
Tesi doctoral

La cronicidad en enfermedad mental: políticas y modelos de atención integrados y centrados en la persona y la comunidad

Isabel Amo Mora



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la licència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This doctoral thesis is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



Programa de Doctorado en Línea de Investigación:
Ciencias de la Salud

TESIS DOCTORAL

La cronicidad en enfermedad mental: políticas y modelos de atención integrados y centrados en la persona y la comunidad

Barcelona, julio 2023

Autora

Isabel Amo Mora

Directores

Dr. Boi Ruíz García

Dr. Carles Blay Pueyo

UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA



Programa de Doctorado en Línea de Investigación:

Ciencias de la Salud

TESIS DOCTORAL

**La cronicidad en enfermedad mental:
políticas y modelos de atención integrados y centrados en la persona
y la comunidad**

Autora

Isabel Amo Mora

Directores

Dr. Boi Ruíz García

Dr. Carles Blay Pueyo

Barcelona, julio 2023

«...y una vez que la tormenta termine, no recordarás como lo lograste, como sobreviviste. Ni siquiera estarás seguro de que la tormenta ha terminado realmente. Pero una cosa si es segura, cuando salgas de esa tormenta, no serás la misma persona que entró en ella.

De eso trata esta tormenta»

Haruki Murakami

A mis padres

Agradecimientos

Durante estos años de doctoranda, he tenido la oportunidad de compaginar mi actividad como psicóloga con mi actividad universitaria en el Instituto Universitario de Pacientes y en la Cátedra de Políticas Sanitarias de la UIC. Reconozco que es un privilegio poder compaginar estas dos facetas.

Esta experiencia me ha confrontado con el desafío de buscar la simplificación y homogeneización de conceptos en la gestión sanitaria, apreciando al mismo la complejidad del ser humano y la maravilla de su individualidad.

Quiero transmitir públicamente mi más sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de esta tesis doctoral. Sus contribuciones, apoyo y ánimo fueron fundamentales en cada etapa de este largo y gratificante proceso.

En primer lugar, quiero expresar mi profundo agradecimiento a mis directores de tesis, el Dr. Boi Ruiz García y el Dr. Carles Blay Pueyo, por su guía, por compartir desinteresadamente su experiencia, por su paciencia y dedicación.

Han dedicado horas a esta tesis doctoral, muchísimas horas, y mucha energía, de manera completamente altruista, lo cual evidencia su calidad humana, además de científica. Su sabiduría, reflexiones, enseñanzas, consejos y apoyo a lo largo de estos años fueron invaluable y han marcado mi forma de ver la gestión sanitaria.

La curiosidad científica, el interés por la búsqueda de la verdad, la rigurosidad de la información, es también resultado final de otras muchas personas a lo largo de toda mi vida académica y profesional, y a consciencia de que muchos nombres me quedarán en el tintero, no quiero dejar de agradecer públicamente a Dolors Navarro, Alicia Borràs, Pau Galve y Marta Trapero. Con cada uno de ellos he aprendido y aprendo.

A Cristina Molina y Joan Carles Contel con sus ideas y discusiones enriquecieron enormemente mi trabajo y me ayudaron a crecer profesionalmente.

Quiero agradecer a todas las personas que participaron en los estudios que componen esta tesis. Sería muy largo enumerarlos a todos, pero su disposición y colaboración fueron esenciales para recolectar los datos necesarios y obtener resultados significativos.

Gracias al Dr. Carles Constante por sus opiniones y su contagioso entusiasmo.

En especial, quiero agradecer a los Consellers de Sanitat de la Generalitat de Catalunya que desinteresadamente han contribuido con sus comentarios, experiencia, aportaciones y consejos, sacando tiempo de donde no lo había para dedicarlo a esta tesis. Gracias, Dra. Marina Geli, Dr. Eduard Rius, Dr. Josep María Argimon, y Dr. Xavier Trías.

También quiero agradecer a Lluisa Cervera y Mayra Indacochea, no sólo su amistad y apoyo, sino por el ambiente colaborativo y amistoso durante todo este largo proceso.

A mis amigos por estar a mi lado, apoyándome, escuchándome, mostrando interés y aceptando mis ausencias. A Carmen.

No quiero dejar de mencionar a toda mi familia. Su amor, comprensión y aliento constante me dieron fuerzas para continuar cuando las cosas se hacían cuesta arriba. Gracias por creer en mí y por ser mi red de apoyo inquebrantable.

