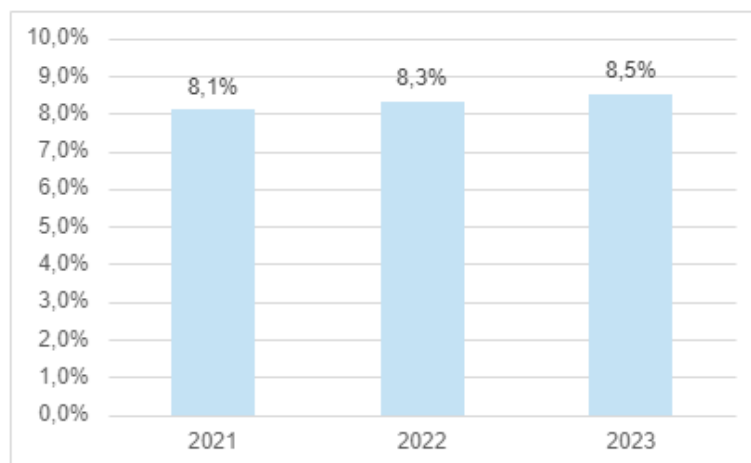
Figura 37: Distribución porcentual de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en Castilla y León según edad y sexo. Año 2023



Fuente: Datos abiertos Salud Castilla y León

La prevalencia de la Diabetes Mellitus en Castilla y León ha pasado del 8,1% en el año 2021 al 8,5% en el 2023, incrementándose un 5,2% en ese periodo.

Figura 38: Evolución de la prevalencia registrada de la Diabetes Mellitus en Castilla y León. Años 2021-2023



Nota: Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

Insuficiencia Cardíaca

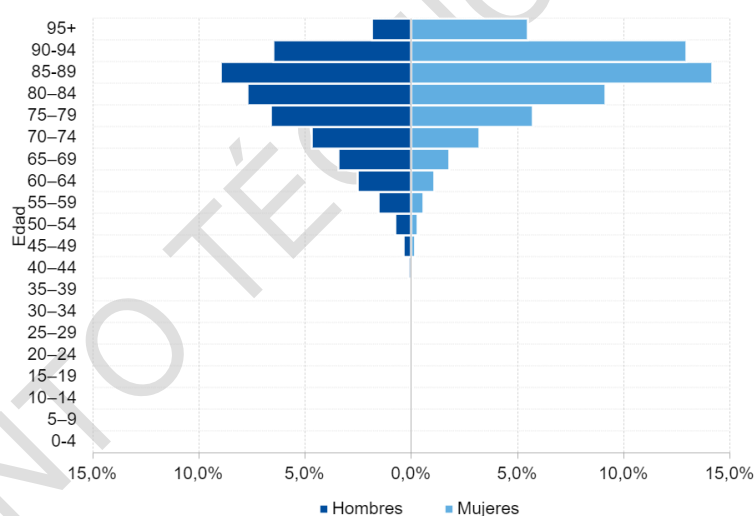
La insuficiencia cardíaca es una condición en la que el corazón no puede mantener un gasto cardíaco adecuado para satisfacer las necesidades metabólicas de los tejidos. Es el estadio final de muchas enfermedades cardiovasculares y una de las principales causas de mortalidad y hospitalización en personas mayores. Entre los factores de riesgo relacionados con esta enfermedad se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica, la fibrilación auricular y las enfermedades valvulares ⁽⁹²⁾.

El análisis de la Insuficiencia Cardíaca por sexo, refleja que el número de casos en mujeres es mayor, representando el 54,7%.

Si se consideran los tramos de edad, hasta los 39 años, el número de casos de Insuficiencia Cardíaca tan solo representa el 0,24% sobre el total. A partir de esta edad, se incrementan el número de casos, distribuyéndose de forma más homogénea en los hombres que en las mujeres. De esta forma, desde los 40 años hasta los 79 años, el porcentaje de casos en hombres en cada tramo etario es superior al de las mujeres, representando los hombres en total el 20,1% de los casos frente al 12,9% en las mujeres. En edades superiores a los 79 años (desde los 80 años en adelante), el número de casos en mujeres se incrementa de forma significativa, representando el 41,7% del total frente al 25,0% en el caso de los hombres.

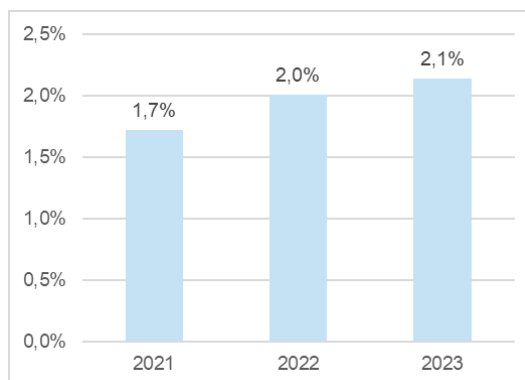
La Insuficiencia Cardíaca en Castilla y León en el año 2023 era de 2,1%, habiéndose incrementado desde el 2021 hasta el 2023 en un 24,1%.

Figura 39: Distribución porcentual de personas con Insuficiencia Cardíaca en Castilla y León según edad y sexo. Año 2023



Fuente: Datos abiertos Salud Castilla y León.

Figura 40: Evolución de la prevalencia de la Insuficiencia Cardíaca en Castilla y León. Años 2021-2023



Nota: Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

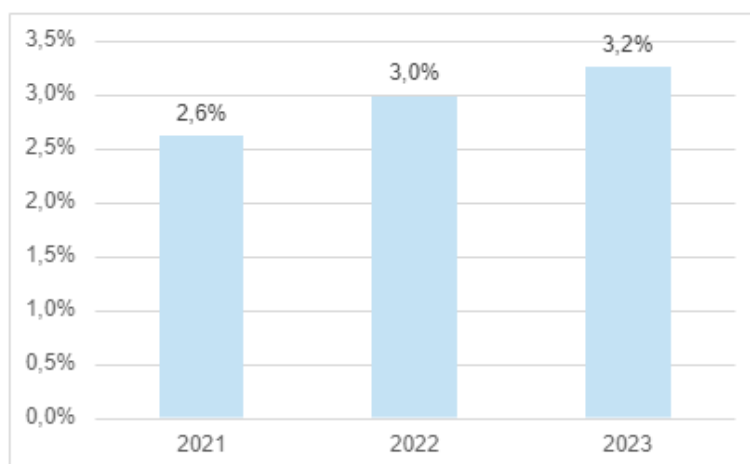
Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

Enfermedad Renal Crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como una alteración de la estructura o función renal que persiste durante más de tres meses, con implicaciones para la salud de las personas con esta enfermedad. Entre los factores de riesgo más relevantes se encuentran la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, el tabaquismo, la exposición a nefrotoxinas, las infecciones urinarias recurrentes y la edad avanzada⁽⁹³⁾.

En el año 2023 la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica en Castilla y León era del 3,2%. La prevalencia se incrementó del 2021 hasta el 2023, en un 24,2%.

Figura 41: Evolución de la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica en Castilla y León. Años 2021-2023



Nota: Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

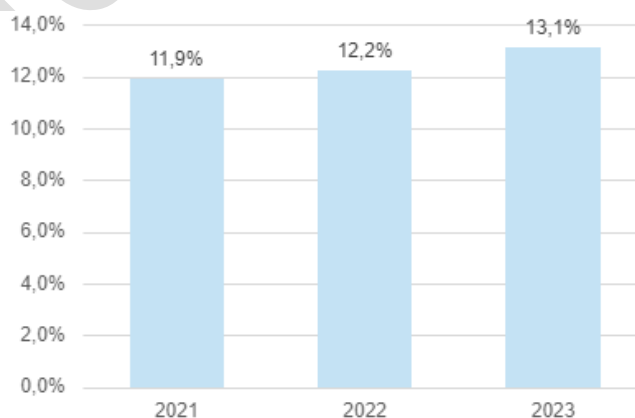
Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

Depresión

Según la OMS: El trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo.

La evolución de la prevalencia de la depresión refleja un incremento durante el periodo considerado, desde el 2021 hasta el 2023, de un 9,7%. En el 2023, la prevalencia de la depresión alcanza el 13,1%.

Figura 42: Evolución de la prevalencia de la Depresión en Castilla y León. Años 2021-2023



Nota: Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

4.3.4. Personas con Pluripatologías crónicas complejas y frágiles

Prevalencia de personas con pluripatologías crónicas complejas

En el año 2024, la población afectada por pluripatologías crónicas complejas era de 142.665 personas, lo que representaba una prevalencia en la población del 6,1%.

Figura 43: Prevalencia de las pluripatologías crónicas complejas en la población de Castilla y León. Años 2021-2024

Población afectada					Prevalencia				
2021	2022	2023	2024	Variación 24/21	2021	2022	2023	2024	Variación 24/21
126.648	132.674	117.274	142.655	12,64%	5,5%	5,7%	5,0%	6,1%	11,5%

Nota: Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

El análisis de la distribución de los casos de personas con pluripatologías crónicas complejas por sexo en 2024, muestra que las mujeres representaban el 54,1% del total de casos.

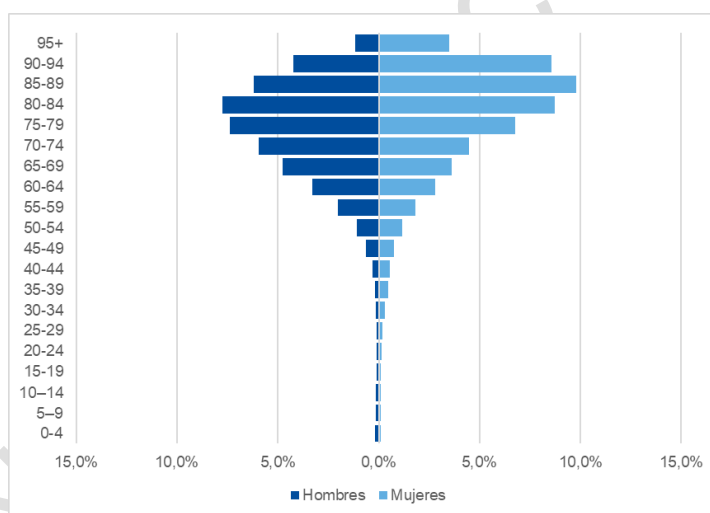
Por tramos de edad, hasta los 34 años, el número de casos tan solo representa el 1,9% del total. El grueso de casos se concentra en los tramos de edad de 65 y más años, representando el 82,9% del total.

Si se realiza un análisis por sexo y tramos de edad, a partir de los 60 años se aprecian las mayores diferencias entre hombres y mujeres. De esta forma, a partir de los 60 años hasta los 79 años, los hombres representan, en el conjunto de esos tramos de edad, el 21,4% del total de casos, frente a las mujeres que suponen el 17,7%, con una diferencia de 3,7 p.p.

Sin embargo, de los 80 años en adelante, los hombres suponen el 19,4% frente al 30,6% de las mujeres, siendo la diferencia entre ambos sexos de 11,2 p.p.⁽⁹¹⁾

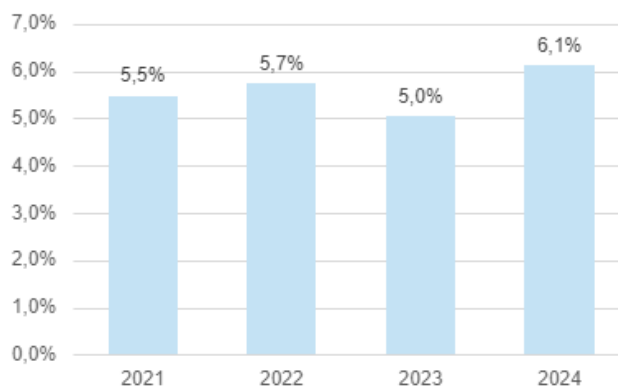
La evolución de la prevalencia de las pluripatologías crónicas complejas desde el año 2021 hasta el año 2024, ha sido creciente, siendo la variación en este periodo del 11,5%.

Figura 44: Distribución porcentual de pacientes crónicos complejos en Castilla y León según edad y sexo. Año 2024



Fuente: Datos abiertos. Salud Castilla y León.

Figura 45: Evolución de la Prevalencia de PCC en Castilla y León. Años 2021-2024



Nota: Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

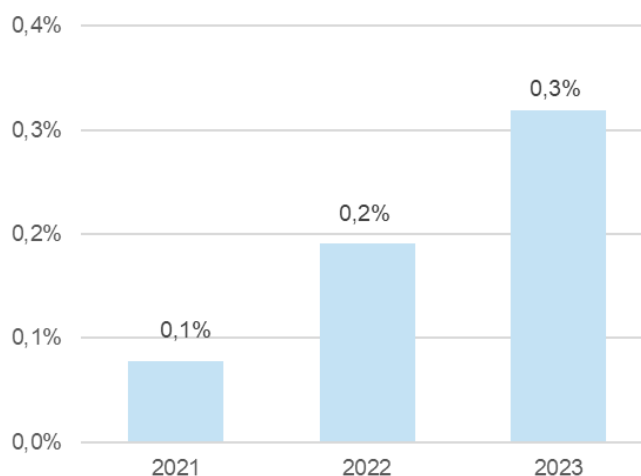
Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

Prevalencia de personas con fragilidad

La fragilidad se define como un deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, lo que confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos ⁽⁹⁴⁾.

Entre 2021 y 2023, la prevalencia de personas con fragilidad en Castilla y León experimentó un crecimiento continuado, pasando del 0,1% en 2021 al 0,3% en 2023.

Figura 46: Evolución de la Prevalencia de Personas con Fragilidad en Castilla y León. Años 2021-2023



Nota: Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

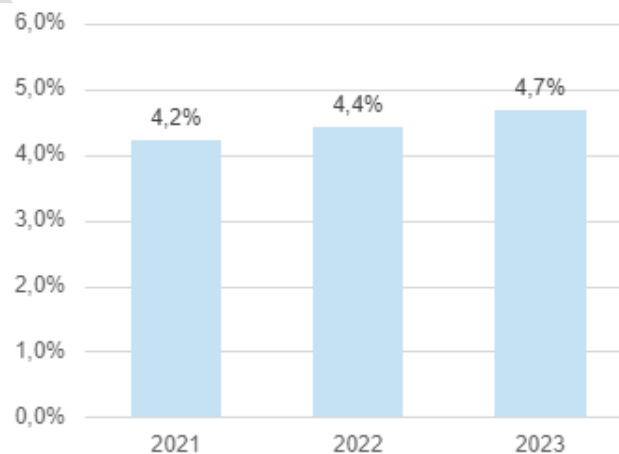
Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

Prevalencia de personas con dependencia

La dependencia funcional, de acuerdo con la definición del Comité de Ministros del Consejo de Europa (1998) es el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria ⁽⁹⁵⁾.

La prevalencia de la dependencia en Castilla y León se situaba en el año 2023 en el 4,7%, habiéndose incrementado entre los años 2021 y 2023, un 10,9%.

Figura 47: Evolución de la Prevalencia de Personas con Dependencia en Castilla y León. Años 2021-2023



Nota: Prevalencia calculada sobre el total de la población de cada año.

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

4.4. Aspectos sociales

Los aspectos sociales están directamente relacionados con la salud física y mental de las personas, por lo que el aislamiento social y la soledad tienen un impacto negativo en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. La disponibilidad de un entorno social adecuado favorece comportamientos y hábitos de vida saludables. En este sentido, existe evidencia de que la soledad incrementa el riesgo de sedentarismo, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y de una dieta inadecuada. Asimismo, la soledad y el aislamiento social están asociados con una mayor morbilidad y mortalidad, incrementando el riesgo de diferentes enfermedades, como por ejemplo las enfermedades cardiovasculares ^{(10) (11)}.

Las personas mayores que se encuentran aisladas presentan mayor riesgo de deterioro cognitivo, así como de síntomas depresivos, que en los hombres constituyen un factor de riesgo de suicidio ^{(10) (11)}.

El consumo de recursos sanitarios es mayor entre la población mayor que se encuentra aislada, la cual tiene un riesgo superior de caídas, más reingresos hospitalarios, más institucionalización y requiere más visitas domiciliarias ^{(10) (11)}.

Actualmente, la soledad y el aislamiento social se consideran condiciones de salud emergentes que afectan de manera significativa a las personas mayores, sobre todo si la persona se encuentra viuda, presenta problemas crónicos y depresión. La soledad se define como una sensación subjetiva de carencia de afecto y cercanía, mientras que el aislamiento social describe la falta objetiva de contacto con otras personas ⁽¹¹⁾. En 2022 cerca del 30% de las personas entre 40 y 65 años de Castilla y León experimentaba aislamiento social, y más del 35% sufría soledad emocional ⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, la vulnerabilidad social es una condición que surge de la acumulación de diferentes problemas sociales (riesgo de exclusión, marginación o falta de acceso a recursos, debido a factores económicos, sociales, culturales o de salud) y tiene un impacto bidireccional como factor de riesgo, influyendo negativamente en los resultados de salud. En personas enfermas, la vulnerabilidad social incrementa significativamente el riesgo relativo de mortalidad ⁽⁹⁶⁾. A medida que aumenta la vulnerabilidad, se reducen las posibilidades de mantener un buen estado de salud ⁽¹⁰⁾.

Adicionalmente, las personas mayores también se ven afectadas por el edadismo, el cual es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la forma de pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) con respecto a los demás o a nosotros mismos por razón de la edad ⁽⁹⁷⁾. Este fenómeno multifacético contribuye a un deterioro de la salud física y mental, un incremento del aislamiento social, una disminución en la calidad de vida y un mayor riesgo de mortalidad prematura. Además, el edadismo perpetúa inseguridades económicas y refuerza estereotipos negativos que limitan las oportunidades de desarrollo personal y social ⁽⁹⁸⁾.

El edadismo y la soledad están interrelacionados y exacerbados mutuamente sus efectos. Las personas mayores que enfrentan discriminación por edad son más propensas a experimentar aislamiento social y soledad, lo que a su vez agrava problemas de salud física y mental.

En consecuencia, la extensión del territorio, la dispersión poblacional y el envejecimiento de la sociedad, singularmente en el ámbito rural, de Castilla y León son factores que contribuyen a la existencia e impacto de las situaciones de vulnerabilidad y soledad presentes en la comunidad autónoma ⁽¹⁰⁾.

4.5. Resultados e iniciativas exitosas desplegadas en Castilla y León

4.5.1 Atención Sanitaria

4.5.1.1 Procesos de atención integrada relacionados con las enfermedades crónicas

Con el objetivo de avanzar en la mejora de la atención asistencial integrada a través de la gestión, la Gerencia Regional de Salud está trabajando desde hace tiempo en el diseño, la implantación, la difusión y la evaluación de procesos asistenciales integrados.

Los procesos asistenciales integrados son herramientas que tienen como finalidad incrementar la efectividad de las actuaciones de los profesionales asistenciales ante determinadas enfermedades, situando a las personas atendidas como eje central de la organización asistencial e impulsando la coordinación y la continuidad asistencial. En este contexto, la Gerencia Regional de Salud ha desarrollado diversos Procesos Asistenciales Integrados vinculados a condiciones crónicas en los últimos años.

Figura 48: Procesos asistenciales integrados de Castilla y León en el ámbito de la cronicidad



Fuente: Gerencia Regional de Salud

En el marco de los procesos asistenciales integrados y de la estratificación de la población de Castilla y León, se elaboró en el año 2014, el **Proceso de Atención a la Persona con Pluripatología Crónica Compleja** de Castilla y León, el cual fue actualizado en el año 2020 ⁽⁹⁹⁾.

Este proceso tiene como misión prestar una atención integral a la persona con pluripatología crónica compleja, acorde con sus necesidades, que minimice el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos, que asegure la prestación integrada de los servicios, la accesibilidad, la continuidad en la atención y la utilización de los medios y dispositivos más adecuados en cada caso, y que promueva la participación activa del paciente y su familia en los cuidados.

El proceso sitúa Atención Primaria como eje de la atención de las personas con enfermedades crónicas complejas, por su mayor capacidad resolutoria y de gestión, dada su proximidad y accesibilidad a los pacientes. El proceso también contempla la atención en el ámbito hospitalario cuando sea necesario, especialmente, a través de las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA). Adicionalmente, se tienen en cuenta los canales de relación con los servicios sociales y la gestión conjunta de los pacientes cuando sea necesario.

El perfil de las personas con enfermedades crónicas a las que se dirige el proceso es:

- Personas con pluripatología crónica compleja identificados por el sistema de estratificación como G3 y validados por los profesionales de Atención Primaria (médico/a y enfermero/a) como pacientes con pluripatología crónica compleja (PCC).
- Personas con pluripatología crónica compleja que no habiendo sido identificados como G3, reúnen los criterios de inclusión: criterios clínicos de pluripatología crónica y criterios sociosanitarios de complejidad, y son validados como pacientes con pluripatología crónica compleja (PCC).
- Familiares/personas cuidadoras de estos pacientes.

4.5.1.2 Proceso de estratificación asistencial

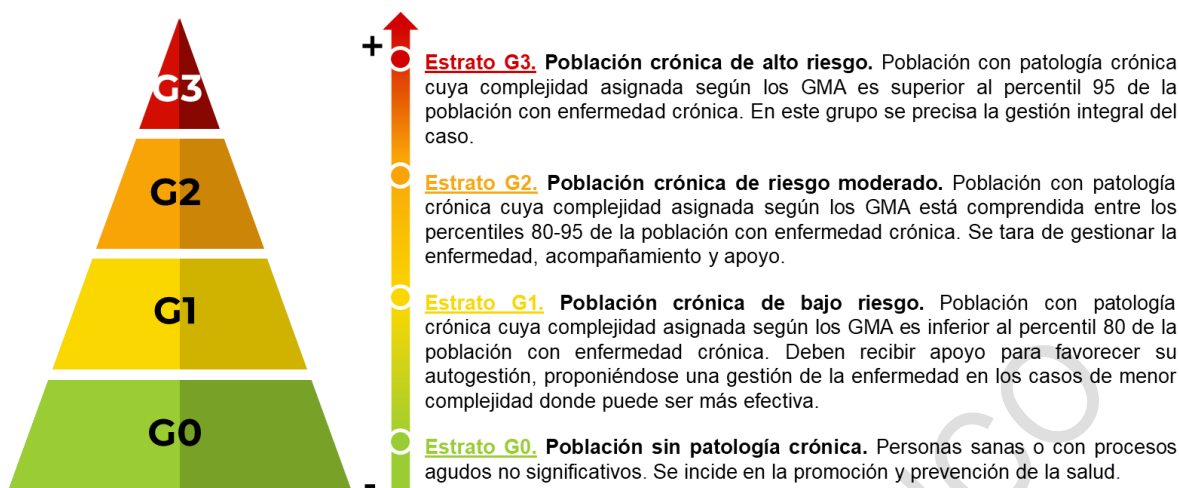
El modelo de atención a la cronicidad en Castilla y León parte de la estratificación de la población según su nivel de riesgo para centrar las intervenciones sanitarias y sociales en las necesidades del paciente, contando con la participación de todos los agentes y sistemas implicados, incluido el paciente y sus cuidadores.

