

ATENCIÓN A LA CRONICIDAD. DECLARACIÓN DE MÉRIDA (2023)

El impacto de la pandemia por COVID-19, junto a los cambios demográficos y epidemiológicos que ya se estaban produciendo, han condicionado un marcado incremento de la prevalencia de personas que viven con multimorbilidad, fragilidad y dependencia. En 2011 un conjunto de Sociedades Científicas y administraciones sanitarias elaboraron la **Declaración de Sevilla** sobre la organización de la atención a los pacientes crónicos. Ocho años después, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), elaboraron la **Declaración de Mérida**, para actualizar las necesidades y promover medidas encaminadas a mejorar la atención a dichas personas. A día de hoy, en el 2023, la atención a la cronicidad sigue siendo un tema prioritario y sigue sin ser suficientemente bien abordado en el conjunto del sistema sociosanitario. Por ello, desde SEMI y semFYC creemos necesario recordar las medidas propuestas en dicha Declaración e instar a las administraciones generales y autonómicas, a retomar la estrategia de atención a la cronicidad y tomar las medidas necesarias para abordar esta epidemia. **Por ello, consideramos que:**

1. Resulta inaplazable una reorientación de nuestro actual modelo asistencial, centrado en la atención a las patologías agudas, hacia un nuevo modelo de atención a pacientes crónicos, en cualquiera de los niveles asistenciales. Es necesario un **abordaje centrado en la persona**, desde una perspectiva holística, basada en la atención integral y coordinada, evitando la fragmentación de la asistencia por múltiples especialistas.
2. El modelo asistencial para atender a la cronicidad deberá estar centrado en el paciente y en su entorno, en el respeto a sus preferencias, necesidades y valores, y debe garantizar la equidad en el acceso a los recursos priorizando las prácticas de alto valor y asegurando una adecuada calidad de vida.
3. La asistencia a los pacientes crónicos con pluripatología deberá desarrollarse de forma longitudinal, integrada y coordinada entre los distintos niveles asistenciales, siendo necesarios el trabajo interdisciplinar y la continuidad asistencial. Los profesionales de Atención Primaria, médicos y enfermeras, son los principales responsables de la atención a los enfermos crónicos, y garantes de sus necesidades. Los especialistas en Medicina Interna deben coordinar la atención a dichos enfermos en el hospital.
4. Se hace necesario avanzar hacia un modelo basado en la toma de decisiones compartidas y centrada en el paciente donde cada persona disponga de un plan personal, único e individualizado de gestión de sus enfermedades. Dicho plan debe incorporar sus preferencias personales, grado de conocimiento de la enfermedad, sus necesidades sanitarias y sociales, así como las estrategias diagnósticas y objetivos terapéuticos, los límites de la asistencia y los profesionales sanitarios de referencia.

5. Se deben evitar campañas o intervenciones que promuevan las pre-enfermedades y que condicionen el sobrediagnóstico y sobretratamiento, así como el uso inadecuado de recursos sanitarios. Debe ser prioritario promover actividades de prevención y de promoción de la salud con estrategias poblacionales e individuales, evaluables y coste-efectivas.
6. La perspectiva de género debe formar parte integral de los programas de educación y promoción de la salud en la medicina del siglo XXI. Los sistemas sanitarios deben garantizar a las mujeres la cobertura de sus necesidades de salud, permitiéndoles conciliar sus funciones sociales, biológicas y ocupacionales.
7. La asistencia domiciliaria debe jugar un papel clave para la atención a los pacientes crónicos en situación de fragilidad, dependencia y situaciones de final de vida. Es necesario desarrollar alternativas a la hospitalización convencional con refuerzo de los equipos multidisciplinares de Atención Primaria, con una especial relevancia de la Enfermería Familiar y Comunitaria.
8. Se impulsarán las unidades de diagnóstico rápido, consultas de alta resolución, telemedicina, hospitales de día, unidades de continuidad asistencial y hospitalización a domicilio, como unidades de soporte a la Atención Primaria. Estos dispositivos deben complementarse con una red de servicios sociales, centros sociosanitarios y residencias, que garanticen una asistencia ajustada a las necesidades de los pacientes y de sus cuidadores.
9. La transformación digital y la telemedicina representan una gran oportunidad para mejorar los resultados en salud de los pacientes crónicos. La telemedicina debe ser una herramienta fundamental para controlar de forma precoz las reagudizaciones y evitar ingresos hospitalarios, así como para implicar al paciente en su autocuidado y en mejorar la adherencia terapéutica.
10. Es imprescindible reforzar la visión integral y holística de atención a la cronicidad en la formación de grado y postgrado en las universidades, liderada por profesionales de medicina de familia y de medicina interna.
11. La sostenibilidad del modelo pasa por la continuidad asistencial y conciliación de cuidados y necesidades. Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Interna son especialidades generalistas clave para dar respuesta a las necesidades de los pacientes y son fundamentales para garantizar dicha coordinación asistencial y promover la necesaria y adecuada atención sociosanitaria integrada y multidisciplinar en los diferentes ámbitos asistenciales.

Dra. Juana Carretero Gómez

Presidenta de SEMI

Dra. Remedios Martín Álvarez

Presidenta de semFYC