Quiero dedicar un especial agradecimiento a mis padres, quienes han sido pilares fundamentales en mi vida. Agradezco profundamente el amor, los valores y la educación que me brindaron, los cuales han sido la base de mi crecimiento personal y académico. A mi padre, sé que se sentiría muy orgulloso de los logros alcanzados.

A Mateo y Fede, vuestra presencia en mi vida ha sido una inspiración constante y me siento muy afortunada de teneros como mis hijos. Gracias por formar parte de este camino y por llenar mi vida de felicidad y orgullo.

Y a Pablo, por ser mi apoyo incondicional y por ser el pilar en el que me sostengo. Tu amor, comprensión y constante apoyo han sido fundamentales en cada paso de este camino. Eres mi compañero de vida y estoy infinitamente agradecida por tenerte a mi lado.

En resumen, este trabajo no hubiera sido posible sin la contribución de cada una de estas personas. A todos, mi más sincero agradecimiento por formar parte de este viaje. Este logro es también vuestro.

Resumen

La creciente prevalencia de enfermedades mentales y cronicidad orgánica genera una comorbilidad con impacto en la salud, calidad de vida y eficiencia de los modelos de atención. Se necesita un enfoque multidisciplinario integral, adaptando hospitales y atención primaria, empleando nuevas tecnologías e invirtiendo en servicios sociales y salud pública. Las enfermedades mentales crónicas conllevan comorbilidades orgánicas, aumentando la carga en calidad de vida y costos evitables. Es esencial abordar las necesidades de pacientes, familiares y profesionales de manera sostenible, con una atención colaborativa entre atención primaria y servicios sociales. La evaluación y difusión de estrategias implementadas son fundamentales. Incluir enfermedades mentales en políticas de cronicidad mejora la carga para pacientes y el sistema. Este estudio busca determinar el valor añadido de estrategias en Cataluña, mejorando futuras líneas de atención en un contexto cambiante.

Metodologías utilizadas Scoping Review, Delphi online y entrevistas semiestructuradas.

Respaldan la implementación de políticas de cronicidad que consideren la enfermedad mental como un área de alto impacto en el sistema de salud. Se ha demostrado que tener en cuenta esta variable mejora la gestión de estas patologías y la calidad de vida de las personas. Aunque existe cierta presencia en la documentación, aún persisten deficiencias en su incorporación en la práctica clínica.

Las políticas de salud en Cataluña deben integrar la atención a la salud mental en el cuidado de las enfermedades crónicas, abordando la comorbilidad orgánica-mental y superando los obstáculos en el acceso a la atención. Se requiere mayor coherencia, reestructuración de la atención primaria y colaboración entre profesionales para mejorar la atención sanitaria. La falta de coordinación entre sistemas de salud y servicios sociales perpetúa la atención fragmentada y la estigmatización. Es necesario avanzar en la integración de datos para una gestión adecuada de la enfermedad y la evaluación de resultados.

Abstract

The growing prevalence of mental illnesses and chronic organic conditions generates comorbidity with significant impact on health, quality of life, and the efficiency of care models. A comprehensive multidisciplinary approach is needed, involving the adaptation of hospitals and primary care, the use of new technologies, and investments in social services and public health. Chronic mental illnesses often come with organic comorbidities, increasing the burden on quality of life and avoidable costs. It is essential to address the needs of patients, families, and professionals in a sustainable manner, with collaborative care between primary care and social services. Evaluation and dissemination of implemented strategies are crucial. Including mental illnesses in chronicity policies improves the burden on patients and the healthcare system. This study aims to determine the added value of strategies in Catalonia, enhancing future lines of care in a changing context.

Methodologies used include Scoping Review, online Delphi, and semi-structured interviews. They support the implementation of chronicity policies that consider mental illness as an area of high impact on the healthcare system. It has been shown that taking this variable into account improves the management of these pathologies and the quality of life of individuals. Despite some presence in documentation, deficiencies still persist in their incorporation into clinical practice.

Health policies in Catalonia should integrate mental health care into the management of chronic diseases, addressing the organic-mental comorbidity and overcoming barriers to access. Greater coherence, restructuring of primary care, and collaboration among professionals are required to improve healthcare. The lack of coordination between healthcare systems and social services perpetuates fragmented care and stigmatization. Advancement in data integration is necessary for proper disease management and outcome evaluation.