Para llevar a cabo la estratificación clínica de la población (en función del conjunto de enfermedades crónicas de cada individuo y de su severidad), inicialmente en el año 2015, se utilizaron los grupos de riesgo clínico (CRGs-*Clinical Risk Groups*), pero desde el año 2020, Sacyl utiliza los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA).

La finalidad principal es clasificar a la población en grupos homogéneos generando una adecuada estratificación poblacional para identificar a poblaciones diana en cuanto a multimorbilidad y la complejidad, independientemente del tipo de patologías presentes para adecuar la intensidad de la atención sanitaria en función de dicho riesgo. De esta forma, la estratificación permite la identificación de personas con enfermedades crónicas que presentan mayores comorbilidades, polifarmacia, uso de servicios y mayor riesgo de complicaciones, empeoramiento de capacidad funcional, calidad de vida y/o muerte prematura ⁽²⁶⁾.

Los puntos de corte para la clasificación de los individuos en los distintos estratos se establecen tomando como referencia los criterios propuestos según la Pirámide de Kaiser para el manejo de las personas con enfermedades crónicas.

Figura 49: Niveles de riesgo contemplados en la estratificación por GMA



Fuente: Gerencia Regional de Salud

La implantación de esta herramienta en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (Medora) requiere que los médicos/as o enfermeros/as de Atención Primaria responsables de la persona con enfermedades crónicas validen el nivel de riesgo que asigna el sistema GMA, en función de su conocimiento y cercanía con persona y determinen el nivel de intervención más adecuado a las características de la persona ⁽²⁶⁾.

4.5.1.3 Unidades de Continuidad Asistencial

La Gerencia Regional de Salud puso en marcha en el año 2013 las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA) para permitir una atención compartida entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria en aquellas personas con enfermedades crónicas de alto riesgo (G3). Estas personas presentan frecuentes descompensaciones y alto riesgo de pérdida funcional, con una necesidad elevada de atención sanitaria y, con frecuencia, necesidades sociales que atender.

El objetivo de las UCA es reforzar y asegurar la continuidad de la atención en las transiciones entre niveles asistenciales de las personas con enfermedades crónicas de alto riesgo, facilitando el acceso y la gestión ágil de estas personas entre los dos niveles asistenciales, proporcionando los cuidados adecuados a sus necesidades y al nivel de progreso de su enfermedad. Además, de garantizar la continuidad asistencial, las UCA favorecen la integración de cuidados, el apoyo y cobertura familiar y social, el fomento de la autonomía del paciente y la gestión de la polifarmacia y adherencia terapéutica.

La UCA asume las siguientes funciones:

- Favorece el acceso de las personas con enfermedades crónicas complejas a Atención Hospitalaria, gestionando de forma ágil los recursos hospitalarios que precise el paciente y minimizando los trámites administrativos.
- Actúa de unidad de referencia para Atención Primaria, a través de los roles del médico/a interconsultor/a y del enfermero/a gestor/a de casos hospitalarios.
- Realiza la valoración integral de las personas con enfermedades crónicas de alto riesgo.
- Atiende las descompensaciones de las personas con enfermedades crónicas de alto riesgo, llevando a cabo el ajuste de tratamiento y manejo ambulatorio, la administración del tratamiento en el hospital de día, el ingreso hospitalario en camas de la UCA y la prevención de nuevas descompensaciones.
- Promueve el autocuidado, favoreciendo la autonomía del paciente y el proceso de información a las personas atendidas en la Unidad.

- Proporciona apoyo y cobertura familiar y social, promoviendo la coordinación entre sistema sanitario y social, para asegurar la cobertura de necesidades sociales.

Castilla y León dispone de una red de Unidades de Continuidad Asistencial, si bien existe cierta variabilidad en cuanto a su dimensionado y funcionamiento.

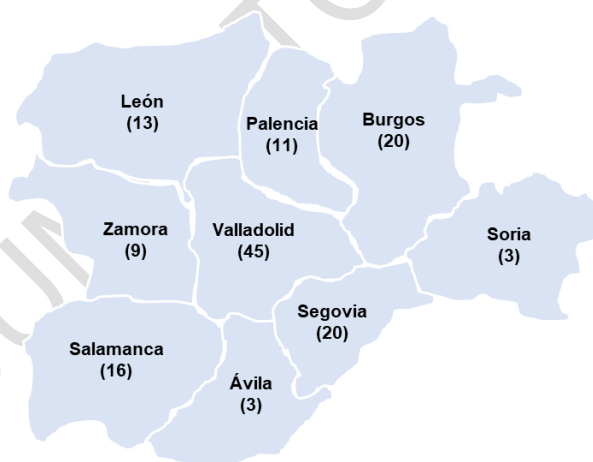
4.5.1.4 Unidades de Convalecencia Sociosanitarias

Las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) son unidades específicas de estancia de carácter temporal ubicados en residencias de personas mayores, destinadas a proporcionar cuidados integrales a personas en situación de dependencia que requieren apoyo sanitario y social durante su proceso de recuperación. Su principal finalidad es favorecer la mejora funcional, promover la autonomía personal y asegurar la continuidad asistencial mediante una atención sociosanitaria coordinada y centrada en la persona. Esta situación de dependencia es consecuencia de procesos crónicos de enfermedad y/o patologías generalmente asociadas al envejecimiento, ya diagnosticados y estabilizados, pero que debido a un proceso agudo o a una descompensación de sus procesos crónicos presentan un deterioro de su funcionalidad. De este modo, se hace necesaria la prestación de asistencia médica y cuidados enfermero y vigilancia durante la convalecencia, así como los cuidados personales asociados a su falta de autonomía.

Estas unidades, surgen a finales del año 2013, tras la firma de un convenio de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y la Gerencia de Servicios Sociales para la gestión conjunta de las UCSS en centros residenciales para personas mayores de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales y en centros residenciales de las diputaciones.

En el año 2024 el número de plazas disponible en UCSS es de 140 plazas.

Figura 50: Mapa de plazas en Unidades de Convalecencia Sociosanitaria en Castilla y León. Año 2024



Fuente: Gerencia Regional de Salud

El periodo de estancia en estas unidades no puede exceder de los 4 meses y requiere que la persona presente de forma simultánea tanto necesidades sanitarias como sociales.

4.5.1.5 Cartera de servicios de Atención Primaria a la cronicidad

La Cartera de Servicios de AP comprende las actuaciones prioritarias y relevantes, definidas y desarrolladas en procesos asistenciales, guías clínicas y programas de salud ⁽¹⁰⁰⁾. En este sentido, recoge la atención a los procesos de salud prevalentes, entre los que se encuentran los de atención al adulto y personas mayores, muchos de ellos relacionados con la cronicidad.

En la Cartera de Servicios de AP se encuentra de forma específica la atención a las siguientes **enfermedades o condiciones crónicas**: la pluripatología crónica compleja, la diabetes mellitus,

la enfermedad renal crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardiaca crónica, el dolor crónico no oncológico y cuidados paliativos. También se contempla la atención a diferentes **factores de riesgo** asociados a muchas enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la obesidad, la dislipemia, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol de riesgo. Se consideran igualmente de forma explícita la **atención a determinadas situaciones** como fragilidad en la persona mayor, la demencia, la dependencia, la ansiedad, la depresión y la atención a personas cuidadoras.

Adicionalmente, se incluyen otros aspectos de especial relevancia para las personas con enfermedades crónicas como son la fisioterapia y la educación para la salud con grupos e intervenciones comunitarias.

En el año 2019, la Gerencia Regional de Salud llevó a cabo un proceso de actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

4.5.2 TICs

4.5.2.1 Guías asistenciales historia clínica

La Historia Clínica Electrónica (HCE) en Castilla y León ha incorporado una relación de guías asistenciales que constituyen una herramienta de seguimiento de las personas con enfermedades, incluyendo las personas con pluripatología crónica compleja.

Las guías asistenciales son desarrollos operativos que sirven para registrar en la HCE la implementación de las actividades e intervenciones de la cartera de servicios de atención primaria en función de los procesos y necesidades de las personas. Además, ayudan al profesional a recordar y registrar en la HCE los datos más relevantes para el adecuado seguimiento del proceso asistencial de esta.

Para ello, las guías se estructuran en 4 grandes bloques:

- Anamnesis.
- Exploraciones.
- Actuaciones.
- Plan terapéutico.

Actualmente, hay 52 guías asistenciales configuradas en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, Medora, varias de ellas relacionadas con la cronicidad y la pluripatología crónica compleja.

Figura 51: Guías asistenciales en relación con la cronicidad que incorpora la HCE en Castilla y León



Fuente: Gerencia Regional de Salud

4.5.2.2 Teleatención sanitaria

La teleatención sanitaria consiste en la prestación de servicios sanitarios asistenciales a distancia a través de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). En Castilla y León se está promoviendo el uso de la teleatención sanitaria tanto de forma síncrona como asíncrona. La aplicación de estas herramientas permite acortar los plazos en la atención de las personas con enfermedades crónicas, permitiendo mantener una relación más directa y fluida entre profesionales de Atención Primaria y los de Atención Hospitalaria, así como evitar desplazamientos de los pacientes a los hospitales de referencia, sobre todo, en el ámbito rural. Entre los proyectos que se han implantado, están Telepresencia y Teledermatología.

Telepresencia

La Telepresencia que está desarrollando la Gerencia Regional de Salud es un modo de **teleatención sanitaria** que ofrece al paciente una atención sanitaria **de calidad** que permite la asistencia simultánea, en tiempo real, de **más de un profesional con un paciente**, de manera presencial y a distancia, compartiendo imagen y vídeo entre los profesionales a través de la red de telepresencia dotada con **equipos de videoconferencia** y medios audiovisuales **de muy alta calidad**.



Para llevar a cabo la implantación de la Telepresencia, Castilla y León dispone de una red de equipos de videoconferencia de alta calidad. La red de equipos de telepresencia permite la conexión entre todos los centros asistenciales del sistema de salud ya que están instaladas en los centros de salud, puntos de atención continuada y centros hospitalarios incluidos algunos centros de especialidades. Se conectan en un entorno que cumple requisitos de seguridad que exige la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos).

La Telepresencia permite el contacto con el paciente tanto en la consulta ordinaria como en un programa de atención continuada.

Teledermatología

Mediante este sistema de teleatención sanitaria es posible llevar a cabo por parte del especialista de dermatología hospitalario la valoración no presencial de personas con lesiones dermatológicas.



Para ello, en la consulta de medicina familiar y comunitaria o de pediatría de Atención Primaria, ante una sospecha de lesión dermatológica, el profesional toma una fotografía específica de la lesión y se la envía junto con una descripción de la misma al servicio de dermatología de Atención Hospitalaria.

El dermatólogo/a en consulta no presencial valora la fotografía y la información aportada médico de familia, y valora si es necesario citar a la persona con la lesión dermatológica a consulta o directamente a cirugía para su extirpación. Si la persona no requiere citación en Atención Hospitalaria, seguirá siendo atendida por los profesionales de Atención Primaria, pudiendo el dermatólogo/a recomendar un determinado tratamiento y recomendaciones a seguir.

Para el desarrollo de teledermatología se ha dotado a los centros de salud con un dermatoscopio y móvil securizado para la toma de las imágenes dermatológicas y dermatoscópicas, así como de una aplicación que permite la incorporación de la imagen en la historia clínica del paciente a través del escritorio profesional.

Entre las enfermedades crónicas que se pueden diagnosticar y tratar a través de la teledermatología, se encuentran la dermatitis atópica y la psoriasis.

4.5.3 Formación e investigación

4.5.3.1 Formación

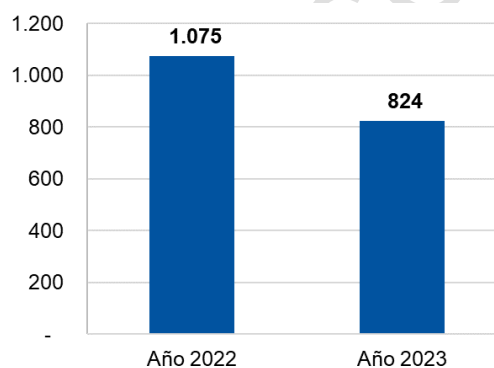
En el marco del programa de formación continua a los profesionales sanitarios de la GRS, en el año 2022 se formaron en el ámbito de la cronicidad 1.075 profesionales y 824 en el año 2023.

Las acciones formativas engloban tanto cursos, como talleres y seminarios, sesiones clínicas o interconsultas. En su mayor parte estas acciones se han realizado de forma presencial, pero también a distancia.

Las acciones formativas han abordado las siguientes temáticas:

- Paciente crónico complejo: valoración integral, seguimiento en las UCA, rol de enfermero/a, etc.
- Fragilidad en las personas ancianas: prevención, cribado y abordaje terapéutico.
- Dependencia: atención domiciliaria, educación sanitaria para personas cuidadoras, alimentación, manejo de lesiones.
- Otros temas: adherencia terapéutica, hábitos saludables y prevención de factores de riesgo, coordinación con servicios sociales, dolor crónico, paciente activo, etc.

Figura 52: N° de profesionales sanitarios que han realizado alguna acción formativa en cronicidad. Años 2022-2023



Fuente: Gerencia Regional de Salud

En el año 2024, la Gerencia Regional de Salud realizó dos cursos a través del Campus Virtual centrados especialmente en la atención al paciente crónico complejo, en el que se combinaba formación en formato asíncrona con sesiones síncronas, donde los propios profesionales sanitarios explicaban desde sus diferentes áreas de conocimiento el abordaje de estas personas y sus cuidadores. Los cursos estaban dirigidos a profesionales de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, y servicios de Urgencia, en las especialidades de: Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Geriatría, Enfermería, Enfermería especialista en Familiar y Comunitaria, Enfermería especialista en Geriatría, Fisioterapia y Trabajo Social. En total entre los dos cursos, se inscribieron en torno a 1.000 profesionales. La buena acogida que han tenido estas dos ediciones entre los profesionales hace que se prevea dar continuidad a estas acciones formativas en el año 2025.

4.5.3.2 Investigación

En Castilla y León, el Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León 2023-2027 establece las prioridades de investigación e innovación en la comunidad autónoma para los próximos años, incluyendo el envejecimiento, las enfermedades degenerativas y la cronicidad, como áreas clave de carácter transversal

En el ámbito de la investigación, a través de la Gerencia Regional de Salud se favoreció en el ámbito de la cronicidad el desarrollo de 9 estudios de investigación en el año 2022, y otros 9, en el año 2023.

Para el desarrollo de las actividades de investigación, Castilla y León dispone de una red de instituciones del ámbito académico y sanitario (red de hospitales y centros de atención primaria, institutos de investigación biosanitaria, universidades, centros tecnológicos, entre otros) con una amplia experiencia en el ámbito de la investigación, incluyendo la cronicidad.

En este contexto, en el marco de la investigación en cronicidad Castilla y León desarrolla una participación activa en redes nacionales de investigación que permiten abordar de forma multidisciplinar y multicéntrica los desafíos asociados a las enfermedades crónicas. Entre los diferentes actores que tienen un papel clave en este ámbito se encuentra Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) que tiene diferentes áreas de investigación relacionadas con determinadas áreas de conocimiento, en las que se incluyen diferentes enfermedades crónicas. Adicionalmente, cuenta con un área de investigación dedicado a la Atención Primaria, Salud Pública y Farmacología, que desarrolla entre otras, las siguientes líneas de investigación:

- Prevención, promoción de la salud, estilos de vida y rehabilitación en salud cardiovascular, salud mental y en otras poblaciones de riesgo y vulnerables y/o con enfermedades crónicas.
- Envejecimiento, calidad de vida, prevención de dependencia y discapacidad.
- Salud digital, avances tecnológicos, innovación y transferencia.
- Cuidados de enfermería, atención fisioterápica, atención de terapia ocupacional, ejercicio terapéutico, atención farmacéutica, calidad y seguridad del paciente.

Entre los grupos de investigación que abordan la investigación específicamente en cronicidad se encuentra el Grupo de Investigación de Atención Primaria (GIAPCyL). Este grupo pertenece a la Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS), la cual está financiada por el Instituto de Salud Carlos III. Adicionalmente, la RICAPPS es una de las 7 Redes de Investigación Cooperativa Orientada a Resultados en Salud (RICORS) del Instituto de Salud Carlos III.



El objetivo de la RICAPPS es promover la investigación en red orientada a los resultados de salud en atención primaria, cronicidad y promoción de la salud, con el fin de transferir los resultados a la práctica clínica y a las organizaciones de servicios de salud, y garantizar así la mejora de la atención sanitaria de la población.

En concreto, entre las líneas de trabajo que está abordando GIAPCyL se encuentran el envejecimiento y la prevención de la dependencia, el envejecimiento arterial, los estilos de vida y el riesgo vascular, la promoción de la salud cardiovascular, entre otros.

4.5.4 Apoyo a las personas crónicas y sus familias

4.5.4.1 Escuela de Pacientes

En el año 2024, la Escuela de Pacientes de Castilla y León se integra en la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía del Sistema Nacional de Salud. La Red es una plataforma que integra diferentes escuelas de salud que existen en el ámbito autonómico, y que pretende facilitar información y herramientas de formación a la ciudadanía basadas en las mejores evidencias científicas disponibles.

El objetivo es promover el empoderamiento de la ciudadanía en general y de las personas con enfermedades crónicas en particular, para que tanto ellas como sus personas cuidadoras tengan acceso a información clínica contrastada y de calidad, como de los servicios de apoyo y soporte, para favorecer la adquisición de una mayor autonomía en la gestión y manejo de la enfermedad.

La web de la Escuela de Pacientes de Castilla y León se estructura en cinco apartados diferenciados:

- **Paciente activo:** ofrece información sobre el programa paciente activo que se desarrolla en Castilla y León.

- Enfermedades: contiene información relevante de todo tipo (vídeos, guías, etc.) para las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores acerca de diferentes patologías, entre las que se encuentran: la enfermedad renal crónica, la diabetes, el cáncer, etc.
- Personas cuidadoras: incluye contenido audiovisual sobre el manejo de personas dependientes o cómo realizar ejercicios de fisioterapia.

Figura 53: Bloques de contenidos de la Escuela de pacientes de Castilla y León



Fuente: Gerencia Regional de Salud

- Cuida tu salud: engloba información y recomendaciones para las personas con enfermedades y sus personas cuidadoras sobre hábitos de vida saludable.
- Noticias y aspectos de interés: incorpora noticias y aspectos que pueden resultar de interés para las personas con enfermedades y sus personas cuidadoras.

4.5.4.2 Programa de Paciente Activo

En el año 2014 la Gerencia Regional de Salud puso en marcha el Programa de Paciente Activo, inicialmente en la enfermedad crónica de Diabetes Mellitus Tipo 2, ampliándolo en el año 2024 a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. El objetivo del Programa de Paciente Activo es mejorar el autocuidado, la calidad de vida y el manejo autónomo de la enfermedad de las personas que presentan estas condiciones crónicas, o de sus cuidadores en caso de que el paciente no pueda acudir, a través de intervenciones educativas que favorezcan una mejor comprensión de la enfermedad en un marco de apoyo entre iguales.

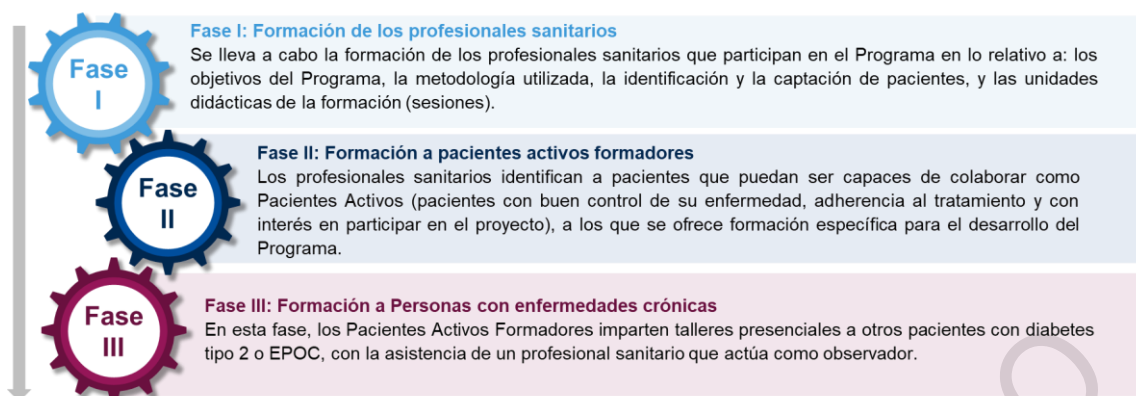
En concreto, el Programa pretende:

- Potenciar el rol de la persona con enfermedades crónicas como principal responsable del cuidado de su salud.
- Fomentar el autocuidado, promoviendo conductas saludables y positivas.
- Aumentar las habilidades, confianza y el manejo autónomo de la enfermedad del paciente, o de su cuidador/a en caso de que el paciente no pueda asistir.

El Programa de Paciente Activo se desarrolla a través de sesiones educativas y talleres prácticos que son impartidas por otros pacientes en un marco de apoyo entre iguales, siendo acompañados por enfermeros/as y otros profesionales especializados. El apoyo entre iguales permite compartir experiencias y consejos entre personas que padecen una misma enfermedad crónica, a la vez que se sienten acompañadas, escuchadas y con capacidad para tomar el control de su salud.

Para la puesta en marcha del Programa de Paciente Activo con cada nueva enfermedad es necesario seguir tres fases: formación de los profesionales, captación y formación a pacientes activos formadores y desarrollo de talleres de formación a personas con enfermedades crónicas.

Figura 54: Fases del Programa de Paciente Activo de Castilla y León



Fuente: Gerencia Regional de Salud

4.5.4.3 Programa Integral de Envejecimiento Activo

El Programa Integral de Envejecimiento Activo de la Gerencia de Servicios Sociales comprende todas las actividades y servicios que, en materia de prevención de la dependencia, se desarrollan desde los programas de envejecimiento activo que realizan las administraciones públicas de Castilla y León y las entidades privadas financiadas total o parcialmente con fondos públicos.

Su objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas mayores de Castilla y León mediante el desarrollo unificado y coordinado, entre administraciones y entidades, de acciones que, con carácter preventivo, promuevan la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades que permitan optimizar su salud, sus capacidades en la esfera física y psíquica, así como alcanzar un nivel adecuado de interacción y desenvolvimiento en su entorno.

Figura 55: Tipología de actividades contempladas en el Programa de envejecimiento activo



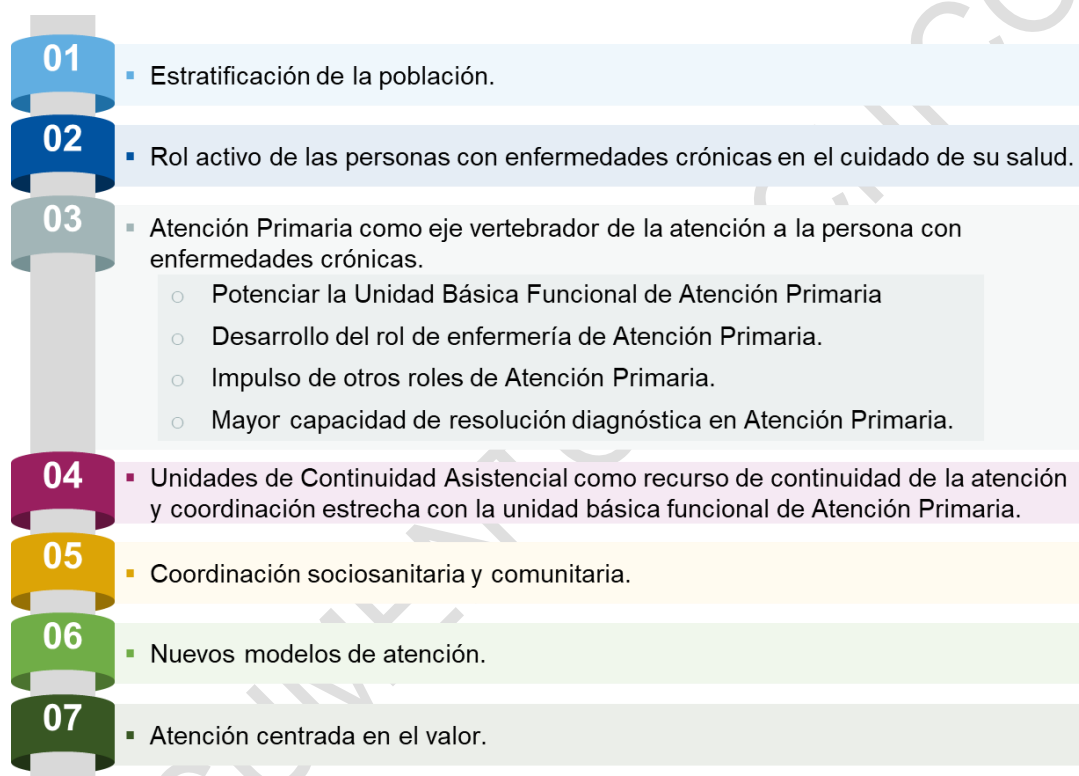
Fuente: Gerencia de Servicios Sociales

En el año 2022, se alcanzaron 125.524 personas participantes en este programa, habiéndose realizado 4.828 talleres y 6.442 actividades. El número total de municipios participantes fue de 1.181 ⁽¹⁰¹⁾.

5. Fundamentos para la actualización del modelo de atención a las personas con enfermedades crónicas de Castilla y León

La actualización de la estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León pretende dar continuidad al modelo de atención a las personas con enfermedades crónicas, incorporando aquellos aspectos que, con la experiencia acumulada y la evidencia disponible, se consideran de valor para la mejora de la atención. En este sentido, las características del modelo de atención más relevantes en el marco de la actualización de la estrategia son:

Figura 56: Características del modelo de atención a la persona con enfermedades crónicas en Castilla y León



Fuente: Elaboración propia.

- 1. Estratificación de la población** como instrumento para la personalización de los cuidados y la definición de programas específicos de atención adaptados al nivel de riesgo de cada segmento de población con foco en las personas con enfermedades crónicas complejas, así como para una distribución equitativa de recursos de acuerdo con las necesidades de cada segmento. Adicionalmente, se requiere rediseñar la herramienta GMA en lo relativo al peso de las enfermedades para la población infanto-juvenil (de 18 o menos años), ya que la clasificación actual no refleja la necesidad de cuidados y recursos que precisa esta población.
- 2. Rol activo de las personas con enfermedades crónicas en el cuidado de su salud**, a través de:
 - **Programa paciente activo**, para potenciar la educación entre iguales y extender su aplicación a otras enfermedades crónicas, además de la diabetes mellitus y la EPOC.

- **Escuela de pacientes**, disponer de espacios educativos para promover hábitos saludables y mejorar el manejo de las enfermedades crónicas y favorecer el autocuidado.
 - **Mapa de activos en salud**, favorecer el conocimiento en cada zona básica de salud de los recursos comunitarios existentes para integrarlos como apoyo en el manejo de las enfermedades.
 - **Colaboración con las asociaciones de pacientes y corporaciones locales** para el desarrollo de actividades en este ámbito.
- 3. Atención Primaria como eje vertebrador de la atención a la persona con enfermedades crónicas**, donde la unidad básica funcional (médico/a y enfermero/a) de Atención Primaria sea la responsable de la atención de la persona con enfermedades crónicas, y en su caso, de sus cuidadores, a lo largo de su proceso asistencial. Así, se asume en Atención Primaria el seguimiento de la persona, y sólo en los casos de especial complejidad que lo requieran se llevará a cabo la derivación y coordinación con Atención Hospitalaria.

En aras de reforzar y favorecer la resolución de Atención Primaria se potencian los siguientes aspectos:

- **Potenciar la Unidad Básica Funcional de Atención Primaria**
 - Reforzar el papel de la Unidad Básica Funcional de Atención Primaria, conformada por el médico de familia y la enfermera, como núcleo central en la atención a las personas con enfermedad crónica, reconociendo su liderazgo compartido, el trabajo colaborativo y el desarrollo complementario de sus competencias profesionales en el marco de una atención integral, continuada y centrada en la persona.
 - **Desarrollo del rol de enfermero/a de Atención Primaria**
 - Gestión de casos y enlace hospitalario de las personas con enfermedades crónicas de su cupo, realizando el seguimiento periódico y tras el alta hospitalaria, mediante contacto telefónico y atención domiciliaria, y la educación para la salud.
 - Competencias avanzadas, para realizar cribados, ajustes terapéuticos e indicación enfermera.
 - **Impulso de otros roles de Atención Primaria**
 - Trabajo social, favorecer que se lleve a cabo la valoración social de las personas con enfermedades crónicas complejas y se realice el plan de apoyos en función de la valoración de las necesidades detectadas.
 - Fisioterapia, para el desarrollo de programas interdisciplinarios que ayuden a mejorar la funcionalidad, prevenir complicaciones y reducir los síntomas relacionados con las enfermedades crónicas.
 - Farmacia, reforzar el trabajo conjunto de médicos/as y farmacéuticos/as en la revisión de planes terapéuticos y la conciliación de medicamentos.
 - **Mayor capacidad de resolución diagnóstica en Atención Primaria**
 - Incremento de la capacidad de petición de pruebas diagnósticas, ampliando el petitorio de pruebas de Atención Primaria.
 - Acercamiento de las pruebas diagnósticas en el domicilio a través de maletines digitales y en las zonas básicas de salud a través de centros de diagnóstico terapéutico móvil, especialmente en el ámbito rural.
- 4. Unidades de Continuidad Asistencial como recurso de continuidad de la atención y coordinación estrecha con la unidad básica funcional de Atención Primaria**, previéndose una mayor homogeneización y mejora de su funcionamiento. Desde Atención Primaria se coordina la derivación de las personas con enfermedades crónicas que se encuentran en situación de descompensación y que no pueden ser atendidas en Atención

Primaria, a estas unidades. Siendo en el ámbito hospitalario, la UCA el equipo de referencia de la persona PCC.

Además, el profesional médico de la UCA actuará como interconsultor de Atención Primaria, y la/el enfermera/o como gestor/a de casos en el ámbito hospitalario y en las transiciones asistenciales con Atención Primaria.

5. Coordinación sociosanitaria y comunitaria.

- Favorecer la atención integral de las personas con enfermedades crónicas que se encuentran en centros residenciales.
- Facilitar la continuidad asistencial sociosanitaria, en especial en personas con trastornos mentales crónicos.
- Coordinar los programas de atención sociosanitaria dirigidos a la población con enfermedades crónicas (en domicilio): A gusto en casa, Intecum, Soledad no deseada...
- Potenciar el papel de las oficinas de farmacia especialmente en el ámbito rural.
- Estrechar la colaboración entre las asociaciones de pacientes y las administraciones locales para el desarrollo de iniciativas orientadas a las personas con enfermedades crónicas.

6. Nuevos modelos de atención que contribuyan a atender de forma específica las necesidades existentes en el **ámbito rural**, promoviendo:

- Nuevas tecnologías, que favorezcan la accesibilidad de la atención sanitaria, promoviendo el uso de la telepresencia y la telemonitorización de las personas con enfermedades crónicas complejas.
- Acercamiento de la medicación hospitalaria para evitar el desplazamiento de las personas con enfermedades crónicas complejas a los servicios de farmacia hospitalarios.
- Equipos itinerantes de profesionales sanitarios de atención en el ámbito rural.

7. Atención centrada en el valor, para ser más eficientes y mejorar los resultados en salud de las personas con enfermedades crónicas.

- Orientar la cultura de la organización hacia las prácticas basadas en valor.
- Incorporar herramientas de recogida de la percepción de los pacientes sobre su salud (PROMs) y de su experiencia en el servicio de salud (PREMs) a la evaluación de resultados en valor.

6. Metodología

La elaboración de la Actualización de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León se llevó a cabo desde un abordaje colaborativo e interdisciplinario, en el que participaron diferentes profesionales de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León: de las direcciones generales de Salud Pública y de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación. Por parte de la Gerencia Regional de Salud han participado profesionales de las direcciones generales de Asistencia Sanitaria y Humanización, Salud Digital, Calidad e Infraestructuras sanitarias y Personal y desarrollo Profesional. Así mismo han participado profesionales sanitarios asistenciales y gestores de los diferentes dispositivos de Atención Primaria y Hospitalaria.

También han participado representantes de la Gerencia de Servicios Sociales y de las propias personas con enfermedades crónicas a través de las Asociaciones de Pacientes.

El enfoque metodológico se realizó en tres fases, una de lanzamiento más orientada a la planificación y puesta en marcha de la Estrategia, y otras dos de carácter más operativo y de desarrollo de los trabajos, como es el análisis de situación y el desarrollo estratégico (Figura 57).

Figura 57: Fases metodológicas para la Actualización de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León



Fuente: Elaboración propia.

6.1. Fase 0. Lanzamiento

Como parte de esta fase se establecieron los objetivos generales de la Actualización de la Estrategia, se definió el plan de trabajo, se identificaron las necesidades de información, se definieron los perfiles a implicar, se conformaron los cinco grupos de trabajo correspondientes y se diseñaron los mecanismos de participación de los diferentes colaboradores. De este modo, se constituyeron los siguientes:

- 1 Grupo director.
- 3 grupos de análisis DAFO:
 - Grupo de análisis DAFO de prevención y promoción de la salud.
 - Grupo de análisis DAFO de atención integral y coordinación.
 - Grupo de análisis DAFO de asociaciones de pacientes.
- 1 Grupo estratégico.

En el desarrollo de esta fase se llevó a cabo una presentación informativa a todos los participantes en la Actualización de la Estrategia sobre las tareas a realizar y el enfoque metodológico a seguir.

6.2. Fase 1. Análisis de situación

Para el desarrollo de esta fase se realizó un diagnóstico de situación a partir del análisis de datos y bibliográfico, de la realización de entrevistas, así como de los tres grupos de trabajo del análisis DAFO.

El análisis bibliográfico se llevó a cabo a partir de la información disponible en páginas web de organismos oficiales y de referencia en el marco de la cronicidad, además de la información y revisiones de la estrategia cronicidad actual. El análisis de los datos se hizo con fuentes estadísticas de la propia GRS y nacionales.

Asimismo, se realizaron un total de 16 entrevistas a profesionales expertos relacionados con ámbitos clave de la atención a la cronicidad procedentes del ámbito clínico y de servicios centrales de la GRS, así como de la Gerencia de Servicios Sociales y de las propias asociaciones de pacientes.

En lo relativo al análisis DAFO, a partir de la información recopilada en las entrevistas se elaboró un cuestionario para su cumplimentación online por parte de los participantes de los grupos de trabajo. Con la información recabada en este cuestionario se elaboró una presentación que fue valorada en una sesión de trabajo con cada uno de los tres grupos de análisis DAFO.

Posteriormente, se consolidaron las diferentes aportaciones de los grupos de análisis en una única presentación que se envió a los participantes para su validación.

6.2.1 El análisis DAFO como herramienta

El análisis de situación se ha llevado a cabo un análisis DAFO (acrónimo de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) lo que ha permitido realizar una aproximación al posicionamiento de la Gerencia Regional de Salud para abordar la atención de las personas con enfermedades crónicas en los próximos años.

El análisis se realiza tanto desde una perspectiva interna, debilidades y fortalezas, como externa, amenazas y oportunidades.

- **Perspectiva interna:**
 - **Debilidades:** Elementos internos que pueden interferir negativamente en el abordaje de la mejora de la atención de las personas con enfermedades crónicas.
 - **Fortalezas:** Elementos internos y positivos que ha adquirido la GRS, que mejoran su posicionamiento y/o suponen una ventaja para abordar la mejora de la atención de las personas con enfermedades crónicas.
- **Perspectiva externa:**
 - **Amenazas:** Situaciones externas que pueden resultar negativas o perjudiciales para el abordaje de la mejora de la atención de las personas con enfermedades crónicas.
 - **Oportunidades:** Situaciones externas y positivas que ofrece el entorno y que pueden suponer una mejora diferencial en el abordaje de la atención de las personas con enfermedades crónicas.

El análisis DAFO se ha elaborado a partir del trabajo realizado por los 3 grupos de profesionales y pacientes que han abordado este análisis con la siguiente organización:

- D.1. Rol activo de la población en la educación en salud
- D.2. Sistemas de información y registro de datos
- D.3. Atención Primaria
- D.4. Tratamiento farmacoterapéutico
- D.5. Atención Hospitalaria
- D.6. Coordinación sociosanitaria
- D.7. Formación, Investigación e Innovación

A continuación, se presenta un resumen del análisis DAFO.

Figura 58: Resumen del análisis DAFO



Fuente: Elaboración propia.

6.3. Fase 2. Desarrollo del marco estratégico y del modelo de seguimiento

En la ejecución de esta fase inicialmente se llevó a cabo el desarrollo del marco estratégico, para lo cual se elaboró otro cuestionario online dirigido a los participantes del grupo estratégico. En base a los trabajos previos de los tres grupos DAFO se incluyó, para la valoración de los participantes del grupo estratégico, una propuesta tentativa de: misión, visión, líneas estratégicas y los objetivos estratégicos. Adicionalmente, se solicitaba a los participantes que incluyeran las acciones que consideran relevantes para cada objetivo estratégico.

De acuerdo con los resultados del cuestionario, se elaboró la propuesta de desarrollo estratégico la cual se envió nuevamente al grupo estratégico para su valoración, a la vez que se les pedía que cumplimentaran un cuestionario sobre priorización de acciones y otro sobre indicadores de la estrategia.

Con todas las aportaciones recibidas se consolidó el desarrollo estratégico, la priorización de acciones y el conjunto de indicadores de la Estrategia, presentando todo ello en una sesión de trabajo a los participantes del grupo estratégico.

Finalmente, tanto el análisis de situación como desarrollo del marco estratégico y el modelo de seguimiento se consolidó en un único documento fue trasladado para su revisión y validación tanto internamente como externamente. De esta forma, internamente fue valorado por el grupo director. Una vez que el grupo director validó la Estrategia se trasladó para su revisión

Posteriormente, se llevó a cabo un proceso de revisión de la Estrategia, para lo cual se contó con la colaboración de asociaciones de pacientes, sociedades científicas y colegios oficiales de profesionales sanitarios.

7. Marco estratégico para la Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030

7.1. Población destinataria

La población destinataria a la que va dirigida la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona es:

Toda persona residente en Castilla y León, con una o más enfermedades crónicas en cualquier etapa de la vida, con especial enfoque en la atención al Paciente Crónico Complejo (PCC) y en las enfermedades crónicas incluidas en la herramienta de estratificación poblacional por Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA).

7.2. Misión

La misión de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona, es la siguiente:

Garantizar a las personas con problemas crónicos de salud, una atención proactiva y preventiva de la enfermedad, integrada, equitativa, accesible, eficiente y adecuada a sus necesidades, valores y preferencias, a través de la participación y trabajo coordinado de todos los profesionales del sistema público de salud que intervienen en su atención, contando con la implicación activa de las personas con enfermedades crónicas, familiares y comunidad, así como estableciendo redes colaborativas con otras consejerías y sectores implicados.

7.3. Visión

Para la definición de la visión de la presente actualización estratégica se parte de la definida en la estrategia precedente, estableciéndose como:

Ofrecer una atención centrada en las necesidades y características de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores, a partir de la identificación y segmentación de la población, con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Reorientando la asistencia sanitaria hacia un modelo proactivo liderado desde atención primaria con un enfoque de salud poblacional, que promueva el empoderamiento y autocuidado, además del desarrollo de las competencias de sus profesionales.

7.4. Desarrollo estratégico

El desarrollo estratégico se ha articulado a través de 9 líneas estratégicas, 27 objetivos estratégicos y 126 acciones.

Figura 59: Desarrollo estratégico de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona



Fuente: Elaboración propia.

Las 9 líneas estratégicas de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León son las siguientes:






Figura 60: Líneas estratégicas de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030





1. Promover el uso de la **estratificación** de la población como base para la mejora de la gestión y planificación de la atención
2. Impulsar la **promoción de la salud** y la **prevención de enfermedades** en las personas con enfermedades crónicas
3. Fomentar el **autocuidado**, la **corresponsabilidad** y la **participación activa** de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores
4. Consolidar la **Atención Primaria** como **eje vertebrador** de la atención a las personas con enfermedades crónicas
5. Garantizar la **continuidad asistencial** en todo el itinerario de las personas con enfermedades crónicas
6. **Coordinar la atención sanitaria y social** en base a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas
7. **Innovar e implementar tecnologías** facilitadoras del cambio en la atención a las personas con enfermedades crónicas
8. Potenciar la **formación e investigación** en enfermedades crónicas
9. **Garantizar la calidad y seguridad** en la **asistencia sanitaria** de las personas con enfermedades crónicas

Fuente: Elaboración propia.

Para cada una de las líneas estratégicas se han definido los correspondientes objetivos estratégicos que se recogen a continuación:

Figura 61: Líneas estratégicas y objetivos estratégicos de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona

Líneas Estratégicas	Objetivos estratégicos
<p>1. Promover el uso de la estratificación de la población como base para la mejora de la gestión y planificación de la atención </p>	<p>1.1. Mejorar la eficiencia en la atención a las personas con enfermedades crónicas a través de planes de intervención en función de sus necesidades.</p> <p>1.2. Optimizar la asignación de recursos según las necesidades identificadas.</p> <p>1.3. Mejorar la planificación de la atención a la población infanto-juvenil (≤ 18 años) con enfermedad crónica.</p>
<p>2. Impulsar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las personas con enfermedades crónicas </p>	<p>2.1. Avanzar en el desarrollo de la atención comunitaria y reforzar el marco de colaboración con Salud Pública.</p> <p>2.2. Promover el envejecimiento activo y saludable en personas con enfermedades crónicas.</p>
<p>3. Fomentar el autocuidado, la corresponsabilidad y la participación activa de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores </p>	<p>3.1. Mejorar los hábitos de vida saludable de las personas con enfermedades crónicas.</p> <p>3.2. Formar a la persona con enfermedades crónicas y/o persona cuidadora para un mejor manejo de la enfermedad.</p> <p>3.3. Facilitar el apoyo entre personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores.</p>
<p>4. Consolidar la Atención Primaria como eje vertebrador de la atención a las personas con enfermedades crónicas </p>	<p>4.1. Mejorar la accesibilidad, detección precoz y la capacidad resolutoria de atención primaria.</p> <p>4.2. Potenciar el papel de la/el enfermera/o en Atención Primaria en el abordaje de las enfermedades crónicas.</p> <p>4.3. Impulsar la proactividad en el proceso de atención al paciente crónico complejo (PCC) mediante la adopción de nuevos modelos de atención, con foco especial en dar respuesta a las necesidades existentes en el ámbito rural.</p>
<p>5. Garantizar la continuidad asistencial en todo el itinerario de las personas con enfermedades crónicas </p>	<p>5.1. Avanzar en la configuración de equipos interdisciplinarios de atención.</p> <p>5.2. Optimizar la continuidad asistencial y mejorar la atención integral a personas con enfermedades crónicas.</p> <p>5.3. Mejorar el abordaje y atención a las personas frágiles y dependientes.</p> <p>5.4. Mejorar el abordaje de la salud mental en las personas con enfermedades crónicas en consonancia con la estrategia de salud mental y todos los profesionales implicados en la misma.</p> <p>5.5. Potenciar Cuidados Paliativos de calidad, universales e integrados para una excelente atención del final de la vida.</p>

Líneas Estratégicas	Objetivos estratégicos
6. Coordinar la atención sanitaria y social en base a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas 	6.1. Impulsar la coordinación sociosanitaria. 6.2. Promover una atención inclusiva, sostenible, respetuosa con la diversidad y que fomente la equidad.
7. Innovar e implementar tecnologías facilitadoras del cambio en la atención a las personas con enfermedades crónicas 	7.1. Avanzar en el desarrollo de la historia clínica electrónica única y la teleatención sanitaria. 7.2. Potenciar el acceso digital de las personas con enfermedades crónicas a su información clínica.
8. Potenciar la formación e investigación en enfermedades crónicas 	8.1. Capacitar y dar valor a los profesionales a través de una formación continua y de calidad. 8.2. Impulsar la investigación en las enfermedades crónicas. 8.3. Generar y compartir conocimiento para optimizar la atención.
9. Garantizar la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria de las personas con enfermedades crónicas 	9.1. Mejorar la gestión de riesgos en la atención a las personas con enfermedades crónicas. 9.2. Promover la utilización adecuada y segura del medicamento. 9.3. Implantar otras prácticas seguras en la atención a las personas con enfermedades crónicas. 9.4. Potenciar la humanización en la atención a las personas con enfermedades crónicas y cuidadores.