Índice abreviaturas

AQUAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVD	Años vividos con discapacidad
AVP	Años de vida perdidos
BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
CAP	Centros de atención primaria
CCAA	Comunidades autónomas
COVID-19	Enfermedad por SARS-cov-2
CSM	Centros de Salud Mental
CSMA	Centros de salud mental de adultos
CSMIJ	Centros de salud mental infantil juvenil
EAC	<i>Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad</i>
EAP	Equipos de Atención Primaria
EM	Enfermedad mental
ENT	Enfermedades no transmisibles
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
GBD	Global Burden of Diseases
HCCC	Historia clínica compartida de cataluña
IDESCAT	Instituto de Estadística de Cataluña
INE	Instituto Nacional de Estadística
LOSC	Ley Ordenación Sanitaria de Cataluña
MACA	Modelo atención a la cronicidad avanzada
OMS	Organización mundial de la salud
PAISS	Pla d'atenció Integrada social i sanitària
PC	Programas de cronicidad
PCC	Paciente crónico complejo
PD	Plan director
PDA	Planificación de decisiones anticipadas
PdS	Planes de Salud
PIB	Producto interior bruto
PIIC	Plan de intervención individual y compartido
PINSAP	Pla Interdepartamental i intersectorial de salut pública
PLAENSA	Pla d'Enquestes de Satisfacció d'Assegurats del catsalut
PPAC	Programa de prevención y atención a la cronicidad
RAC	Ruta asistencial de la complejidad
SCS	Servei Català de la Salut
SM	Salud mental
SNS	Sistema Nacional de Salud
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
XHUP	Red Hospitalaria de Utilización Pública de Catalunya

Índice

Resumen	9
Abstract	11
Índice abreviaturas	13
Índice tablas	19
Índice figuras	22
1. Introducción	25
1.1 Cronicidad	26
1.1.1 Concepto y epidemiología de la cronicidad	26
1.1.2 Datos de prevalencia de la cronicidad	27
1.1.3 La prevalencia de la cronicidad en Cataluña	29
1.1.4 Impacto de la cronicidad en la población	30
1.1.5 Impacto de la cronicidad en la población de Cataluña	32
1.1.6 Enfermedades crónicas complejas. Comorbilidad y pluripatología	34
1.1.7 Paciente crónico complejo y modelo de atención a la cronicidad avanzada	35
1.1.8 Impacto económico de la cronicidad en el sistema sanitario	36
1.1.9 Impacto económico de la cronicidad en el conjunto de España	37
1.1.10 Impacto económico de la cronicidad en Cataluña	38
1.1.11 Modelos de innovación para la gestión de la cronicidad	39
1.1.12 El Chronic Care Model de Wagner	40
1.1.13 Modelo de Kaiser Permanente	41
1.1.14 Aplicación de los modelos de atención a la cronicidad en España y sus CCAA	43
1.1.15 Eficacia de las estrategias de cronicidad	44
1.2 La salud mental en el sistema sanitario	45
1.2.1 Concepto y definición de salud mental	45
1.2.2 Prevalencia de las enfermedades mentales	46
1.2.3 Impacto económico de la salud mental	48
1.2.4 Impacto económico a nivel global	48
1.2.5 Impacto económico de la salud mental en España	49

1.2.6	Impacto económico de la salud mental en Cataluña	50
1.2.7	Conexión entre la enfermedad mental y las enfermedades crónicas	50
1.2.8	Estigma en salud mental	52
1.3	Organización de respuesta del sistema sanitario	53
1.3.1	Sistema Nacional de Salud	53
1.3.2	Sistema sanitario catalán	55
1.3.3	Organización de la salud mental. Evolución de las políticas	57
1.3.4	Herramientas del sistema	61
	Plan de salud	62
	Planes de cronicidad	65
	Planes de salud territoriales (PdST)	66
	Planes de salud mental	66
2.	Justificación de la tesis y planteamiento general de los estudios que la componen	67
3.	Hipótesis	69
3.1	Hipótesis principales	69
3.2	Hipótesis secundarias	69
4.	Objetivos del conjunto de la tesis	71
4.1	Objetivo general	71
5.	Metodología general	73
5.1	Diseño de la tesis	73
6	Estudios	75
	ESTUDIO 1: Abordaje de la salud mental dentro de los planes de cronicidad y planes de salud de Cataluña	76
1.	Hipótesis	77
2.	Objetivo	77
3.	Metodología	77
4.	Resultados	78
4.1	Análisis descriptivo de los planes de salud:	79
4.2	Elaboración del cuestionario análisis planes	83
4.3	Planes de salud	84

5. Resultados conjuntos	93
6. Discusión	99
7. Conclusiones	105
<hr/>	
ESTUDIO 2: Consenso mediante método Delphi de la representación de la enfermedad mental en las políticas en cronicidad de Cataluña	106
1. Hipótesis	107
1.1 Hipótesis principales	107
2. Objetivos generales	107
3. Metodología	107
3.1 Proceso de votación	110
3.2 Análisis de los datos	111
4. Resultados	112
5. Discusión	133
6. Conclusiones	144
<hr/>	
Estudio 3: Macrogestión de la salud mental y la cronicidad: la visión de los antiguos responsables de políticas sanitarias en cataluña.	145
1. Hipótesis	147
2. Objetivos	147
3. Metodología	148
3.1 Elaboración entrevista	148
3.2 Participantes	150
3.3 Realización de las entrevistas	150
3.4 Análisis de datos	150
3.5 Consideraciones éticas	151
3.6 Rigor	151
3.7 Triangulación	152
4. Resultados y discusión	152
4.1 Integración asistencial	154
4.1.1 Prácticas colaborativas	154
4.1.2 Cambios organizativos	155
4.1.3 Integración salud mental	158
4.1.4 Desigualdades	159
4.1.5 Sistema privado	160

4.1.6	Desinstitucionalización	161
4.1.87	Asumir riesgos	163
4..1.8	Atención Primaria	164
4..1.9	Gestor de Casos	165
4.2	Modelo de atención clínica	166
4.2.1	Historia Clínica	166
4.2.2	Integral e integrada	167
4.2.3	Geriatría y demencias	168
4.2.4	Decisiones compartidas	169
4.2.5	Fármacos	170
4.3	Políticas de salud	171
4.3.1	Prevención y promoción de la salud	171
4.3.2	Profesionales	172
4.3.3	Plan de salud	173
4.4	Visión de futuro	174
5.	Conclusiones	176
7.	Discusión general	179
8.	Consideraciones metodológicas y limitaciones	191
9.	Conclusiones finales de la tesis	193
10.	Decálogo de hoy para el futuro	197
11.	Aportaciones relevantes e implicaciones	199
12.	Líneas futuras	201
13.	Bibliografía	203
16.	Anexos	225
	Anexo 1: Carta aceptación CER	227
	Anexo 2: Estudio 1. Bibliografías seleccionadas	229
	Anexo 3: Estudio 2. Invitación participación Delphi Online	235
	Anexo 4: Estudio 2. Comentarios participantes	237
	Anexo 5: Estudio 3. Traducción verbatim	251

Índice de tablas

Tabla 1. Principales enfermedades o problemas de salud crónicos o de larga duración para mayores de 15 años en Cataluña por sexo y ordenados de mayor a menor frecuencia.	29
Tabla 2. Líneas estratégicas de los planes de cronicidad	44
Tabla 3. Costes de la enfermedad mental en España	49
Tabla 4. Tabla resultados búsqueda Planes de Salud y de Cronicidad	80
Tabla 5. Evolución del diseño e implementación de la planificación de salud.	81
Tabla 6. Revisión planes de salud foco cronicidad.	82
Tabla 7. Cuestionario para el análisis cualitativo de los planes de salud	84
Tabla 8. Resultados cuestionario análisis PdS cronicidad y salud mental.	92
Tabla 9. Cuestionario Delphi	109
Tabla 10. Perfil usuario estudio	111
Tabla 11. Colores indicadores resultados Delphi	112
Tabla 12. Resultados de consenso por media y mediana. Verde para “consenso óptimo”, naranja para “consenso bajo” y rojo para “no consenso”.	113
Tabla 13. Resultados pregunta 1 y 2 por ámbito participantes	114
Tabla 14. Resultados pregunta 3 y 4 por ámbito participantes	115
Tabla 15. Análisis de la varianza comparando la factibilidad de los 3 grupos.	116
Tabla 16. Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre grupos de edad en factibilidad.	116
Tabla 17. Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre grupos de edad en priorización.	116
Tabla 18. Resultados pregunta 5 y 6 por ámbito participantes	117
Tabla 19. Resultados pregunta 7 y 8 por ámbito participantes	118
Tabla 20. Análisis de la varianza comparando la factibilidad de los 3 subgrupos.	119
Tabla 21. Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre grupos de edad en prioridad.	119
Tabla 22. Resultados pregunta 9 y 10 por ámbito participantes	120
Tabla 23. Resultados pregunta 11 y 12 por ámbito participantes	121
Tabla 24. Resultados pregunta 13 y 14 por ámbito participantes.	122