Fuente: Elaboración propia.

7.4.1. Línea estratégica 1

La línea estratégica 1, relativa a **promover el uso de la estratificación de la población como base para la mejora de la gestión y planificación de la atención**, pretende avanzar en el desarrollo de la estratificación como una herramienta que permita anticipar las necesidades de salud de la población y mejorar la eficiencia de los procesos de atención. De este modo, se persigue una atención más proactiva y centrada en las necesidades de la persona con enfermedades crónicas, para mejorar los resultados en salud y consolidar un modelo de atención más eficiente y sostenible.

Para ello, esta línea se articula en torno a tres objetivos estratégicos:

- **Mejorar la eficiencia en la atención a las personas con enfermedades crónicas a través de planes de intervención en función de sus necesidades.** Aborda el diseño de intervenciones personalizadas adaptadas al perfil de riesgo y el estado de salud de las personas con enfermedades crónicas
- **Optimizar la asignación de recursos según las necesidades identificadas.** Pretende llevar a cabo una distribución equitativa y eficiente de los recursos sanitarios, según la distribución de la población por nivel de complejidad.
- **Mejorar la planificación de la atención a la población infanto-juvenil (≤ 18 años) con enfermedad crónica.** Contempla el desarrollo de un modelo específico de estratificación de la población infanto-juvenil que permita diseñar intervenciones adaptadas a este segmento de población.

Línea Estratégica	1. Promover el uso de la estratificación de la población como base para la mejora de la gestión y planificación de la atención
Objetivos / acciones:	
1.1. Mejorar la eficiencia en la atención a las personas con enfermedades crónicas a través de planes de intervención en función de sus necesidades	
1.1.1. Establecer planes de actuación específicos y proactivos según los resultados de la estratificación y la identificación de niveles de riesgo de la población.	
1.1.2. Definir un modelo de atención sanitaria que tenga en cuenta la estratificación de la población, la dispersión y el número de personas con enfermedades crónicas institucionalizadas y dependientes.	
1.2. Optimizar la asignación de recursos según las necesidades identificadas	
1.2.1. Adecuar los cupos poblacionales de Atención Primaria de la unidad básica funcional (médico/a y enfermero/a), según grupos de estratificación, dispersión y envejecimiento de la población.	
1.2.2. Reforzar los recursos y competencias de otras categorías profesionales necesarias para la adecuada atención a la cronicidad.	
1.3. Mejorar la planificación de la atención a la población infanto-juvenil (≤ 18 años) con enfermedad crónica	
1.3.1. Promover la adecuación de la estratificación de la población infanto-juvenil.	
1.3.2. Desarrollar un proceso específico de atención sanitaria a la persona con enfermedad crónica en edad infanto-juvenil y sus cuidadores.	

7.4.2. Línea estratégica 2

La línea estratégica 2 centrada en **impulsar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las personas con enfermedades crónicas** busca fortalecer las capacidades de los entornos comunitarios y de los agentes de la salud para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.

Con esta finalidad se establecen dos objetivos estratégicos:

- **Avanzar en el desarrollo de la atención comunitaria y reforzar el marco de colaboración con Salud Pública.** El propósito es estrechar la relación entre los servicios de atención sanitaria y los recursos comunitarios para el desarrollo de acciones preventivas y de promoción de la salud en el ámbito comunitario, así como reforzar la colaboración con Salud Pública para la difusión e implementación de programas en este ámbito.
- **Promover el envejecimiento activo y saludable en personas con enfermedades crónicas.** Con este objetivo se pretende favorecer el desarrollo de iniciativas orientadas a que las personas permanezcan activas e integradas en su entorno, manteniendo su autonomía el máximo tiempo posible.

**Línea
Estratégica**

2. Impulsar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las personas con enfermedades crónicas

Objetivos / acciones:

2.1. Avanzar en el desarrollo de la atención comunitaria y reforzar el marco de colaboración con Salud Pública

- 2.1.1. Continuar realizando campañas de promoción de la salud en la comunidad y centros de atención, enfocadas en la prevención de enfermedades crónicas y la adopción de hábitos saludables. Potenciando la colaboración con entidades locales, farmacias, otras administraciones, asociaciones de pacientes, sociedades científicas y entidades del tercer sector.
- 2.1.2. Continuar incorporando programas de cribado para enfermedades crónicas, así como fomentando la participación y adherencia de la población diana a los mismos, a fin de garantizar un diagnóstico más rápido de la enfermedad crónica.
- 2.1.3. Impulsar y difundir iniciativas de prevención y promoción de la salud comunitaria e individual a través de medios digitales de Sacyl, redes sociales y otros medios de comunicación.
- 2.1.4. Promover la coordinación entre las consejerías de Sanidad, Educación y Familia e Igualdad de Oportunidades en actividades de promoción y prevención de la salud en la población infanto-juvenil.
- 2.1.5. Impulsar los programas de educación en salud en ámbito comunitario, orientados a todas las etapas de la vida, con áreas temáticas recogidas en la cartera de Servicios de Atención Primaria: alimentación, ejercicio, prevención de la fragilidad, hábitos tóxicos, etc.
- 2.1.6. Impulsar el desarrollo de diagnósticos de salud comunitaria para identificar las principales necesidades de la población en las zonas básicas de salud.
- 2.1.7. Crear un mando único adscrito a Atención Primaria, con capacidad de intervención, de alerta temprana y coordinación con Salud Pública ante posibles alertas de salud para minimizar su impacto en la población crónica e institucionalizada.

2.2. Promover el envejecimiento activo y saludable en personas con enfermedades crónicas

- 2.2.1. Fomentar la capacidad funcional en el adulto mayor para mantener el bienestar y evitar o retrasar la discapacidad y dependencia, en el marco del ámbito comunitario y en colaboración con otras administraciones y entidades.
- 2.2.2. Fomentar la realización de ejercicio físico en personas frágiles con enfermedades crónicas, mediante el desarrollo de programas específicos.
- 2.2.3. Promover la salud mental, a través de su incorporación efectiva en los programas de atención y seguimiento de las personas con enfermedades crónicas.

7.4.3. Línea estratégica 3

La línea estratégica 3, orientada a **fomentar el autocuidado, la corresponsabilidad y la participación activa de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores**, pretende empoderar e implicar a las personas en el cuidado de su salud. En este sentido, se busca que las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores adquieran un rol activo en el manejo de la enfermedad, favoreciendo su capacitación y el acceso a herramientas, recursos y redes de apoyo que les permitan avanzar en este proceso.

Para ello, se proponen tres objetivos estratégicos:

- **Mejorar los hábitos de vida saludable de las personas con enfermedades crónicas.** Tiene como finalidad fomentar prácticas que contribuyan a un estilo de vida saludable, como una alimentación equilibrada, actividad física regular, abandono de hábitos nocivos, etc., utilizando también para ello, a los activos comunitarios disponibles en cada área de salud.
- **Formar a la persona con enfermedades crónicas y/o persona cuidadora para un mejor manejo de la enfermedad.** Desarrollar programas educativos orientados a las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores para mejorar el conocimiento sobre el manejo de la enfermedad, a la vez que se promueve el papel fundamental en este ámbito de la Escuela de Pacientes de Castilla y León.
- **Facilitar el apoyo entre personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores.** Se pretende promover el apoyo mutuo y los programas de formación entre iguales, que permitan compartir conocimientos y experiencias entre las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores, potenciando el programa del paciente activo, así como implicar en este marco tanto a las entidades locales como a las asociaciones de pacientes.

**Línea
Estratégica**

3. Fomentar el autocuidado, la corresponsabilidad y la participación activa de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores

Objetivos / acciones:

3.1. Mejorar los hábitos de vida saludable de las personas con enfermedades crónicas

- 3.1.1. Fomentar el autocuidado en las personas con enfermedades crónicas de colectivos vulnerables para el desarrollo de hábitos y buenas prácticas que mejoren su calidad de vida.
- 3.1.2. Extender el programa de recomendación de ejercicio físico en Atención Primaria y desarrollar programas de actividad física adaptada para personas con enfermedades crónicas.
- 3.1.3. Impulsar el desarrollo de un programa orientado a promover cambios en los hábitos alimenticios de las personas con enfermedades crónicas para favorecer la adherencia a una dieta saludable.
- 3.1.4. Impulsar y promover la actualización y difusión del mapa de activos de la comunidad para poder realizar su prescripción.

3.2. Formar a la persona con enfermedades crónicas y/o persona cuidadora para un mejor manejo de la enfermedad

- 3.2.1. Promover y difundir la Escuela de Pacientes de Castilla y León continuando con su desarrollo con el objetivo de que se convierta en una herramienta de apoyo.
- 3.2.2. Desarrollar contenidos formativos y educativos en la Escuela de Pacientes para personas con enfermedades crónicas y cuidadores, enfocados en el autocuidado, la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones.
- 3.2.3. Desarrollar acciones de formación e información sobre hábitos de vida saludable, adaptados a cada persona, según enfermedad, edad, estado cognitivo, nivel socioeconómico, laboral.
- 3.2.4. Continuar desarrollando la promoción de la salud de abordaje grupal y comunitario de Cartera de Servicios de Atención Primaria realizando intervenciones comunitarias, educación para la salud con grupos orientados a la

**Línea
Estratégica**

3. Fomentar el autocuidado, la corresponsabilidad y la participación activa de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores

cronicidad, cuidadores, contemplando los problemas de salud mental más prevalentes como ansiedad y depresión.

- 3.2.5. Establecer acciones formativas de alfabetización digital y nuevas tecnologías disponibles en Sacyl para su uso por personas con enfermedades crónicas y personas cuidadoras (escuela de pacientes, Sacyl conecta, carpeta del paciente, portal de salud de castilla y león...) así como el de otras herramientas tecnológicas y plataformas de telemonitorización y teleatención sanitaria que puedan desarrollarse.
- 3.2.6. Implementar programas de afrontamiento activo del dolor crónico para favorecer la capacitación y autocuidado de las personas con dolor y sus cuidadores.
- 3.2.7. Impulsar la corresponsabilidad de las personas con enfermedades crónicas en su tratamiento, mediante el desarrollo de acciones de formación que le permitan adquirir un rol activo en su autocuidado.

3.3. Facilitar el apoyo entre personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores

- 3.3.1. Impulsar y difundir el programa de Paciente Activo en todas las áreas de salud para potenciar el rol de la persona con enfermedades crónicas como principal responsable del cuidado de su salud utilizando el apoyo "entre iguales" y "la formación entre pares", con el asesoramiento y la supervisión de los profesionales sanitarios de su ámbito más cercano, además de continuar su desarrollo y extenderlo a otras patologías crónicas.
- 3.3.2. Fomentar la participación y el encuentro de personas con enfermedades crónicas y cuidadores en la toma de decisiones sobre su salud a través de la promoción de grupos de apoyo y espacios de diálogo en cada zona básica de salud.
- 3.3.3. Fomentar la colaboración y la comunicación entre entidades locales, asociaciones de pacientes, colegios profesionales y Administración para compartir recursos y generar sinergias que faciliten el acceso a actividades de promoción de la salud a personas con enfermedades crónicas.

7.4.4. Línea estratégica 4

La línea estratégica 4, sobre **consolidar la Atención Primaria como eje vertebrador de la atención a las personas con enfermedades crónicas**, está orientada a fortalecer y mejorar la capacidad resolutive de este nivel asistencial para ser referente en el modelo de atención a las personas con enfermedades crónicas. Al reforzar la capacidad de respuesta de Atención Primaria, se garantiza una atención sanitaria más cercana y personalizada, especialmente en entornos rurales y para pacientes con condiciones complejas.

Se establecen tres objetivos estratégicos:

- **Mejorar la accesibilidad, detección precoz y la capacidad resolutive de atención primaria.** A través de este objetivo se desea reforzar las capacidades diagnósticas y terapéuticas de los equipos de Atención Primaria y mejorar el acceso de las personas con enfermedades crónicas a las pruebas diagnósticas y a los tratamientos favoreciendo su proximidad. Asimismo, se contempla evitar desplazamientos innecesarios a las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores concentrando las citas en un mismo día, así como avanzar en la mejora del transporte a demanda.
- **Potenciar el papel de la enfermera/o en Atención Primaria en el abordaje de las enfermedades crónicas.** Reforzar la figura de las/os enfermeras/os como agentes clave de

la atención a las personas con enfermedades crónicas, potenciando la gestión de casos y la coordinación con Atención Hospitalaria y el ámbito comunitario, así como, el diseño de planes personalizados de cuidados.

- **Impulsar la proactividad en el proceso de atención al paciente crónico complejo (PCC) mediante la adopción de nuevos modelos de atención, con foco especial en dar respuesta a las necesidades existentes en el ámbito rural.** Diseñar soluciones de atención que combinen la atención presencial, en consulta y en domicilio, con innovaciones tecnológicas que permitan la atención y seguimiento en remoto de las personas con enfermedades crónicas, especialmente en el ámbito rural.

**Línea
Estratégica**

4. Consolidar la Atención Primaria como eje vertebrador de la atención a las personas con enfermedades crónicas

Objetivos / acciones:

4.1. Mejorar la accesibilidad, detección precoz y la capacidad resolutive de atención primaria

- 4.1.1. Reforzar el papel del médico de familia como referente en la atención a las personas con enfermedades crónicas dentro del sistema sanitario, junto con la enfermera de atención primaria, como unidad básica funcional, avanzando en el desarrollo de sus competencias diagnósticas, terapéuticas, de prevención y de educación para la salud.
- 4.1.2. Establecer un sistema de cita múltiple o citas compartidas entre diferentes perfiles profesionales, permitiendo consolidar múltiples citas en una única jornada/desplazamiento, así como un abordaje integral de las personas con enfermedades crónicas.
- 4.1.3. Actualizar el Catálogo de pruebas básicas de Atención Primaria, en consonancia con la cartera de servicios, para mejorar el acceso a la solicitud de las pruebas y la capacidad resolutive de los profesionales de este nivel asistencial.
- 4.1.4. Elaborar un plan de actuación para la revisión y simplificación de trámites administrativos.
- 4.1.5. Definir guías de actuación para articular, ordenar y mejorar el seguimiento proactivo de personas con una enfermedad crónica potenciando el modelo de seguimiento domiciliario.
- 4.1.6. Impulsar la aplicación y actualización de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) y rutas asistenciales para patologías crónicas especialmente relevantes.
- 4.1.7. Potenciar el “Programa de entrega en proximidad de medicamentos hospitalarios”, favoreciendo la accesibilidad a la medicación de dispensación hospitalaria a las personas con enfermedades crónicas acercándola a su domicilio, centro de salud o farmacia comunitaria.
- 4.1.8. Establecer protocolos que permitan acercar determinados procedimientos y administración de fármacos que se realizan en el ámbito hospitalario al domicilio del paciente.
- 4.1.9. Avanzar hacia la monitorización digital domiciliaria y el trabajo interdisciplinar entre profesionales mediante equipos de telepresencia a través de una Historia Clínica Electrónica interoperable.
- 4.1.10. Generar una red en las diferentes áreas con equipos de profesionales sanitarios y asistenciales referentes en el manejo de enfermedades crónicas que puedan desplazarse y atender las necesidades de la población, si se precisa.

**Línea
Estratégica**

4. Consolidar la Atención Primaria como eje vertebrador de la atención a las personas con enfermedades crónicas

4.1.11. Difundir la existencia del transporte a la demanda y generalizar su uso en colaboración con las corporaciones locales, así como con las asociaciones y redes vecinales.

4.2. Potenciar el papel de la/el enfermera/o en Atención Primaria en el abordaje de las enfermedades crónicas.

4.2.1. Impulsar el rol de la enfermera de atención primaria como gestora de casos o profesional de enlace en el seguimiento de personas con enfermedades crónicas, en coordinación con el médico de familia y el resto del equipo, para garantizar una atención continuada, eficiente y centrada en las necesidades del paciente.

4.2.2. Continuar el desarrollo de la implantación de la enfermera con la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en Atención Primaria, y progresivamente de otras especialidades de enfermería como por ejemplo la enfermera pediátrica.

4.2.3. Potenciar las funciones de coordinación de la enfermera de Atención Primaria con el hospital, los agentes comunitarios y la Gerencia de Servicios Sociales.

4.2.4. Impulsar intervenciones específicas de cuidados en la atención a las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores de probada evidencia en resultados en salud (visita domiciliaria, llamadas telefónicas, etc.).

4.3. Impulsar la proactividad en el proceso de atención al paciente crónico complejo (PCC) mediante la adopción de nuevos modelos de atención, con foco especial en dar respuesta a las necesidades existentes en el ámbito rural.

4.3.1. Establecer programas de atención domiciliaria adaptados a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, especialmente en zonas rurales, con visitas regulares de profesionales de la salud mediante el diseño y desarrollo de un plan de seguimiento proactivo (visita domicilio y seguimiento telefónico).

4.3.2. Potenciar los sistemas de monitorización a domicilio y el desarrollo de un programa que defina criterios de alarma por descompensación en el PCC con la consiguiente activación de protocolos de actuación y derivación, si procede, desde atención primaria.

4.3.3. Desarrollo de protocolos específicos de actuación ante descompensaciones activando recursos de soporte domiciliario que eviten, en la medida de lo posible, el ingreso hospitalario.

7.4.5. Línea estratégica 5

La línea 5, acerca de **garantizar la continuidad asistencial en todo el itinerario de las personas con enfermedades crónicas**, para asegurar una atención coordinada entre los diferentes servicios y niveles de atención sanitaria.

Para ello, se definen cinco objetivos:

- **Avanzar en la configuración de equipos interdisciplinares de atención.** Favorecer la disponibilidad de equipos interdisciplinares de atención con perfiles profesionales de diferentes disciplinas que trabajen de manera colaborativa para abordar las necesidades de las personas con enfermedades crónicas.
- **Optimizar la continuidad asistencial y mejorar la atención integral a personas con enfermedades crónicas.** Reforzar los mecanismos de coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, fundamentalmente con la Unidad de Continuidad Asistencial, con

especial atención a las transiciones asistenciales y las altas hospitalarias, así como a la conciliación de la medicación.

- **Mejorar el abordaje y atención a las personas con fragilidad y/o dependencia.** Atender las necesidades específicas de las personas con síndrome de fragilidad planificando su atención entre los diferentes dispositivos asistenciales implicados.
- **Mejorar el abordaje de la salud mental en las personas con enfermedades crónicas.** Integrar el cuidado de la salud mental en el abordaje de la atención a las personas con enfermedades crónicas, tanto desde una perspectiva preventiva como asistencial.
- **Consolidar los cuidados paliativos y la atención al final de la vida.** Prever la necesidad de cuidados paliativos de la persona con enfermedades crónicas, planificando una atención compartida, que dé respuesta a las necesidades de la persona teniendo en cuenta sus valores y preferencias, en las etapas avanzadas de la enfermedad o en el final de la vida.