Tabla 25. Resultados pregunta 15 y 16 por ámbito participantes.	123
Tabla 26. Resultados pregunta 17 y 18 por ámbito participantes	124
Tabla 27. Resultados pregunta 19 y 20 por ámbito participantes	125
Tabla 28. Resultados pregunta 21 y 22 por ámbito participantes	126
Tabla 29. Resultados pregunta 23 y 24 por ámbito participantes	127
Tabla 30. Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre sexos en prioridad.	127
Tabla 31. Resultados pregunta 25 y 26 por ámbito participantes	128
Tabla 32. Resultados pregunta 27 y 28 por ámbito participantes	129
Tabla 33. Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre grupos en factibilidad.	129
Tabla 34. Análisis de la varianza comparando la priorización de los 3 subgrupos.	130
Tabla 35. Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre sexos en priorización.	130
Tabla 36. Resultados pregunta 29 y 30 por ámbito participantes	131
Tabla 37. Resultados pregunta 31 y 32 por ámbito participantes	132
Tabla 38. Guion entrevista semiestructurada.	149
Tabla 39. Codificación de contenidos de la entrevista.	153
Tabla 40. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 1 y 2.	237
Tabla 41. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 1 y 2	238
Tabla 42. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 3 y 4	239
Tabla 43. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 3 y 4	239
Tabla 44. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 5 y 6.	240
Tabla 45. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 5 y 6	241
Tabla 46. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 7 y 8.	242
Tabla 47. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 9 y 10.	243
Tabla 48. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 9 y 10.	243
Tabla 49. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 11 y 12.	244
Tabla 50. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 11 y 12.	244
Tabla 51. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 15 y 16.	245

Tabla 52. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 17 y 18.	246
Tabla 53. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 17 y 18.	246
Tabla 54. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 19 y 20.	247
Tabla 55. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 21 y 22.	247
Tabla 56. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 23 y 24.	248
Tabla 57. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 25 y 26.	248
Tabla 58. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 27 y 28.	249
Tabla 59. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 29 y 30.	250
Tabla 60. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 31 y 32.	250
Tabla 61. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 31 y 32.	250

Índice de figuras

Figura 1. Adaptado. Indicadores Demográficos Básicos (total Nacional)	31
Figura 2. Comparativa defunciones con nacimientos. Recuperado de epdata: Población en España hoy: inmigrantes, emigrantes y otros datos sobre los habitantes de España.	31
Figura 3. Pirámide población de España.	32
Figura 4. Porcentaje de población a 1 de enero. Por grupos de edad. Cataluña. 1981-2020	32
Figura 5. Tasa bruta de crecimiento total de la población. Cataluña y España.	33
Figura 6. Pluripatología por edad.	34
Figura 7. Distribución de DALYs en enfermedades crónicas por grupos de edad en España	35
Figura 8. Chronic Care Model de Wagner.	40
Figura 9. Modelo Kaiser	42
Figura 10. Población según país con problemas de salud mental como ansiedad, depresión, bipolar y esquizofrenia, consumo de sustancias y otros	47
Figura 11. La superposición entre las enfermedades crónicas y los problemas de salud mental en la población de Inglaterra	51
Figura 12. Metodologías utilizadas en la elaboración de esta tesis	73
Figura 13. Cadena de conceptos de búsqueda en bases de datos	78
Figura 14. Proceso selección para la inclusión en estudio	79
Figura 15. Fases investigación	79
Figura 16. Evolución de los planes de salud y de los motores de cambio.	94
Figura 17. Resultados pregunta 1 y 2. Extraído plataforma SmartDelphi.	114
Figura 18. Resultados pregunta 3 y 4. Extraído plataforma SmartDelphi.	115
Figura 19. Resultados pregunta 5 y 6. Extraído plataforma SmartDelphi.	117
Figura 20. Resultados pregunta 7 y 8. Extraído plataforma SmartDelphi.	118
Figura 21. Resultados pregunta 9 y 10. Extraído plataforma SmartDelphi.	120
Figura 22. Resultados pregunta 11 y 12. Extraído plataforma SmartDelphi.	121
Figura 23. Resultados pregunta 13 y 14. Extraído plataforma SmartDelphi.	122