Línea Estratégica	5. Garantizar la continuidad asistencial en todo el itinerario de las personas con enfermedades crónicas.
Objetivos / acciones:	
5.1. Avanzar en la configuración de equipos interdisciplinares de atención	
5.1.1. Definir el papel y responsabilidad de los diferentes perfiles profesionales que conforman el equipo interdisciplinar que participa en la atención y continuidad de cuidados de las personas con enfermedades crónicas.	
5.1.2. Fomentar el abordaje holístico e interdisciplinar de las personas con enfermedades crónicas.	
5.1.3. Evaluar la necesidad de inclusión de nuevos perfiles profesionales dentro de los equipos de atención a las personas con enfermedades crónicas.	
5.1.4. Potenciar la atención del fisioterapeuta a las personas con enfermedades crónicas dentro del equipo de atención primaria.	
5.1.5. Potenciar la figura del trabajador/a social dentro del equipo de Atención Primaria.	
5.1.6. Mejorar, en los equipos interdisciplinarios de atención primaria, la atención psicológica llevando a cabo la valoración, el seguimiento y la atención de posibles alteraciones emocionales y ansiedad de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores.	
5.1.7. Potenciar la coordinación de los profesionales de Atención Primaria en la optimización farmacoterapéutica que aglutina recomendaciones, herramientas y estrategias con el fin de mejorar los resultados y la eficiencia asociada al uso de medicamentos (PIOFAR).	
5.2. Optimizar la continuidad asistencial y mejorar la atención integral a personas con enfermedades crónicas	
5.2.1. Potenciar y extender el funcionamiento conjunto entre AP y UCA en el abordaje a seguir ante cambios en el estado de salud de las personas con enfermedades crónicas/situaciones de descompensación mejorando los circuitos asistenciales.	
5.2.2. Facilitar los ingresos de corta duración a cargo de la UCA.	
5.2.3. Extender la teleatención sanitaria (interconsulta no presencial, telepresencia...) a todas las áreas con la UCA, las unidades de cuidados paliativos, unidades de rehabilitación y las urgencias hospitalarias para facilitar la atención coordinada	

Línea Estratégica	5. Garantizar la continuidad asistencial en todo el itinerario de las personas con enfermedades crónicas.
	<p>con AP y asegurar las mejores condiciones asistenciales a las personas con enfermedades crónicas.</p> <p>5.2.4. Actualizar el proceso de atención a la persona con enfermedades crónicas complejas de Castilla y León.</p> <p>5.2.5. Mejorar la conciliación de la medicación, facilitando información estructurada sobre los tratamientos suspendidos, añadidos y modificados en el contexto de una transición asistencial, y promover la recogida de información sobre los horarios de administración en la hoja de medicación, fundamentalmente en personas con enfermedades crónicas polimedradas.</p> <p>5.2.6. Desarrollo de un sistema de citación automatizado con la unidad básica funcional de Atención Primaria tras el alta de UCA o de ingreso hospitalario en otra unidad.</p> <p>5.2.7. Desarrollar programas colaborativos de atención y cuidados entre áreas y niveles asistenciales, con especial atención a las transiciones asistenciales, incluyendo el trabajo en red de las urgencias/emergencias/PAC en la atención a las personas con enfermedades crónicas.</p> <p>5.2.8. Impulsar la colaboración entre AP y las consultas de cuidados de enfermería del ámbito hospitalario para el seguimiento coordinado de las personas con enfermedad crónica.</p> <p>5.2.9. Mejora de los informes de alta hospitalaria con actualización del plan terapéutico, la conciliación de la medicación, plan de cuidados y próximas citas de revisión.</p> <p>5.2.10. Planificar, desde el primer día del ingreso hospitalario en personas con enfermedades crónicas, el alta, teniendo en cuenta los cambios de su estado de salud, así como las necesidades de cuidados, recursos sanitarios y/o sociales para garantizar una adecuada transición a su domicilio.</p> <p>5.2.11. Agilizar la resolución de las interconsultas solicitadas por atención primaria en el hospital en personas con enfermedades crónicas.</p>
	<p>5.3. Mejorar el abordaje y atención a las personas frágiles y dependientes</p> <p>5.3.1. Desarrollar dispositivos subagudos y/o de convalecencia en la Comunidad a los que acceda Atención Primaria.</p> <p>5.3.2. Crear un proceso de atención integrado e interdisciplinar para las personas mayores frágiles que coordine Atención Primaria y Hospitalaria (UCA/Geriatria).</p> <p>5.3.3. Potenciar la interacción con un geriatra consultor de referencia para optimizar diagnósticos y tratamientos, incorporando la Valoración Geriátrica Integral como herramienta clave para la toma de decisiones clínicas en personas mayores con enfermedades crónicas y/o fragilidad.</p>
	<p>5.4. Mejorar el abordaje de la salud mental en las personas con enfermedades crónicas en consonancia con la estrategia de salud mental y todos los profesionales implicados en la misma.</p> <p>5.4.1. Establecer planes para prevenir y detectar de forma precoz la aparición de depresión y ansiedad en las personas con enfermedades crónicas complejas.</p> <p>5.4.2. Impulsar el abordaje de la dimensión de la salud mental en los programas de atención a las personas con pluripatologías crónicas.</p> <p>5.4.3. Potenciar la asistencia a la salud mental en el ámbito comunitario, con apoyo y participación del tejido asociativo.</p>

Línea Estratégica	5. Garantizar la continuidad asistencial en todo el itinerario de las personas con enfermedades crónicas.
5.4.4. Promover la gestión de casos en el paciente crónico complejo en salud mental.	
5.5. Potenciar Cuidados Paliativos de calidad, universales e integrados para una atención excelente al final de la vida.	
5.5.1. Planificar la atención desde el diagnóstico con la mirada en la necesidad de cuidados paliativos y atención al final de la vida.	
5.5.2. Promover la planificación compartida de la atención de las personas con enfermedades crónicas en el marco de la atención paliativa.	
5.5.3. Potenciar la atención emocional, espiritual y la intervención derivada de la valoración social y/o diagnóstico social sanitario de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores, así como prevenir el duelo complicado.	

7.4.6. Línea estratégica 6

La línea estratégica 6, relacionada con **coordinar la atención sanitaria y social en base a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas**, pretende ofrecer una atención integral que tenga en cuenta la coordinación entre el sector sanitario y social para abordar de manera efectiva las necesidades de las personas con enfermedades crónicas.

La línea estratégica se articula a través de dos objetivos estratégicos:

- **Impulsar la coordinación sociosanitaria.** Estrechar los mecanismos de colaboración entre el ámbito sanitario y de servicios sociales mediante la definición de procedimientos de trabajo coordinados, el establecimiento de acuerdos de colaboración y la mejora de la comunicación entre ambos.
- **Promover una atención inclusiva, sostenible, respetuosa con la diversidad y que fomente la equidad.** Mediante este objetivo se pretende reducir las desigualdades en salud y garantizar un acceso justo y equitativo a los recursos.

Línea Estratégica	6. Coordinar la atención sanitaria y social en base a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas
Objetivos / acciones:	
6.1. Impulsar la coordinación sociosanitaria	
6.1.1. Garantizar la atención integral de las personas con enfermedades crónicas que residen en centros sociosanitarios o residenciales, de la misma manera que se realiza en cualquier otra persona mediante la prospección de nuevos modelos asistenciales.	
6.1.2. Impulsar la mejora en la comunicación y el establecimiento de procedimientos de trabajo coordinados entre los profesionales de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria y los profesionales de los centros sociosanitarios y residenciales, para resolver las incidencias relacionadas con la medicación y la atención de las personas con enfermedades crónicas.	
6.1.3. Aumentar la agilidad en el proceso de derivación e ingreso de las personas con enfermedades crónicas en centros sociosanitarios de corta/mediana o larga estancia que evite ingresos hospitalarios prolongados por motivos sociales.	

Línea Estratégica	6. Coordinar la atención sanitaria y social en base a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas
	<p>6.1.4. Establecer acuerdos con la Gerencia de Servicios Sociales y el tercer sector para desarrollar programas de formación continuada para profesionales sanitarios y profesionales de residencias.</p> <p>6.1.5. Avanzar en la coordinación con la Gerencia de Servicios Sociales favoreciendo la comunicación y colaboración para asegurar una atención integral a los pacientes crónicos y el apoyo conjunto a los diferentes programas a nivel local para mejorar la calidad de vida en el entorno comunitario favoreciendo la permanencia en el domicilio (A gusto en casa, Red amiga, Soledad no deseada, Intecum, ...).</p> <p>6.1.6. Desarrollar un sistema de alerta y respuesta rápida a través de dispositivos del Internet de las Cosas (IoT), en personas con enfermedad crónica especialmente vulnerables en situación de soledad y/o aislamiento social y familiar que permitan detectar situaciones urgentes y activen protocolos de atención conjunta desde atención primaria y servicios sociales (sensores de apertura de ventanas, puertas, frigorífico...).</p> <p>6.2. Promover una atención inclusiva, sostenible, respetuosa con la diversidad y que fomente la equidad</p> <p>6.2.1. Implementar programas de atención domiciliaria para personas con enfermedades crónicas y movilidad reducida o que requieran cuidados en su hogar.</p> <p>6.2.2. Crear canales de coordinación efectiva entre el sistema sanitario, el sistema social y el sistema educativo para asegurar la adecuada adaptación y normalización del proceso educativo de la población infante – juvenil con condiciones de salud crónicas.</p> <p>6.2.3. Fomentar la atención a la población pediátrica con enfermedad crónica en el ámbito escolar con necesidades especiales de salud.</p> <p>6.2.4. Colaborar en el desarrollo de acciones de concienciación a la población y de apoyo a las personas con condiciones de salud crónicas y limitaciones en la actividad que enfrentan dificultades de integración social, educativa y/o laboral.</p> <p>6.2.5. Promover el enfoque de género en el abordaje las enfermedades crónicas.</p>

7.4.7. Línea estratégica 7

La línea estratégica 7, relacionada con **innovar e implementar tecnologías facilitadoras del cambio en la atención a las personas con enfermedades crónicas**, para favorecer un entorno de atención cada vez más digitalizado que facilite la gestión y el seguimiento de las personas con enfermedades crónicas, así como su accesibilidad a la atención sanitaria optimizando los recursos disponibles.

Los objetivos estratégicos que desarrolla esta línea son los siguientes:

- **Avanzar en el desarrollo de la historia clínica electrónica y la teleatención sanitaria.** Facilitar y extender el uso de herramientas digitales que permitan tanto un acceso rápido, seguro y compartido a la información clínica, como la atención de las personas con enfermedades crónicas.
- **Potenciar el acceso digital de las personas con enfermedades crónicas a su información clínica.** Avanzar en el desarrollo de las herramientas digitales puestas a disposición de los pacientes, tales como Sacyl Conecta y la Carpeta del Paciente.

Línea
Estratégica

7. Innovar e implementar tecnologías facilitadoras del cambio en la atención a las personas con enfermedades crónicas

Objetivos / acciones:

7.1. Avanzar en el desarrollo de la historia clínica electrónica única y la teleatención sanitaria

- 7.1.1. Promover la interoperabilidad de la historia clínica compartida para favorecer el acceso y el intercambio de datos entre diferentes niveles sanitarios, sociosanitarios, instituciones penitenciarias y mutualistas.
- 7.1.2. Fomentar y protocolizar la teleatención sanitaria para proveer asistencia sanitaria desde cualquier lugar y favorecer la incorporación de la consulta y resolución in situ a través de unidades móviles de atención sanitaria con los dispositivos necesarios que eviten los desplazamientos (maletín digital, etc.), ofreciendo formación a los profesionales para favorecer su utilización.
- 7.1.3. Desarrollar un sistema de monitoreo remoto para pacientes crónicos a través de la aplicación Sacyl Conecta, permitiendo la medición y registro de parámetros vitales en tiempo real, pudiendo los profesionales de la salud recibir alertas en caso de valores anormales y proporcionar retroalimentación inmediata activando los protocolos de atención y visita domiciliaria.
- 7.1.4. Implementar herramientas digitales para el apoyo a los cuidados de personas con enfermedades crónicas y con altas necesidades de cuidados, sistemas de seguimiento remoto a domicilio, y dispositivos de auto monitorización.
- 7.1.5. Avanzar en el desarrollo y la aplicabilidad de la inteligencia artificial en la atención a la cronicidad (disponer de una plataforma de datos clínicos, desarrollo de algoritmos para la predicción de posibles descompensaciones, evaluación de las interacciones farmacéuticas, etc.).

7.2. Potenciar el acceso digital de las personas con enfermedades crónicas a su información clínica

- 7.2.1. Mejorar la app Sacyl Conecta para que las personas con enfermedades crónicas puedan acceder a su información médica y terapéutica, así como realizar el seguimiento de los hábitos de vida y posibilitar la incorporación de sus propios datos, estando interconectado con el médico y enfermero de Atención Primaria, avanzando en las siguientes funcionalidades: gestión de citas con los diferentes profesionales sanitarios, recordatorios de estudios de salud, acceso a informes de resultados de exámenes, avisos de medicación y plan terapéutico, alertas, recomendaciones personalizadas y posibilidad de incorporar sus propios datos clínicos.
- 7.2.2. Promover el uso y la adopción masiva de la aplicación Sacyl Conecta en la comunidad, realizando campañas de concienciación y capacitación para las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores.
- 7.2.3. Facilitar el acceso y utilización de la Carpeta del Paciente y Mi Carpeta Ciudadana. Permitiendo el acceso a historia clínica, grado de discapacidad, plan compartido de atención o planificación anticipada de decisiones.

7.4.8. Línea estratégica 8

La línea estratégica 8, sobre **potenciar la formación e investigación en enfermedades crónicas**, se orienta a reforzar las competencias de los profesionales, incorporar la más reciente evidencia científica a la práctica clínica, fomentar la investigación y favorecer una gestión eficiente del conocimiento que contribuya a la mejora continua del sistema sanitario.

Para ello, se plantean tres objetivos estratégicos:

- **Capacitar y dar valor a los profesionales a través de una formación continua y de calidad.** Se propone favorecer la capacitación y actualización de los conocimientos de los profesionales en el manejo de las enfermedades crónicas, mediante el desarrollo de programas de formación continua basados en la evidencia científica, así como favoreciendo la participación en congresos y otros eventos de difusión de conocimiento científico.
- **Impulsar la investigación en las enfermedades crónicas.** Establecer un marco de colaboración institucional para el desarrollo de la investigación, mejorar la captación de fondos destinada a la investigación y favorecer la difusión del conocimiento generado.
- **Generar y compartir conocimiento para optimizar la atención.** Definir un marco de evaluación y mejora continua, a través de recabar información relevante a través de diferentes instrumentos (indicadores clave, PREM, PROM, ...), reconocer, premiar y difundir las buenas prácticas en el ámbito de la atención a las enfermedades crónicas, valorando la creación de un observatorio que asuma la gestión del conocimiento en este ámbito.

Línea Estratégica	8. Potenciar la formación e investigación en enfermedades crónicas
Objetivos / acciones:	
8.1. Capacitar y dar valor a los profesionales a través de una formación continua y de calidad	
8.1.1. Diseñar e implementar programas de formación continua basada en evidencia científica para los profesionales de la salud, enfocados en el manejo integral de enfermedades crónicas; uso de tecnologías; trabajo en equipos integrados e interdisciplinarios; gestión de casos, entrevista motivacional y comunicación efectiva para el cambio de hábitos de vida nocivos en cronicidad; resultados en salud; cuidados paliativos; seguridad (con enfoque preventivo).	
8.1.2. Ofrecer formación sobre herramientas de evaluación de los determinantes sociales de la salud y su impacto en la salud de las personas, especialmente con enfermedades crónicas.	
8.1.3. Promover un programa de capacitación y formación de mandos intermedios y líderes informales.	
8.1.4. Fomentar la participación de los profesionales de la salud en congresos, seminarios y conferencias relacionados con enfermedades crónicas y tecnologías de la salud, para mantenerse actualizados en los avances científicos y buenas prácticas.	
8.2. Impulsar la investigación en las enfermedades crónicas	
8.2.1. Mejorar la captación de fondos destinados a proyectos de investigación sobre enfermedades crónicas en las convocatorias anuales, priorizando estudios que aborden brechas en el conocimiento actual o que busquen innovar en la atención y tratamiento de estas condiciones.	
8.2.2. Promover la difusión de investigaciones y estudios realizados en Castilla y León sobre enfermedades crónicas, para compartir conocimientos y buenas prácticas con otros profesionales y mejorar la atención.	
8.2.3. Fomentar colaboraciones entre instituciones académicas, colegios profesionales, sociedades científicas, centros asistenciales e institutos de investigación biomédica y biosanitaria de Castilla y León para desarrollar proyectos conjuntos que aborden las enfermedades crónicas desde diferentes enfoques (clínico,	

Línea
Estratégica

8. Potenciar la formación e investigación en enfermedades crónicas

social, tecnológico), promoviendo un enfoque integral en la investigación en el ámbito autonómico.

8.3. Generar y compartir conocimiento para optimizar la atención

- 8.3.1. Valorar la creación de un observatorio autonómico de la cronicidad, envejecimiento y dependencia, con herramientas y conceptos propios de la gestión del conocimiento de las buenas prácticas, aprendizaje organizacional, vigilancia estratégica, redes de colaboración interconsejerías y uso compartido del conocimiento.
- 8.3.2. Potenciar la inclusión de datos relacionados con la cronicidad en el portal de transparencia.
- 8.3.3. Reconocer y premiar a los centros de salud y profesionales que demuestren un alto nivel compromiso en la atención a las personas con enfermedades crónicas, así como en la implementación y cumplimiento de las buenas prácticas en el manejo de enfermedades crónicas.
- 8.3.4. Fomentar la cultura de mejora continua en la atención a las personas con enfermedades crónicas, a través de reuniones de revisión y análisis de casos clínicos para aprender de las experiencias y aplicar mejoras basadas en las buenas prácticas.
- 8.3.5. Implementar mecanismos de evaluación sistemática que recojan tanto la experiencia de las personas con enfermedades crónicas con el servicio de salud (PREM) como los resultados de salud percibidos por la propia persona (PROM), utilizando estos datos para la mejora continua de la atención sanitaria.
- 8.3.6. Impulsar el uso de metodologías innovadoras como el *design thinking* para la cocreación de estrategias y mejora de servicios en el ámbito de la cronicidad, con profesionales y personas con enfermedades crónicas.
- 8.3.7. Desarrollar indicadores clave del desempeño en el *Business Intelligence corporativo* (BISION), ajustados por los niveles de estratificación GMA, que permitan medir mejoras en la salud de los distintos grupos poblacionales y realizar un benchmarking válido entre áreas y zonas básicas de salud.

7.4.9. Línea estratégica 9

La línea estratégica 9, relacionada con **garantizar la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria de las personas con enfermedades crónicas**, se orienta a asegurar una adecuada gestión de riesgos, el uso eficiente de los recursos y a humanizar la atención a las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores.

El desarrollo de esta línea se plantea a través de cuatro objetivos estratégicos:

- **Mejorar la gestión de riesgos en la atención a las personas con enfermedades crónicas.** Este objetivo pretende aumentar la seguridad del paciente mediante la prevención, identificación y mitigación de riesgos asociados a las personas con enfermedades crónicas.
- **Promover la utilización adecuada y segura del medicamento.** A través de este objetivo se desea fomentar el uso racional y seguro de los medicamentos, favoreciendo la adherencia de las personas con enfermedades crónicas, la revisión de planes terapéuticos, y la colaboración de las oficinas de farmacia en la identificación de posibles riesgos.

- **Implantar otras prácticas seguras en la atención a las personas con enfermedades crónicas.** Incorporar procedimientos que reduzcan errores, promuevan la seguridad clínica y mejoren los resultados en salud, tales como las prácticas de No Hacer o la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- **Potenciar la humanización en la atención a las personas con enfermedades crónicas y cuidadores.** Este objetivo se enmarca en el Plan Persona, y pretende reforzar la humanización en los procesos de atención a las personas con enfermedades crónicas, haciendo frente al estigma que provoca el edadismo, favoreciendo la comunicación empática y la escucha activa, atendiendo a las preferencias de atención del paciente o promoviendo la contención cero.

Línea Estratégica	9. Garantizar la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria de las personas con enfermedades crónicas
Objetivos / acciones:	
9.1. Mejorar la gestión de riesgos en la atención a las personas con enfermedades crónicas	
9.1.1. Elaborar mapas de riesgos en los diferentes ámbitos, entornos y dispositivos de atención (en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, en domicilio, residencias de personas mayores...) y los planes de acción asociados para evitarlos o reducirlos.	
9.1.2. Impulsar la notificación de los incidentes sin daño relacionados con la seguridad de la persona con enfermedades crónicas para su análisis e implantación de mejoras en el Sistema de Notificación de Incidentes Sin Daño (SISNOT).	
9.1.3. Valorar y prevenir riesgos en las personas con enfermedades crónicas a lo largo del proceso de atención: riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión, riesgo de desnutrición, fragilidad,...	
9.2. Promover la utilización adecuada y segura del medicamento	
9.2.1. Dotar al paciente de herramientas tecnológicas que faciliten la adherencia terapéutica (Sacyl conecta...).	
9.2.2. Realizar actividades formativas y campañas de sensibilización que permitan fortalecer la educación sobre el uso racional y seguro de los medicamentos en el ámbito de las patologías crónicas y mejoren la responsabilidad de los pacientes con el uso y consumo de medicamentos.	
9.2.3. Promover la revisión del plan terapéutico, seguimiento y mejora de la adherencia definida en PIOFAR (Plan integral de optimización de la farmacoterapia) para identificar, gestionar de forma precoz y evitar posibles problemas relacionados con los medicamentos.	
9.2.4. Fomentar la identificación de potenciales riesgos asociados con la medicación desde la oficina de farmacia y la comunicación de estos a los profesionales del equipo de atención primaria, fundamentalmente a través de Recyl.	
9.2.5. Potenciar el uso de prácticas seguras en el manejo y gestión de medicamentos de alto riesgo.	
9.3. Implantar otras prácticas seguras en la atención a las personas con enfermedades crónicas	
9.3.1. Continuar impulsando actuaciones basadas en evidencia científica a través de Guías de Buenas Prácticas.	

Línea Estratégica	9. Garantizar la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria de las personas con enfermedades crónicas
	<p>9.3.2. Continuar fomentando las recomendaciones No Hacer, dirigidas a la adecuación del plan de atención para que responda a las necesidades concretas de la persona con enfermedades crónicas.</p> <p>9.3.3. Realizar prácticas seguras para la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en estas personas (sobre todo durante la hospitalización y en Atención Primaria, incluyendo la atención domiciliaria y también en centros residenciales).</p> <p>9.4. Potenciar la humanización en la atención a las personas con enfermedades crónicas y cuidadores</p> <p>9.4.1. Impulsar iniciativas de humanización relacionadas con la atención sanitaria a personas con enfermedad crónica (Plan Persona).</p> <p>9.4.2. Promover la humanización de la atención sanitaria a las personas mayores, mediante el desarrollo de acciones orientadas a minimizar el estigma que provoca el edadismo.</p> <p>9.4.3. Impulsar la humanización de la atención de las personas con enfermedades mentales crónicas.</p> <p>9.4.4. Reforzar la capacidad de los profesionales en la comunicación empática y cercana con las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores, favoreciendo la escucha activa y la toma de decisiones compartidas de acuerdo con las preferencias y valores de las personas con enfermedades crónicas.</p> <p>9.4.5. Adecuar las distintas modalidades de atención sanitaria de acuerdo con las necesidades y preferencias de cada persona con enfermedad crónica (presencial, teleatención, telemonitorización, hospitalización a domicilio).</p> <p>9.4.6. Promover la "contención cero" en los centros sanitarios y socio sanitarios. Definir los criterios de aplicación de la sujeción química y física en casos excepcionales.</p>

8. Implementación de la estrategia

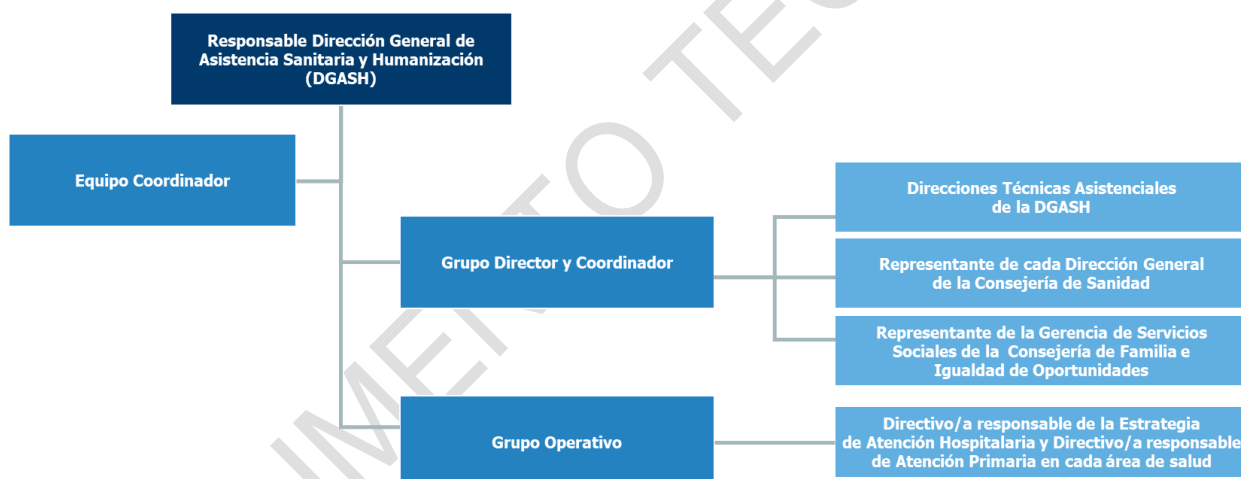
8.1. Estructura organizativa para el despliegue de la estrategia

En el contexto de despliegue de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, se ha diseñado un modelo organizativo para llevar a cabo su ejecución y puesta en marcha, de forma coordinada y colaborativa entre los diferentes responsables implicados en su implementación.

Este modelo organizativo presenta la siguiente estructura:

- Responsable Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización (DGASH)
- Equipo Coordinador
- Grupo Director y Coordinador
- Grupo Operativo

Figura 62: Estructura organizativa para el despliegue de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona



Fuente: Elaboración propia.

8.1.1 Responsable Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización

La dirección de la Estrategia le corresponde a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización.

8.1.2 Equipo coordinador

Su objetivo es facilitar la implementación de la Estrategia en las diferentes Áreas de Salud, de acuerdo con los objetivos y el plazo establecido.

El equipo coordinador asumirá las funciones:

- Interlocución entre las partes asegurando la comunicación interna y el flujo de información.
- Seguimiento más operativo de la implantación de la Estrategia en cada una de las Áreas de Salud.

- Agente facilitador, sopesando las posibles necesidades y dificultades que puedan surgir durante la operativa de implantación, y trasladando al Grupo Director y Coordinador aquellas cuestiones que requieran de su valoración.

Estará integrado por responsables de la coordinación del servicio de Cuidados, Atención a la Cronicidad y Humanización.

8.1.3 Grupo Director y Coordinador

Este grupo tiene como objetivo supervisar la implementación de la Estrategia para garantizar el cumplimiento de los objetivos y de la planificación prevista, y llevar a cabo la toma de decisiones clave si fuera preciso.

Entre las funciones que asume este grupo figuran:

- Supervisar el progreso en el desarrollo de la Estrategia de acuerdo con el cuadro de mandos establecido.
- Resolver aquellas dificultades que no puedan solventarse a nivel operativo, realizando los ajustes estratégicos correspondientes, si fuera necesario.

El grupo estará liderado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización, estando integrado por:

- Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización:
 - Dirección Técnica Asistencia Sanitaria.
 - Dirección Técnica de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.
 - Dirección Técnica de Farmacia.
- Dirección General de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación.
- Dirección General de Salud Digital.
- Dirección General de Salud Pública.
- Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias.
- Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional.
- Representante de la Gerencia de Servicios Sociales de la consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

En este grupo estará integrado también el equipo coordinador de la Estrategia.

8.1.4 Grupos Operativos Áreas de Salud

En cada Área de Salud se constituirá un grupo operativo que será el responsable de la implantación de la Estrategia en su territorio y que mantendrá una comunicación fluida con el Equipo coordinador, al que le trasladará cualquier circunstancia que interfiera en el despliegue de la Estrategia de acuerdo con la planificación y objetivos establecidos.

El Grupo Operativo de cada Área de Salud estará integrado por un representante directivo/a responsable de la Estrategia de Cronicidad en Atención Primaria y un representante directivo/a responsable de la Estrategia de Cronicidad en Atención Hospitalaria.

8.2. Plan de despliegue y seguimiento de la estrategia

8.2.1 Cronograma de implantación de la Estrategia

El período de vigencia de la Estrategia es desde 2024 hasta 2030, habiéndose establecido una priorización temporal para la implantación de las 126 acciones durante el mismo. Para ello, se han diferenciado 3 momentos de tiempo:

- Corto plazo (c/p): comprende los años 2025 y 2026.
- Medio plazo (m/p): abarca desde el año 2027 hasta el 2028.
- Largo plazo (l/p): engloba los años 2029 al 2030.

De acuerdo con el cronograma establecido en el corto plazo se llevará a cabo la implantación de 55 acciones, a medio plazo 41 acciones y a largo plazo 30 (Figura 63).

El cronograma refleja en color naranja intenso el periodo en el que se lleva a cabo la implantación de las acciones, y en naranja claro, el periodo posterior para su consolidación y seguimiento hasta la finalización de la vigencia de la Estrategia en el año 2030.

Figura 63: Cronograma de implementación de las acciones de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona

Líneas estratégicas/ Objetivos estratégicos / acciones	Abordaje		
	c/p	m/p	l/p
LE 1. Promover el uso de la estratificación de la población como base para la mejora de la gestión y planificación de la atención			
1.1. Mejorar la eficiencia en la atención a las personas con enfermedades crónicas a través de planes de intervención en función de sus necesidades			
1.1.1. Establecer planes de actuación específicos y proactivos según los resultados de la estratificación y la identificación de niveles de riesgo de la población.			
1.1.2. Definir un modelo de atención sanitaria que tenga en cuenta la estratificación de la población, la dispersión y el número de personas con enfermedades crónicas institucionalizadas y dependientes.			
1.2. Optimizar la asignación de recursos según las necesidades identificadas			
1.2.1. Adecuar los cupos poblacionales de Atención Primaria de la unidad básica funcional (médico/a y enfermero/a), según grupos de estratificación, dispersión y envejecimiento de la población.			
1.2.2. Reforzar los recursos y competencias de otras categorías profesionales necesarias para la adecuada atención a la cronicidad.			
1.3. Mejorar la planificación de la atención a la población infanto-juvenil (≤18 años) con enfermedad crónica			
1.3.1. Promover la adecuación de la estratificación de la población infanto-juvenil.			
1.3.2. Desarrollar un proceso específico de atención sanitaria a la persona con enfermedad crónica en edad infanto-juvenil y sus cuidadores.			
LE 2. Impulsar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las personas con enfermedades crónicas			
2.1. Avanzar en el desarrollo de la atención comunitaria y reforzar el marco de colaboración con Salud Pública			
2.1.1. Continuar realizando campañas de promoción de la salud en la comunidad y centros de atención, enfocadas en la prevención de enfermedades crónicas y la adopción de hábitos saludables. Potenciando la colaboración con entidades locales, farmacias, otras			

Líneas estratégicas/ Objetivos estratégicos / acciones	Abordaje		
	c/p	m/p	l/p
administraciones, asociaciones de pacientes, sociedades científicas y entidades del tercer sector.			
2.1.2. Continuar incorporando programas de cribado para enfermedades crónicas, así como fomentando la participación y adherencia de la población diana a los mismos, a fin de garantizar un diagnóstico más rápido de la enfermedad crónica.			
2.1.3. Impulsar y difundir iniciativas de prevención y promoción de la salud comunitaria e individual a través de medios digitales de Sacyl, redes sociales y otros medios de comunicación.			
2.1.4. Promover la coordinación entre las consejerías de Sanidad, Educación y Familia e Igualdad de Oportunidades en actividades de promoción y prevención de la salud en la población infanto-juvenil.			
2.1.5. Impulsar los programas de educación en salud en ámbito comunitario, orientados a todas las etapas de la vida, con áreas temáticas recogidas en la cartera de Servicios de Atención Primaria: alimentación, ejercicio, prevención de la fragilidad, hábitos tóxicos, etc.			
2.1.6. Impulsar el desarrollo de diagnósticos de salud comunitaria para identificar las principales necesidades de la población en las zonas básicas de salud.			
2.1.7. Crear un mando único adscrito a Atención Primaria, con capacidad de intervención, de alerta temprana y coordinación con Salud Pública ante posibles alertas de salud para minimizar su impacto en la población crónica e institucionalizada.			
2.2. Avanzar en el desarrollo de la atención comunitaria y reforzar el marco de colaboración con Salud Pública			
2.2.1. Fomentar la capacidad funcional en el adulto mayor para mantener el bienestar y evitar o retrasar la discapacidad y dependencia, en el marco del ámbito comunitario y en colaboración con otras administraciones y entidades.			
2.2.2. Fomentar la realización de ejercicio físico en personas frágiles con enfermedades crónicas, mediante el desarrollo de programas específicos.			
2.2.3. Promover la salud mental, a través de su incorporación efectiva en los programas de atención y seguimiento de las personas con enfermedades crónicas.			
LE 3. Fomentar el autocuidado, la corresponsabilidad y la participación activa de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores			
3.1. Mejorar los hábitos de vida saludable de las personas con enfermedades crónicas			
3.1.1. Fomentar el autocuidado en las personas con enfermedades crónicas de colectivos vulnerables para el desarrollo de hábitos y buenas prácticas que mejoren su calidad de vida.			
3.1.2. Extender el programa de recomendación de ejercicio físico en Atención Primaria y desarrollar programas de actividad física adaptada para personas con enfermedades crónicas.			
3.1.3. Impulsar el desarrollo de un programa orientado a promover cambios en los hábitos alimenticios de las personas con enfermedades crónicas para favorecer la adherencia a una dieta saludable.			
3.1.4. Impulsar y promover la actualización y difusión del mapa de activos de la comunidad para poder realizar su prescripción.			

Líneas estratégicas/ Objetivos estratégicos / acciones	Abordaje		
	c/p	m/p	l/p
3.2. Formar a la persona con enfermedades crónicas y/o persona cuidadora para un mejor manejo de la enfermedad			
3.2.1. Promover y difundir la Escuela de Pacientes de Castilla y León continuando con su desarrollo con el objetivo de que se convierta en una herramienta de apoyo.			
3.2.2. Desarrollar contenidos formativos y educativos en la Escuela de Pacientes para personas con enfermedades crónicas y cuidadores, enfocados en el autocuidado, la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones.			
3.2.3. Desarrollar acciones de formación e información sobre hábitos de vida saludable, adaptados a cada persona, según enfermedad, edad, estado cognitivo, nivel socioeconómico, laboral.			
3.2.4. Continuar desarrollando la promoción de la salud de abordaje grupal y comunitario de Cartera de Servicios de Atención Primaria realizando intervenciones comunitarias, educación para la salud con grupos orientados a la cronicidad, cuidadores, contemplando los problemas de salud mental más prevalentes como ansiedad y depresión.			
3.2.5. Establecer acciones formativas de alfabetización digital y nuevas tecnologías disponibles en Sacyl para su uso por personas con enfermedades crónicas y personas cuidadoras (escuela de pacientes, Sacyl conecta, carpeta del paciente, portal de salud de Castilla y León...) así como el de otras herramientas tecnológicas y plataformas de telemonitorización y teleatención sanitaria que puedan desarrollarse.			
3.2.6. Implementar programas de afrontamiento activo del dolor crónico para favorecer la capacitación y autocuidado de las personas con dolor y sus cuidadores.			
3.2.7. Impulsar la corresponsabilidad de las personas con enfermedades crónicas en su tratamiento, mediante el desarrollo de acciones de formación que le permitan adquirir un rol activo en su autocuidado.			
3.3. Facilitar el apoyo entre personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores			
3.3.1. Impulsar y difundir el programa de Paciente Activo en todas las áreas de salud para potenciar el rol de la persona con enfermedades crónicas como principal responsable del cuidado de su salud utilizando el apoyo "entre iguales" y "la formación entre pares", con el asesoramiento y la supervisión de los profesionales sanitarios de su ámbito más cercano, además de continuar su desarrollo y extenderlo a otras patologías crónicas.			
3.3.2. Fomentar la participación y el encuentro de personas con enfermedades crónicas y cuidadores en la toma de decisiones sobre su salud a través de la promoción de grupos de apoyo y espacios de diálogo en cada zona básica de salud.			
3.3.3. Fomentar la colaboración y la comunicación entre entidades locales, asociaciones de pacientes, colegios profesionales y Administración para compartir recursos y generar sinergias que faciliten el acceso a actividades de promoción de la salud a personas con enfermedades crónicas.			
LE 4. Consolidar la Atención Primaria como eje vertebrador de la atención a las personas con enfermedades crónicas			
4.1. Mejorar la accesibilidad, detección precoz y la capacidad resolutoria de atención primaria			

Líneas estratégicas/ Objetivos estratégicos / acciones	Abordaje		
	c/p	m/p	l/p
4.1.1. Reforzar el papel del médico de familia como referente en la atención a las personas con enfermedades crónicas dentro del sistema sanitario, junto con la enfermera de atención primaria, como unidad básica funcional, avanzando en el desarrollo de sus competencias diagnósticas, terapéuticas, de prevención y de educación para la salud.			
4.1.2. Establecer un sistema de cita múltiple o citas compartidas entre diferentes perfiles profesionales, permitiendo consolidar múltiples citas en una única jornada/desplazamiento, así como un abordaje integral de las personas con enfermedades crónicas.			
4.1.3. Actualizar el Catálogo de pruebas básicas de Atención Primaria, en consonancia con la cartera de servicios, para mejorar el acceso a la solicitud de las pruebas y la capacidad resolutoria de los profesionales de este nivel asistencial.			
4.1.4. Elaborar un plan de actuación para la revisión y simplificación de trámites administrativos.			
4.1.5. Definir guías de actuación para articular, ordenar y mejorar el seguimiento proactivo de personas con una enfermedad crónica potenciando el modelo de seguimiento domiciliario.			
4.1.6. Impulsar la aplicación y actualización de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) y rutas asistenciales para patologías crónicas especialmente relevantes.			
4.1.7. Potenciar el "Programa de entrega en proximidad de medicamentos hospitalarios", favoreciendo la accesibilidad a la medicación de dispensación hospitalaria a las personas con enfermedades crónicas acercándola a su domicilio, centro de salud o farmacia comunitaria.			
4.1.8. Establecer protocolos que permitan acercar determinados procedimientos y administración de fármacos que se realizan en el ámbito hospitalario al domicilio del paciente.			
4.1.9. Avanzar hacia la monitorización digital domiciliaria y el trabajo interdisciplinar entre profesionales mediante equipos de telepresencia a través de una Historia Clínica Electrónica interoperable.			
4.1.10. Generar una red en las diferentes áreas con equipos de profesionales sanitarios y asistenciales referentes en el manejo de enfermedades crónicas que puedan desplazarse y atender las necesidades de la población, si se precisa.			
4.1.11. Difundir la existencia del transporte a la demanda y generalizar su uso en colaboración con las corporaciones locales, así como con las asociaciones y redes vecinales.			
4.2. Potenciar el papel de la/el enfermera/o en Atención Primaria en el abordaje de las enfermedades crónicas.			
4.2.1. Impulsar el rol de la enfermera de atención primaria como gestora de casos o profesional de enlace en el seguimiento de personas con enfermedades crónicas, en coordinación con el médico de familia y el resto del equipo, para garantizar una atención continuada, eficiente y centrada en las necesidades del paciente.			
4.2.2. Continuar el desarrollo de la implantación de la enfermera con la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en Atención Primaria, y progresivamente de otras especialidades de enfermería como por ejemplo la enfermera pediátrica.			
4.2.3. Potenciar las funciones de coordinación de la enfermera de Atención Primaria con el hospital, los agentes comunitarios y la Gerencia de Servicios Sociales			

Líneas estratégicas/ Objetivos estratégicos / acciones	Abordaje		
	c/p	m/p	l/p
4.2.4. Impulsar intervenciones específicas de cuidados en la atención las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores de probada evidencia en resultados en salud (visita domiciliaria, llamadas telefónicas, etc.).			
4.3. Impulsar la proactividad en el proceso de atención al paciente crónico complejo (PCC) mediante la adopción de nuevos modelos de atención, con foco especial en dar respuesta a las necesidades existentes en el ámbito rural.			
4.3.1. Establecer programas de atención domiciliaria adaptados a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, especialmente en zonas rurales, con visitas regulares de profesionales de la salud mediante el diseño y desarrollo de un plan de seguimiento proactivo (visita domicilio y seguimiento telefónico).			
4.3.2. Potenciar los sistemas de monitorización a domicilio y el desarrollo de un programa que defina criterios de alarma por descompensación en el PCC con la consiguiente activación de protocolos de actuación y derivación, si procede, desde atención primaria.			
4.3.3. Desarrollo de protocolos específicos de actuación ante descompensaciones activando recursos de soporte domiciliario que eviten, en la medida de los posible, el ingreso hospitalario.			
LE 5. Garantizar la continuidad asistencial en todo el itinerario de las personas con enfermedades crónicas			
5.1. Avanzar en la configuración de equipos interdisciplinarios de atención			
5.1.1. Definir el papel y responsabilidad de los diferentes perfiles profesionales que conforman el equipo interdisciplinar que participa en la atención y continuidad de cuidados de las personas con enfermedades crónicas.			
5.1.2. Fomentar el abordaje holístico e interdisciplinar de las personas con enfermedades crónicas.			
5.1.3. Evaluar la necesidad de inclusión de nuevos perfiles profesionales dentro de los equipos de atención a las personas con enfermedades crónicas.			
5.1.4. Potenciar la atención del fisioterapeuta a las personas con enfermedades crónicas dentro del equipo de atención primaria.			
5.1.5. Potenciar la figura del trabajador/a social dentro del equipo de Atención Primaria.			
5.1.6. Mejorar, en los equipos interdisciplinarios de atención primaria, la atención psicológica llevando a cabo la valoración, el seguimiento y la atención de posibles alteraciones emocionales y ansiedad de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores.			
5.1.7. Potenciar la coordinación de los profesionales de Atención Primaria en la optimización farmacoterapéutica que aglutina recomendaciones, herramientas y estrategias con el fin de mejorar los resultados y la eficiencia asociada al uso de medicamentos (PIOFAR).			
5.2. Optimizar la continuidad asistencial y mejorar la atención integral a personas con enfermedades crónicas			
5.2.1. Potenciar y extender el funcionamiento conjunto entre AP y UCA en el abordaje a seguir ante cambios en el estado de salud de las personas con enfermedades crónicas/situaciones de descompensación mejorando los circuitos asistenciales.			
5.2.2. Facilitar los ingresos de corta duración a cargo de la UCA.			

Líneas estratégicas/ Objetivos estratégicos / acciones	Abordaje		
	c/p	m/p	l/p
5.2.3. Extender la teleatención sanitaria (interconsulta no presencial, telepresencia...) a todas las áreas con la UCA, las unidades de cuidados paliativos, unidades de rehabilitación y las urgencias hospitalarias para facilitar la atención coordinada con AP y asegurar las mejores condiciones asistenciales a las personas con enfermedades crónicas.			
5.2.4. Actualizar el proceso de atención a la persona con enfermedades crónicas complejas de Castilla y León.			
5.2.5. Mejorar la conciliación de la medicación, facilitando información estructurada sobre los tratamientos suspendidos, añadidos y modificados en el contexto de una transición asistencial, y promover la recogida de información sobre los horarios de administración en la hoja de medicación, fundamentalmente en personas con enfermedades crónicas polimedizadas.			
5.2.6. Desarrollo de un sistema de citación automatizado con la unidad básica funcional de Atención Primaria tras el alta de UCA o de ingreso hospitalario en otra unidad.			
5.2.7. Desarrollar programas colaborativos de atención y cuidados entre áreas y niveles asistenciales, con especial atención a las transiciones asistenciales, incluyendo el trabajo en red de las urgencias/emergencias/PAC en la atención a las personas con enfermedades crónicas.			
5.2.8. Impulsar la colaboración entre AP y las consultas de cuidados de enfermería del ámbito hospitalario para el seguimiento coordinado de las personas con enfermedad crónica.			
5.2.9. Mejora de los informes de alta hospitalaria con actualización del plan terapéutico, la conciliación de la medicación, plan de cuidados y próximas citas de revisión.			
5.2.10. Planificar, desde el primer día del ingreso hospitalario en personas con enfermedades crónicas, el alta, teniendo en cuenta los cambios de su estado de salud, así como las necesidades de cuidados, recursos sanitarios y/o sociales para garantizar una adecuada transición a su domicilio.			
5.2.11. Agilizar la resolución de las interconsultas solicitadas por atención primaria en el hospital en personas con enfermedades crónicas.			
5.3. Mejorar el abordaje y atención a las personas frágiles y dependientes			
5.3.1. Desarrollar dispositivos subagudos y/o de convalecencia en la Comunidad a los que acceda Atención Primaria.			
5.3.2. Crear un proceso de atención integrado e interdisciplinar para las personas mayores frágiles que coordine Atención Primaria y Hospitalaria (UCA/Geriatria).			
5.3.3. Potenciar la interacción con un geriatra consultor de referencia para optimizar diagnósticos y tratamientos, incorporando la Valoración Geriátrica Integral como herramienta clave para la toma de decisiones clínicas en personas mayores con enfermedades crónicas y/o fragilidad.			
5.4. Mejorar el abordaje de la salud mental en las personas con enfermedades crónicas en consonancia con la estrategia de salud mental y todos los profesionales implicados en la misma.			
5.4.1. Establecer planes para prevenir y detectar de forma precoz la aparición de depresión y ansiedad en las personas con enfermedades crónicas complejas.			

Líneas estratégicas/ Objetivos estratégicos / acciones	Abordaje		
	c/p	m/p	l/p
5.4.2. Impulsar el abordaje de la dimensión de la salud mental en los programas de atención a las personas con pluripatologías crónicas.			
5.4.3. Potenciar la asistencia a la salud mental en el ámbito comunitario, con apoyo y participación del tejido asociativo.			
5.4.4. Promover la gestión de casos en el paciente crónico complejo en salud mental.			
5.5. Potenciar Cuidados Paliativos de calidad, universales e integrados para una excelente atención del final de la vida			
5.5.1. Planificar la atención desde el diagnóstico con la mirada en la necesidad de cuidados paliativos y atención al final de la vida.			
5.5.2. Promover la planificación compartida de la atención de las personas con enfermedades crónicas en el marco de la atención paliativa.			
5.5.3. Potenciar la atención emocional, espiritual y la intervención derivada de la valoración social y/o diagnóstico social sanitario de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores, así como prevenir el duelo complicado.			
LE 6. Coordinar la atención sanitaria y social en base a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas			
6.1. Impulsar la coordinación sociosanitaria			
6.1.1. Garantizar la atención integral de las personas con enfermedades crónicas que residen en centros sociosanitarios residenciales, de la misma manera que se realiza en cualquier otra persona mediante la prospección de nuevos modelos asistenciales			
6.1.2. Impulsar la mejora en la comunicación y el establecimiento de procedimientos de trabajo coordinados entre los profesionales de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria y los profesionales de los centros sociosanitarios y residenciales, para resolver las incidencias relacionadas con la medicación y la atención de las personas con enfermedades crónicas.			
6.1.3. Aumentar la agilidad en el proceso de derivación e ingreso de las personas con enfermedades crónicas en centros sociosanitarios de corta/mediana o larga estancia que evite ingresos hospitalarios prolongados por motivos sociales.			
6.1.4. Establecer acuerdos con la Gerencia de Servicios Sociales y el tercer sector para desarrollar programas de formación continuada para profesionales sanitarios y profesionales de residencias.			
6.1.5. Avanzar en la coordinación con la Gerencia de Servicios Sociales favoreciendo la comunicación y colaboración para asegurar una atención integral a los pacientes crónicos y el apoyo conjunto a los diferentes programas a nivel local para mejorar la calidad de vida en el entorno comunitario favoreciendo la permanencia en el domicilio (A gusto en casa, Red amiga, Soledad no deseada, Intecum, ...).			
6.1.6. Desarrollar un sistema de alerta y respuesta rápida a través de dispositivos del Internet de las Cosas (IoT), en personas con enfermedad crónica especialmente vulnerables en situación de soledad y/o aislamiento social y familiar que permitan detectar situaciones urgentes y activen protocolos de atención conjunta desde atención primaria y servicios sociales (sensores de apertura de ventanas, puertas, frigorífico...).			

Líneas estratégicas/ Objetivos estratégicos / acciones	Abordaje		
	c/p	m/p	l/p
6.2. Promover una atención inclusiva, sostenible, respetuosa con la diversidad y que fomente la equidad			
6.2.1. Implementar programas de atención domiciliaria para personas con enfermedades crónicas y movilidad reducida o que requieran cuidados en su hogar.			
6.2.2. Crear canales de coordinación efectiva entre el sistema sanitario, el sistema social y el sistema educativo para asegurar la adecuada adaptación y normalización del proceso educativo de la población infanto – juvenil con condiciones de salud crónicas.			
6.2.3. Fomentar la atención a la población pediátrica con enfermedad crónica en el ámbito escolar con necesidades especiales de salud.			
6.2.4. Colaborar en el desarrollo de acciones de concienciación a la población y de apoyo a las personas con condiciones de salud crónicas y limitaciones en la actividad que enfrentan dificultades de integración social, educativa y/o laboral.			
6.2.5. Promover el enfoque de género en el abordaje las enfermedades crónicas.			
LE 7. Innovar e implementar tecnologías facilitadoras del cambio en la atención a las personas con enfermedades crónicas			
7.1. Avanzar en el desarrollo de la historia clínica electrónica única y la teleatención sanitaria			
7.1.1. Promover la interoperabilidad de la historia clínica compartida para favorecer el acceso y el intercambio de datos entre diferentes niveles sanitarios, sociosanitarios, instituciones penitenciarias y mutualistas.			
7.1.2. Fomentar y protocolizar la teleatención sanitaria para proveer asistencia sanitaria desde cualquier lugar y favorecer la incorporación de la consulta y resolución in situ a través de unidades móviles de atención sanitaria con los dispositivos necesarios que eviten los desplazamientos (maletín digital, etc.), ofreciendo formación a los profesionales para favorecer su utilización.			
7.1.3. Desarrollar un sistema de monitoreo remoto para pacientes crónicos a través de la aplicación Sacyl Conecta, permitiendo la medición y registro de parámetros vitales en tiempo real, pudiendo los profesionales de la salud recibir alertas en caso de valores anormales y proporcionar retroalimentación inmediata activando los protocolos de atención y visita domiciliaria.			
7.1.4. Implementar herramientas digitales para el apoyo a los cuidados de personas con enfermedades crónicas y con altas necesidades de cuidados, sistemas de seguimiento remoto a domicilio, y dispositivos de auto monitorización.			
7.1.5. Avanzar en el desarrollo y la aplicabilidad de la inteligencia artificial en la atención a la cronicidad (disponer de una plataforma de datos clínicos, desarrollo de algoritmos para la predicción de posibles descompensaciones, evaluación de las interacciones farmacéuticas, etc.).			
7.2. Potenciar el acceso digital de las personas con enfermedades crónicas a su información clínica			
7.2.1. Mejorar la app Sacyl Conecta para que las personas con enfermedades crónicas puedan acceder a su información médica y terapéutica, así como realizar el seguimiento de los hábitos de vida y posibilitar la incorporación de sus propios datos, estando interconectado con el médico y enfermero de Atención Primaria, avanzando en las siguientes funcionalidades: gestión de citas con los diferentes profesionales			

Líneas estratégicas/ Objetivos estratégicos / acciones	Abordaje		
	c/p	m/p	l/p
sanitarios, recordatorios de estudios de salud, acceso a informes de resultados de exámenes, avisos de medicación y plan terapéutico, alertas, recomendaciones personalizadas y posibilidad de incorporar sus propios datos clínicos.			
7.2.2. Promover el uso y la adopción masiva de la aplicación Sacyl Conecta en la comunidad, realizando campañas de concienciación y capacitación para las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores.			
7.2.3. Facilitar el acceso y utilización de la Carpeta del Paciente y Mi Carpeta Ciudadana. Permitiendo el acceso a historia clínica, grado de discapacidad, plan compartido de atención o planificación anticipada de decisiones.			
LE 8. Potenciar la formación e investigación en enfermedades crónicas			
8.1. Capacitar y dar valor a los profesionales a través de una formación continua y de calidad			
8.1.1. Diseñar e implementar programas de formación continua basada en evidencia científica para los profesionales de la salud, enfocados en el manejo integral de enfermedades crónicas; uso de tecnologías; trabajo en equipos integrados e interdisciplinarios; gestión de casos, entrevista motivacional y comunicación efectiva para el cambio de hábitos de vida nocivos en cronicidad; resultados en salud; cuidados paliativos; seguridad (con enfoque preventivo).			
8.1.2. Ofrecer formación sobre herramientas de evaluación de los determinantes sociales de la salud y su impacto en la salud de las personas, especialmente con enfermedades crónicas.			
8.1.3. Promover un programa de capacitación y formación de mandos intermedios y líderes informales.			
8.1.4. Fomentar la participación de los profesionales de la salud en congresos, seminarios y conferencias relacionados con enfermedades crónicas y tecnologías de la salud, para mantenerse actualizados en los avances científicos y buenas prácticas.			
8.2. Impulsar la investigación en las enfermedades crónicas			
8.2.1. Mejorar la captación de fondos destinados a proyectos de investigación sobre enfermedades crónicas en las convocatorias anuales, priorizando estudios que aborden brechas en el conocimiento actual o que busquen innovar en la atención y tratamiento de estas condiciones.			
8.2.2. Promover la difusión de investigaciones y estudios realizados en Castilla y León sobre enfermedades crónicas, para compartir conocimientos y buenas prácticas con otros profesionales y mejorar la atención.			
8.2.3. Fomentar colaboraciones entre instituciones académicas, colegios profesionales, sociedades científicas, centros asistenciales e institutos de investigación biomédica y biosanitaria de Castilla y León para desarrollar proyectos conjuntos que aborden las enfermedades crónicas desde diferentes enfoques (clínico, social, tecnológico), promoviendo un enfoque integral en la investigación en el ámbito autonómico.			
8.3. Generar y compartir conocimiento para optimizar la atención			
8.3.1. Valorar la creación de un observatorio autonómico de la cronicidad, envejecimiento y dependencia, con herramientas y conceptos propios de la gestión del conocimiento de las buenas prácticas, aprendizaje organizacional, vigilancia estratégica, redes de colaboración interconsejerías y uso compartido del conocimiento.			

Líneas estratégicas/ Objetivos estratégicos / acciones	Abordaje		
	c/p	m/p	l/p
8.3.2. Potenciar la inclusión de datos relacionados con la cronicidad en el portal de transparencia.			
8.3.3. Reconocer y premiar a los centros de salud y profesionales que demuestren un alto nivel compromiso en la atención a las personas con enfermedades crónicas, así como en la implementación y cumplimiento de las buenas prácticas en el manejo de enfermedades crónicas.			
8.3.4. Fomentar la cultura de mejora continua en la atención a las personas con enfermedades crónicas, a través de reuniones de revisión y análisis de casos clínicos para aprender de las experiencias y aplicar mejoras basadas en las buenas prácticas.			
8.3.5. Implementar mecanismos de evaluación sistemática que recojan tanto la experiencia de las personas con enfermedades crónicas con el servicio de salud (PREM) como los resultados de salud percibidos por la propia persona (PROM), utilizando estos datos para la mejora continua de la atención sanitaria.			
8.3.6. Impulsar el uso de metodologías innovadoras como el <i>design thinking</i> para la cocreación de estrategias y mejora de servicios en el ámbito de la cronicidad, con profesionales y personas con enfermedades crónicas.			
8.3.7. Desarrollar indicadores clave del desempeño en el <i>Business Intelligence</i> corporativo (BISION), ajustados por los niveles de estratificación GMA, que permitan medir mejoras en la salud de los distintos grupos poblacionales y realizar un benchmarking válido entre áreas y zonas básicas de salud.			
LE 9. Garantizar la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria de las personas con enfermedades crónicas			
9.1. Mejorar la gestión de riesgos en la atención a las personas con enfermedades crónicas			
9.1.1. Elaborar mapas de riesgos en los diferentes ámbitos, entornos y dispositivos de atención (en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, en domicilio, residencias de personas mayores...) y los planes de acción asociados para evitarlos o reducirlos.			
9.1.2. Impulsar la notificación de los incidentes sin daño relacionados con la seguridad de la persona con enfermedades crónicas para su análisis e implantación de mejoras en el Sistema de Notificación de Incidentes sin Daño (SISNOT).			
9.1.3. Valorar y prevenir riesgos en las personas con enfermedades crónicas a lo largo del proceso de atención: riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión, riesgo de desnutrición, fragilidad, ...			
9.2. Promover la utilización adecuada y segura del medicamento			
9.2.1. Dotar al paciente de herramientas tecnológicas que faciliten la adherencia terapéutica (Sacyl conecta...).			
9.2.2. Realizar actividades formativas y campañas de sensibilización que permitan fortalecer la educación sobre el uso racional y seguro de los medicamentos en el ámbito de las patologías crónicas y mejoren la responsabilidad de los pacientes.			
9.2.3. Promover la revisión del plan terapéutico, seguimiento y mejora de la adherencia definida en PIOFAR (Plan integral de optimización de la farmacoterapia) para identificar, gestionar de forma precoz y evitar posibles problemas relacionados con los medicamentos.			
9.2.4. Fomentar la identificación de potenciales riesgos asociados con la medicación desde la oficina de farmacia y la comunicación de estos a los			

Líneas estratégicas/ Objetivos estratégicos / acciones	Abordaje		
	c/p	m/p	l/p
profesionales del equipo de atención primaria, fundamentalmente a través de Recyl.			
9.2.5. Potenciar el uso de prácticas seguras en el manejo y gestión de medicamentos de alto riesgo.			
9.3. Implantar otras prácticas seguras en la atención a las personas con enfermedades crónicas			
9.3.1. Continuar impulsando actuaciones basadas en evidencia científica a través de Guías de Buenas Prácticas.			
9.3.2. Continuar fomentando las recomendaciones No Hacer, dirigidas a la adecuación del plan de atención para que responda a las necesidades concretas de la persona con enfermedades crónicas.			
9.3.3. Realizar prácticas seguras para la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en estas personas (sobre todo durante la hospitalización y en Atención Primaria, incluyendo la atención domiciliaria y también en centros residenciales).			
9.4. Potenciar la humanización en la atención a las personas con enfermedades crónicas y cuidadores			
9.4.1. Impulsar iniciativas de humanización relacionadas con la atención sanitaria a personas con enfermedad crónica (Plan Persona)			
9.4.2. Promover la humanización de la atención sanitaria a las personas mayores, mediante el desarrollo de acciones orientadas a minimizar el estigma que provoca el edadismo.			
9.4.3. Impulsar la humanización de la atención de las personas con enfermedades mentales crónicas.			
9.4.4. Reforzar la capacidad de los profesionales en la comunicación empática y cercana con las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores, favoreciendo la escucha activa y la toma de decisiones compartidas de acuerdo con las preferencias y valores de las personas con enfermedades crónicas.			
9.4.5. Adecuar las distintas modalidades de atención sanitaria de acuerdo con las necesidades y preferencias de cada persona con enfermedad crónica (presencial, teleatención, telemonitorización, hospitalización a domicilio).			
9.4.6. Promover la "contención cero" en los centros sanitarios y socio sanitarios. Definir los criterios de aplicación de la sujeción química y física en casos excepcionales.			

Años en los que se lleva a cabo la implantación, con un mayor impulso de la acción.

Años en los que se da continuidad a la acción y se realiza el seguimiento.

Fuente: Elaboración propia.

8.2.2 Monitorización

Inicialmente, para valorar el impacto de la Estrategia durante el primer año de su despliegue y los siguientes se ha definido un cuadro de indicadores clave que ofrecen una visión global del mismo. Adicionalmente, se prevé el desarrollo de un cuadro de mando de indicadores que permita evaluar con mayor grado de detalle la consecución de los objetivos planteados en la Estrategia.

En general, salvo en el caso de aquellos indicadores que están orientados a las personas con pluripatología crónica compleja, cada uno de los indicadores definidos se calculará de forma global y por estrato de población, esto es, población con dato clínico G1, G2, G3 y/o PCC según

la estratificación y validación clínica. **De esta forma, en aquellos indicadores donde conste población diana, se obtendrán 5 resultados: el global y el desagregado para cada estrato de riesgo (G1, G2, G3 y/o PCC).**

DOCUMENTO TÉCNICO

Figura 64: Cuadro de indicadores de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona

Área / ámbito	Indicador	Fórmula de cálculo	Expresión del indicador	Periodicidad	Objetivos	Fuente
Ingresos Hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> Ingresos hospitalarios de la población diana 	$(\text{N}^\circ \text{ total de ingresos hospitalarios de la población diana} / \text{N}^\circ \text{ total de población diana}) \times 100$	%	Mensual	Reducir el número de ingresos hospitalarios	CMBD de Hospitalización en SACYL
Reingresos a 30 días	<ul style="list-style-type: none"> Relación entre el número de reingresos observados en la población diana que se producen en un periodo determinado y el número de reingresos que serían esperables en la misma población (B!sion) 	$(\text{N}^\circ \text{ de reingresos observados en pacientes que fueron dados de alta de un episodio de hospitalización durante los 12 meses anteriores al mes en el que se calcula el indicador} / \text{N}^\circ \text{ de reingresos esperados para esa población}) \times 100$ Nota: Si un paciente tiene uno o más reingresos dentro de los 30 días de alta se contabilizan todos los reingresos	%	Mensual	≤ 1	CMBD de hospitalización de SACYL
Ingresos evitables: Razón ajustada de ingresos por edad y sexo, en los últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> Relación entre el número de ingresos observados, con diagnóstico principal al alta de patología crónica prevalente, y el número de casos esperados para el periodo de explotación, teniendo en cuenta la distribución por edad y sexo de la población de referencia (B!sion) 	$\text{N}^\circ \text{ ingresos observados} / \text{N}^\circ \text{ ingresos esperados para esa población}$ Notas: <ul style="list-style-type: none"> Numerador: nº de ingresos, con diagnóstico principal al alta de la patología crónica prevalente, que se han producido en los últimos 12 meses Denominador: suma de los ingresos esperados en cada grupo quinquenal de edad y sexo. Los ingresos esperados en un grupo quinquenal de edad y sexo, se corresponden con la tasa de ingreso en Sacyl en ese grupo quinquenal de edad y sexo [(Nº de ingresos con diagnóstico principal de patología crónica prevalente que se han producido en los hospitales de Sacyl para ese grupo quinquenal de edad y sexo en los 2 años 	N	Anual	≤ 1	CMBD de hospitalización de SACYL CIVITAS

Área / ámbito	Indicador	Fórmula de cálculo	Expresión del indicador	Periodicidad	Objetivos	Fuente
		naturales previos / Población de referencia en Sacyl en ese grupo quinquenal de edad y sexo en los 2 años naturales previos) x Población de referencia en la unidad territorial en ese grupo quinquenal de edad y sexo a 1 de enero del año de explotación].				
Urgencias hospitalarias	• Porcentaje de urgencias hospitalarias atendidas de la población diana	$(\text{N}^\circ \text{ total visitas a urgencias hospitalarias de la población diana} / \text{N}^\circ \text{ total de población diana}) \times 100$	%	Anual	Reducir el porcentaje de visitas a urgencias hospitalaria.	HCIS HP-HIS
Frecuentación de Atención Primaria por persona y categoría profesional	• Demanda asistencial en Atención Primaria atendiendo al perfil del profesional (B!sion)	$\text{N}^\circ \text{ de citas a los dispositivos de Atención Primaria por parte de la población diana según perfil profesional} / \text{N}^\circ \text{ de usuarios de la población diana asignados a cada profesional de Atención Primara para cada perfil profesional.}$ Población diana: PCC	N	Anual	Aumentar	MedoraCyL
UCA	• Frecuentación de primeras consultas atendidas en las UCA (B!sion)	Número de primeras consultas realizadas en Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) por cada 1.000 Pacientes Pluripatológicos Complejos (PCC)	En tanto por mil	Mensual	Aumentar	HCIS HP-HIS
UCA	• Distribución de los pacientes que acuden a la consulta de la UCA según vías de acceso	$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes que acceden a la consulta a la UCA según su origen de derivación - AP, urgencias, ... -} / \text{N}^\circ \text{ total de personas con PCC atendidas en consulta en la UCA}) \times 100$	%	Anual	Aumentar las derivaciones de Atención Primaria	HCIS HP-HIS
Impacto económico	• Ahorro estimado en el número de ingresos hospitalarios de la población diana	$\text{N}^\circ \text{ de ingresos hospitalarios evitados en la población diana} \times \text{coste promedio por ingreso}$	N	Anual	Aumentar	Contabilidad analítica de la Gerencia Regional de Salud

Área / ámbito	Indicador	Fórmula de cálculo	Expresión del indicador	Periodicidad	Objetivos	Fuente
Impacto económico	• Ahorro estimado en el número de visitas a urgencias de la población diana	N° de visitas a urgencias evitadas en la población diana x coste promedio de la visita a urgencias	N	Anual	Aumentar	Contabilidad analítica de Sacyl la Gerencia Regional de Salud
Adecuación Terapéutica	• Optimización de la carga terapéutica	$(N^{\circ}$ de pacientes crónicos con alta carga terapéutica / N° total de población diana) x 100 Notas: • Se entiende alta carga terapéutica, 10 o más medicamentos -principios activos- diferentes. • Este indicador se explotará semestralmente (enero y junio) tomando como periodo de análisis un trimestre (meses septiembre-noviembre y marzo-mayo), comparando el valor con el mismo trimestre del año anterior.	%	Semestral	Reducir	Concylia

Nota:

- B!sion: Sistema de información propiedad de la Gerencia Regional de Salud (B!: *Business Intelligence*; si: Sistema de información; on: en abierto para los profesionales. Conectado contigo)
- CMBD: Conjunto mínimo básico de datos.
- HCIS, HP-HIS: Sistemas de información hospitalaria.
- MedoraCYL: Historia clínica electrónica de Atención Primaria de Castilla y León
- Concylia: Sistema de información de farmacia de Sacyl.

Fuente: Elaboración propia.

9. Anexos

Anexo A. Siglas y abreviaturas

ACP	Atención Centrada en la Persona
AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
B!sion	Sistema de información propiedad de la Gerencia Regional de Salud (B!: <i>Business Intelligence</i> ; si: Sistema de información; on: en abierto para los profesionales. Conectado contigo)
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CDC	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades
CEAS	Centro de Acción Social
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
Concylia	Sistema de información de farmacia de Sacyl
CRGs	Grupos de Riesgo Clínico (del inglés <i>Clinical Risk Groups</i>)
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DSS	Determinantes sociales de la salud
ENT	Enfermedades no transmisibles
EPAP	Equipos de Promoción de la Autonomía Personal
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERC	Enfermedad Renal Crónica
ESAD	Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
ESCAV	Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud
ESO	Enseñanza Secundaria Obligatoria
GIAPCyL	Grupo de Investigación de Atención Primaria de Castilla y León
GMA	Grupos de Morbilidad Ajustados
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRS	Gerencia Regional de Salud
GSS	Gerencia de Servicios Sociales
HC	Historia Clínica
HCE	Historia Clínica Electrónica
HTA	Hipertensión Arterial
IBSAL	Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca
ICC	Insuficiencia Cardíaca Crónica
ICCC	<i>Innovative Care for Chronic Conditions Framework</i>

IMC	Índice de masa corporal
IMCV	Indicador Multidimensional de Calidad de Vida
INE	Instituto Nacional de Estadística
MAP	Médico de Atención Primaria
MedoraCYL	Historia clínica electrónica de Atención Primaria de Castilla y León
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Procesos Asistenciales Integrados
PCC	Paciente Crónico Complejo
PIERCyL	Plan Integral de Enfermedades Raras de Castilla y León
PIOFAR	Plan Integral de Optimización Farmacoterapéutica
p.p.	Puntos porcentuales
PREM	Medidas de la experiencia reportada por el paciente (del inglés <i>patient-reported experience measures</i>)
PROA	Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos
PROM	Medidas de los resultados reportados por el paciente (del inglés <i>patient-reported outcomes measures</i>)
RECyL	Receta Electrónica de Castilla y León
RICAPPS	Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud
Sacyl	Gerencia Regional de Salud de Castilla y León
SM	Salud Mental
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSII	Sistemas de Información
TDAH	Trastorno de déficit de atención e hiperactividad
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
TW	Triple <i>Whammy</i>
UCA	Unidad de Continuidad Asistencial
UCSS	Unidad de Convalecencia Sociosanitaria
UBF	Unidad Básica Funcional
UE	Unión Europea
URM	Uso Racional de los Medicamentos
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Anexo B. Índice de figuras

Figura 1: Objetivos del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020.....	5
Figura 2: Ejes de la iniciativa de la UE “Juntos más saludables: enfermedades no transmisibles”	6
Figura 3: Objetivos y líneas estratégicas de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Año 2013	10
Figura 4: Pirámide de población Castilla y León – España. Año 2023.....	15
Figura 5: Evolución de los indicadores de crecimiento y estructura de la población en Castilla y León - España. Años 2013-2023.....	16
Figura 6: Pirámide de población de Castilla y León.....	16
Figura 7: Evolución de la esperanza de vida al nacer en Castilla y León por sexo. Años 2013 - 2023.....	17
Figura 8: Densidad de población en Castilla y León, España y UE-27 (población por Km ²). Año 2023.....	17
Figura 9: Pirámide de población ámbito rural versus población total de Castilla y León. Año 2022.....	18
Figura 10: IMCV por dimensiones. España y Castilla y León. Año 2022	19
Figura 11: Evolución del IMCV global. España y Castilla y León. Año 2022.....	19
Figura 12: Índice de Masa Corporal según sexo en España. Población de 15 a 17 años. Año 2020.....	20
Figura 13: Progresión del Índice de Masa Corporal en España. Población de 15 a 17 años. Años 2014 y 2020.	20
Figura 14: Índice de masa corporal según sexo en España y Castilla y León. Población adulta. Año 2020.	20
Figura 15: Progresión del IMC en España y Castilla y León. Población adulta. Años 2014 y 2020.....	20
Figura 16: Consumo de tabaco según sexo en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Año 2020.	21
Figura 17: Progresión del consumo de tabaco en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020.....	21
Figura 18: Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses según sexo en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Año 2020.....	22
Figura 19: Progresión de consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020.	22
Figura 20: Número de días por semana de ejercicio físico durante el tiempo de ocio según sexo en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Año 2020.....	23
Figura 21: Progresión de número de días por semana de ejercicio físico durante el tiempo de ocio en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020.	23
Figura 22: Niveles de realización de actividad física según etapa educativa y sexo. Años 2022-2023.....	24

Figura 23: Progresión del patrón de consumo de fruta fresca (excluye zumos) en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020	24
Figura 24: Progresión del patrón de consumo de verduras, ensaladas y hortalizas, en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020	25
Figura 25: Cuidado de personas mayores o personas con dolencias crónicas según sexo en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Año 2020.....	25
Figura 26: Progresión de cuidado de personas mayores o personas con dolencias crónicas en España y Castilla y León. Población de 15 y más años. Años 2014 y 2020	25
Figura 27: Estratificación de la población de Castilla y León según GMA de 2024 (datos de 2023)	26
Figura 28: Estratificación de la población de Castilla y León según GMA de 2024 por sexo (datos de 2023)	27
Figura 29: Estratificación de la población de Castilla y León según GMA de 2024 por tramos de edad y sexo (datos de 2023).....	28
Figura 30: Prevalencia de procesos especialmente relevantes en cronicidad. Años 2021-2023	28
Figura 31: Prevalencia de las enfermedades crónicas valoradas en GMA en Castilla y León. .	28
Figura 32: Prevalencia de otras enfermedades crónicas en Castilla y León. Años 2021-2023 .	29
Figura 33: Altas hospitalarias según las diferentes enfermedades crónicas en Castilla y León.	30
Figura 34: Altas hospitalarias según las diferentes enfermedades crónicas por rangos de edad en Castilla y León. Año 2023	30
Figura 35: Distribución porcentual de personas con EPOC en Castilla y León según edad y sexo. Año 2023.....	31
Figura 36: Evolución de la prevalencia registrada de la EPOC en Castilla y León. Años 2021-2023.....	31
Figura 37: Distribución porcentual de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en Castilla y León según edad y sexo. Año 2023.....	32
Figura 38: Evolución de la prevalencia registrada de la Diabetes Mellitus en Castilla y León. Años 2021-2023	32
Figura 39: Distribución porcentual de personas con Insuficiencia Cardíaca en Castilla y León según edad y sexo. Año 2023.....	33
Figura 40: Evolución de la prevalencia de la Insuficiencia Cardíaca en Castilla y León. Años 2021-2023	33
Figura 41: Evolución de la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica en Castilla y León. Años 2021-2023	34
Figura 42: Evolución de la prevalencia de la Depresión en Castilla y León. Años 2021-2023 ..	34
Figura 43: Prevalencia de las pluripatologías crónicas complejas en la población de Castilla y León.....	35
Figura 44: Distribución porcentual de pacientes crónicos complejos en Castilla y León según edad y sexo. Año 2024.....	35
Figura 45: Evolución de la Prevalencia de PCC en Castilla y León. Años 2021-2024.....	35
Figura 46: Evolución de la Prevalencia de Personas con Fragilidad en Castilla y León. Años 2021-2023	36

Figura 47: Evolución de la Prevalencia de Personas con Dependencia en Castilla y León. Años 2021-2023	36
Figura 48: Procesos asistenciales integrados de Castilla y León en el ámbito de la cronicidad	38
Figura 49: Niveles de riesgo contemplados en la estratificación por GMA	40
Figura 50: Mapa de plazas en Unidades de Convalecencia Sociosanitaria en Castilla y León. Año 2024	41
Figura 51: Guías asistenciales en relación con la cronicidad que incorpora la HCE en Castilla y León.....	42
Figura 52: Nº de profesionales sanitarios que han realizado alguna acción formativa en cronicidad. Años 2022-2023.....	44
Figura 53: Bloques de contenidos de la Escuela de pacientes de Castilla y León.....	46
Figura 54: Fases del Programa de Paciente Activo de Castilla y León	47
Figura 55: Tipología de actividades contempladas en el Programa de envejecimiento activo ..	47
Figura 56: Características del modelo de atención a la persona con enfermedades crónicas en Castilla y León	48
Figura 57: Fases metodológicas para la Actualización de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León	51
Figura 58: Resumen del análisis DAFO	53
Figura 59: Desarrollo estratégico de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona	56
Figura 60: Líneas estratégicas de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030	56
Figura 61: Líneas estratégicas y objetivos estratégicos de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona.....	57
Figura 62: Estructura organizativa para el despliegue de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona.....	74
Figura 63: Cronograma de implementación de las acciones de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona.....	76
Figura 64: Cuadro de indicadores de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona.....	88

Anexo C. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Online]. [citado 2024 12 01]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. Ignacio Para Rodríguez-Santana. La nueva cronicidad. ATUSALUD. 16.08.2024.
3. Pedro J Tárraga-López. Los enfermos crónicos, la pandemia pendiente. Journal of Negative and No Positive Results. 2021; 6(1): p. 1-6.
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2020. 2020.
5. Margarita Monge Zamorano; Rosa Gloria Suárez López de Vergara. El pediatra en el acompañamiento de los niños con enfermedades crónicas y sus familias. Canarias Pediátrica. 2021; 45(3): p. 291-299.
6. Daniel Prados-Torres, Isabel del Cura-González, Alexandra Prados-Torres. Hacia un modelo de atención a la multimorbilidad en atención primaria. 2017; 49(5): p. 261-262.
7. Antonio San José Laporte. La valoración de la multimorbilidad en personas de edad avanzada. Un área importante de la valoración geriátrica integral. Revista Española de Geriátrica y Gerontología. 2012; 47(2): p. 47-48.
8. M. Bernabeu-Wittel, P. Alonso-Coello, M. Rico-Blázquez, R. Rotaeche del Campo, S. Sánchez Gómez, y E. Casariego Vales. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Atención Primaria. 2014; 46(7): p. 385-392.
9. Estrella Olivares-Collado, Marta Pérez-Reyes, Lucía Rodríguez-Delgado, Rodolfo Crespo-Montero. Análisis de la fragilidad y su relación con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Enfermería Nefrológica. 2024; 26(3).
10. Servicios Sociales Castilla y León. Plan de Acción de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social 2022-2025. 2022.
11. Joan Gené-Badia, Marina Ruiz-Sánchez, Núria Obiols-Masó, Laura Oliveras Puig y Elena Lagarda Jiménez. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? 2016.
12. Juan Carlos Contel, Blanca Muntané, Lourdes Camp. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Atención Primaria. 2012; 44(2): p. 107-113.
13. Milagros Rico-Blázquez, Sheila Sánchez Gómez, Carmen Fuentelsaz Gallego. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. Enfermería clínica. 2014; 24(1): p. 44-50.
14. Barrio Cortes Jaime, Suárez Fernández Carmen, Bandeira de Oliveira Mariana, Beca Martínez María Teresa, Lozano Hernández Cristina, Cura González Isabel del. Utilización de los servicios de salud de Atención Primaria en los pacientes crónicos según nivel de riesgo. Rev. Esp. Salud Publica. 2019; 93.
15. Joaquín Estévez (Coordinador). Soluciones para la gestión de la cronicidad. 2015.
16. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción para la prevención. 2013.
17. Naciones Unidas. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible..

18. Organización Mundial de la Salud. Actividad física para la salud. 2018.
19. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025. 2021.
20. Parlamento Europeo. INFORME sobre las enfermedades no transmisibles. 2023.
21. Parlamento Europeo. Proyecto de informe sobre las enfermedades no transmisibles. 2023.
22. Union Europea. Una Agenda Digital para Europa. 2024.
23. Parlamento Europeo. Programa Europa Digital (2021-2027). 2021.
24. Comision Europea. La Asociación Europea para la Innovación sobre un Envejecimiento Activo y Saludable: una vía más rápida para alcanzar los objetivos.
25. OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris. 2024.
26. Jaime Barrio-Cortes, Isabel del Cura-González, Miguel Martínez-Martín et al. Grupos de morbilidad ajustados: características y comorbilidades de los pacientes crónicos según nivel de riesgo en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2020; 52(2): p. 86-95.
27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012.
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. 2013.
29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. 2014.
30. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). 2022.
31. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud Archivo pdf. Se abrirá en una ventana nueva. 2022.
32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. 2012.
33. Ministerio de Sanidad. Estrategia de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Informe de Evaluación y Líneas Prioritarias de Actuación. 2021.
34. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica. 2009.
35. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actualización de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2014.
36. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. 2009.
37. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. 2024.
38. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Informe de Evaluación y Líneas Prioritarias de Actuación. 2022.
39. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en diabetes en el Sistema Nacional de Salud. ; 2007.

40. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Diabetes en el Sistema Nacional de Salud. Actualización. 2012.
41. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. 2006.
42. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 22 de octubre de 2009. 2011.
43. Alto Comisionado para la Lucha contra la Pobreza Infantil. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030) - En Plan Bien. 2022.
44. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2007.
45. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2011.
46. Ministerio de Sanidad. Informe de evaluación de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. 2023.
47. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. 2016.
48. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. 2022.
49. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Pública 2022. ESP 2022. Mejorando la salud y el bienestar de la población. 2022.
50. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025 - 2027. 2024.
51. Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. 2013.
52. Junta de Castilla y León. IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020. 2016.
53. Junta de Castilla y León. Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020. 2017.
54. Junta de Castilla y León. Plan Persona. Centrando la Asistencia Sanitaria en TI. 2021.
55. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2022-2026. Transformando Juntos para aportar valor.
56. Junta de Castilla y León. Plan Integral de Enfermedades Raras de Castilla y León (PIERCyL) 2023-2027. 2023.
57. Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024-2030 Edita: Junta de Castilla y León. Disponible en: [2927946-Estrategia_Asistencia_Salud_Mental_Castilla_y_León_2024-2030.pdf](#). 2024.
58. Junta de Castilla y León. Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León 2023-2027. 2023.
59. Junta de Castilla y León. Plan Integral de Optimización Farmacoterapéutica. 2024.

60. Diario Oficial de la Unión Europea. Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. 2011.
61. Boletín Oficial del Estado. Reglamento (UE) 2021/522 del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de marzo de 2021 por el que se establece un programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud («programa UEproSalud») para el período 2021-2027. 2021.
62. Boletín Oficial del Estado (BOE). Reglamento (UE) 2021/695 del Parlamento Europeo y del Consejo de 28 de abril de 2021 por el que se crea el Programa Marco de Investigación e Innovación «Horizonte Europa». 2021.
63. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. 1986.
64. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 2002.
65. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. 2003.
66. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. 2006.
67. Boletín Oficial del Estado (BOE). Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. 2006.
68. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. 2006.
69. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. 2011.
70. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. 2021.
71. Comunidad de Castilla y León. Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. 2003.
72. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. 2010.
73. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL). DECRETO 15/2021, de 24 de junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia, en la Comunidad de Castilla y León. 2021.
74. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 3/2024, de 12 de abril, reguladora del modelo de atención en los centros de carácter residencial y centros de día de servicios sociales para cuidados de larga duración en Castilla y León. 2024.
75. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 8/2024, de 16 de septiembre, por la que se garantiza la prestación de los servicios autonómicos esenciales en la Comunidad de Castilla y León. 2024.
76. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del padrón continuo. 2023.

77. Instituto Nacional de Estadística. Evolución de los indicadores de crecimiento y estructura de la población en Castilla y León - España. Años 2013-2023. 2023.
78. Instituto Nacional de Estadística. Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma. 2023.
79. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de Mortalidad. 2022.
80. Arturo Vegas-Sánchez, Fernando Gil-Alonso María Pilar Alonso Logroño. Los problemas de accesibilidad de la población mayor a la asistencia sanitaria. El caso de Castilla y León (España). 2022.
81. Consejo Economico y Social de España. Informe. El medio rural y su Vertebración Social y Territorial. 2018.
82. Insitituo Nacional de Estadística. Población por sexo y edad (grupos quinquenales). 2023.
83. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS. [Online]. 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
84. Ministerio de Sanidad. Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud. 2021.
85. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001 - 2011/12. ; 2014.
86. Consejería de Sanidad Castilla y León. Estratificación de Pacientes: Clasificación por Grado de Complejidad. 2022.
87. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2014..
88. Instituto Nacional de Estadística. Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años. 2020.
89. Fundación MAPFRE. Actividades Físicas y Deportivas para las Adolescentes. Necesidades, barreras y recomendaciones. 2024.
90. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Estratificación de Pacientes: Clasificación por Grado de Complejidad. [citado 2024 Septiembre. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/informacion-datos-publicos/datos-interes/estratificacion-pacientes-clasificacion-grado-complejidad>.
91. Salud Castilla y León. Datos abiertos. Prevalencia de procesos cronicos..
92. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV). 2022.
93. Ministerio de Sanidad. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Doc_enfermedad_renal.pdf.
94. Ministerio de Sanidad. Envejecimiento saludable. Prevención de fragilidad y caídas. [Online].; 2024 [citado 2024 Diciembre. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/home.htm>.
95. Tirso Duran-Badillo. Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. 2018.

96. C. Hernández-Teixidó, F. López-Simarro, E. Arranz Martínez, F.J. Escobar Lavado y Miravet Jiménez. Vulnerabilidad y determinantes sociales en diabetes. 2023.
97. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento: edadismo. [Online].; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>.
98. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el Edadismo. 2021.
99. Junta de Castilla y León. Proceso de Atención a la Persona con Pluripatología Crónica Compleja de Castilla y León. 2020.
- 100 Gerencia Regional de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2019. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/intranet-profesional/es/servicios-centrales/actividad-asistencial/atencion-primaria/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf>.
- 101 Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. Programa Integral de Envejecimiento Activo. Informe Regional de la Comunidad de Castilla y León (Año 2022).

Anexo D. Participación

En la elaboración de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030, han participado en torno a 60 personas, colaborando tanto profesionales del ámbito sanitario y social, como representantes de las propias personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores a través de las Asociaciones de Pacientes.

Los profesionales del ámbito sanitario que han participado tienen diferentes perfiles y competencias, perteneciendo a diversas especialidades de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria, así como a servicios centrales de la Gerencia Regional de Salud. También han formado parte de los grupos de la Estrategia representantes de la Gerencia de Servicios Sociales.

Para canalizar la participación, se conformaron diferentes grupos de trabajo: tres grupos de análisis DAFO (39 profesionales y pacientes), un grupo estratégico (16 profesionales) y un grupo director (8 profesionales). Asimismo, se han utilizado diferentes técnicas y metodologías, como: entrevistas personales, cuestionarios online, sesiones virtuales de trabajo y revisiones de documentos intermedios.

Una vez elaborado el documento borrador de la Estrategia, se distribuyó para su valoración, a profesionales de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, así como a agentes externos como Sociedades Científicas y Colegios Oficiales de Profesionales, entre otros. Las aportaciones recibidas durante este proceso fueron analizadas e incorporadas al documento final de la Estrategia.

La relación de autores y participantes se detalla a continuación.

Relación de Autores

- **Alonso Servi, Gema**
- **Álvarez Manzanares, Paula**
- **Aragón Cabeza, María José**
- **Casas Manzana, Almudena**
- **Cembranos García, Esther**
- **Ceruelo Bermejo, Judit**
- **Chimeno Viñas, María Montserrat**
- **de Paz Collantes, Elena**
- **de Uribe Ladrón De Cegama, Fernando**
- **del Amo Ramos, Sara**
- **Dorado Díaz, Ana**
- **Encinas Mangas, María Concepción**
- **Fernández Ramajo, María Aránzazu**
- **García Carbó, Pablo**
- **García Ortiz, Luis**
- **García Prieto, Eduardo**
- **González Bustillo, María Begoña**
- **González Touya, Marta**
- **Granado Villace, Rebeca**
- **Guerrero Díaz, María Teresa**
- **Guzmán Fernández, María Ángeles**
- **Hernández Ortega, Elena**
- **Hernansanz de la Calle, Silvia**
- **Herrero Callejo, Sara**
- **Jiménez López, María Teresa**
- **López Bernús, Amparo**
- **Montero Alonso, María Soledad**
- **Montero Cuadrado, Federico**
- **Oliva Encina, Rocío**
- **Pérez Martín, Raixa N.**
- **Ripoll Lozano, Ana Isabel**
- **Robles García, Mónica**

- **Salvador Sánchez, Lydia**
- **Sánchez Herrero, Rafael**
- **Sánchez Moreno, Purificación**
- **Sanz Bachiller, Teresa**
- **Solís Murillo, María Pilar**
- **Torres Blanco, Beatriz**
- **Vara Hernando, Francisco José**
- **Vázquez del Campo, Marta**

Agentes de interés

- **Asociación de Afrontamiento Activo del Dolor (AAD)**
- **Asociación de Esclerosis Lateral Amiotrófica de Castilla y León (ELACyL)**
- **Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)**
- **Comité Autonómico de Entidades de Representantes de**
- **Personas con Discapacidad en Castilla y León (CERMI CyL)**
- **Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER)**
- **Foro Español de Pacientes (FEP) / Plataforma Cronicidad Horizonte 2030**
- **Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)**

Relación de revisores

- **Alonso Servi, Gema**
- **Álvarez Manzanares, Paula**
- **Aragón Cabeza, María José**
- **Ceruelo Bermejo, Judit**
- **de Álvaro Prieto, María Ángeles**
- **Dorado Díaz, Ana**
- **García Carbó, Pablo**
- **García Prieto, Eduardo**
- **González Bustillo, María Begoña**
- **Guzmán Fernández, María Ángeles**
- **Hernández Ortega, Elena**
- **Jiménez López, María Teresa**
- **Montero Alonso, María Soledad**
- **Pérez Martín, Raixa N.**
- **Sánchez Herrero, Rafael**
- **Sanz Bachiller, Teresa**

Agentes de interés

- **Asociación Castellano Leonesa de Enfermería Familiar y Comunitaria**
- **Asociación de Afrontamiento Activo del Dolor**

- **Asociación de Esclerosis Lateral Amiotrófica de Castilla y León**
- **Asociación de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**
- **Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León**
- **Asociación Enfermería Comunitaria (AEC)**
- **Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)**
- **CERMI Castilla y León (Comité Autonómico de Representantes de Personas con Discapacidad)**
- **Colegio Oficial Psicología De Castilla y León**
- **Colegio Profesional de Farmacéuticos de Castilla y León**
- **Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León**
- **Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica**
- **Consejo de Colegios Oficiales de Enfermería de Castilla y León**
- **Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León**
- **Diplomados en Trabajos Social y Asistentes Sociales de Castilla y León**
- **Federación de Asociaciones de Diabetes de Castilla y León**
- **Federación Española de Enfermedades Raras**
- **Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón**
- **Foro Español de Pacientes /Plataforma "Cronicidad Horizonte 2030"**
- **Plataforma de Organizaciones de Pacientes**
- **Sociedad de Médicos de Atención Primaria de Castilla y León (SEMERGEN)**
- **Sociedad de Médicos Generales y Familia de Castilla y León (SEMG)**
- **Sociedad Española de Geriatria y Gerontología Castilla y León (SGGCYL)**
- **Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria Castilla y León (SOCALEMFYC)**
- **Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)**
- **Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)**
- **Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)**
- **Sociedad Española Enfermería Geriátrica (SEEG)**

Revisores de la Gerencia Regional de Salud:

- **Área del Consejero de Sanidad**
- **Gerente Regional**
- **Viceconsejero**
- **Dirección General de Salud Digital**

- **Dirección General de Calidad e Infraestructuras Sanitarias**
- **Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional**
- **Dirección General de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación**
- **Dirección General de Salud Pública**
- **Dirección General Asistencia Sanitaria y Humanización**

Soporte técnico de oficina de proyecto:

- **Crowe**

Grupo Director

- **Fernández Calderón, Silvia**
Directora General de Asistencia Sanitaria y Humanización
- **Alfageme Cuadrado, Soledad**
Coordinadora de la General de Asistencia Sanitaria y Humanización
- **Fernández Concellón, Laura**
Directora Técnica de Asistencia Sanitaria
- **Martín Sobrino, Nieves**
Directora Técnica de Farmacia
- **Callejo González, Laura**
Jefa de Servicio de Cuidados, Atención a la Cronicidad y Humanización
- **de Álvaro Prieto, María Ángeles**
Jefa del Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos
- **González Sánchez, María Jesús**
Técnica Facultativa del Servicio de Cuidados, Atención a la Cronicidad y Humanización
- **Gutiérrez Lora, María Cristina**
Técnica Facultativa del Servicio de Cuidados, Atención a la Cronicidad y Humanización