Figura 24. Resultados pregunta 15 y 16. Extraído plataforma SmartDelphi.	123
Figura 25. Resultados pregunta 17 y 18. Extraído plataforma SmartDelphi.	124
Figura 26. Resultados pregunta 19 y 20. Extraído plataforma SmartDelphi.	125
Figura 27. Resultados pregunta 21 y 22. Extraído plataforma SmartDelphi.	126
Figura 28. Resultados pregunta 23 y 24. Extraído plataforma SmartDelphi.	127
Figura 29. Resultados pregunta 25 y 26. Extraído plataforma SmartDelphi.	128
Figura 30. Resultados pregunta 27 y 28. Extraído plataforma SmartDelphi.	129
Figura 31. Resultados pregunta 29 y 30. Extraído plataforma SmartDelphi.	131
Figura 32. Resultados pregunta 31 y 32. Extraído plataforma SmartDelphi.	132

1. Introducción

Los avances diagnósticos y terapéuticos, las mejores condiciones de vida, y los cambios sociales en cuanto a expectativas en salud han cambiado por completo el panorama sanitario respecto a unas décadas atrás. Una atención sanitaria cada vez más tecnificada, un mayor acceso poblacional a la salud, el aumento de la esperanza de vida y del número de habitantes, el mejor manejo de la multimorbilidad, así como el incremento de los costes sanitarios, son factores que han remodelado los sistemas sanitarios occidentales, y han obligado a los gestores sanitarios a racionalizar y repensar la distribución y justificación de los recursos.

Por otro lado, la crisis sanitaria generada por la pandemia de la enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) ha provocado que la atención a las enfermedades crónicas se haya visto agravada debido al abordaje reactivo de la crisis y en las decisiones de coste oportunidad tomadas; además de reflotar las carencias de las políticas de abordaje de la cronicidad en un momento como el que se ha vivido.

La atención a personas con enfermedades crónicas se ha convertido en el gran reto del sistema sanitario de los últimos años, y seguirá siendo un desafío en los años venideros. Tanto a nivel internacional como nacional, la cronicidad está en todas las mesas de decisión de estrategias sanitarias ya que es el factor que más consumo de recursos sanitarios y humanos está generando. Por lo general, las administraciones sanitarias de nuestras comunidades autónomas han desarrollado políticas o planes de abordaje de la cronicidad, entendiendo la relevancia que para los sistemas de salud supone este reto. Es en este punto en el que se hace necesario analizar cuál es el grado de implantación de estas políticas o planes y cuáles son las perspectivas de futuro.

Según Espallargues, M. et al (2016)(1) la sostenibilidad de la atención a la cronicidad requiere promover intervenciones rentables que impacten en todo el sistema de salud, no solo en el grupo de personas que reciben atención. Esto implica evaluar los resultados de la atención, de los procesos y la adherencia a las actividades protocolizadas, y considerar los beneficios y daños percibidos de la atención para los usuarios y los cuidadores. La evaluación de las intervenciones médicas en cronicidad debe considerar todo el ciclo de atención, no solo sus elementos individuales; es decir, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, el seguimiento y la atención paliativa, entre otros.

El aumento de la esperanza de vida es el resultado de grandes avances en nuestra sociedad actual. La potabilización del agua, la mejora de las condiciones higiénicas (el lavado de manos,

la red de saneamiento de aguas fecales domiciliaria, la gestión de los residuos, etc.), el mayor acceso a los alimentos, el control alimentario, la termorregulación en las viviendas, entre otros factores, sumado a las mejoras socio-sanitarias, médicas y tecnológicas, han mejorado sustancialmente la salud de las personas, por ejemplo, mediante el control en patologías epidémicas a través de vacunas o mejorando determinantes en salud. Estos factores son clave en el aumento de la supervivencia media de la población.

Si bien un 12% de la población menor de 16 años sufre patologías crónicas, la cronicidad está muy vinculada al envejecimiento. Después de los 60 años la probabilidad de sufrir una patología crónica aumenta considerablemente debido a una pérdida gradual del estado de salud, y con ello, la aparición de enfermedades como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias, demencia y cáncer(2).

Esta relación entre envejecimiento y cronicidad debido a que la mayoría de las enfermedades crónicas están asociadas con el proceso de envejecimiento, y teniendo en cuenta el envejecimiento de nuestra población, hace que la gestión de estas patologías se convierta en uno de los grandes retos de los sistemas sanitarios.

Según artículo de Ngo et al (2013)(3) es importante integrar la salud mental en la agenda de las enfermedades crónicas. La importancia de la enfermedad mental ha sido infravalorada en parte debido a la compleja relación entre la salud mental y la enfermedad orgánica. Además, los factores de riesgo modificables para la cronicidad, como una mala alimentación, sedentarismo, tabaquismo y consumo de alcohol se ven agravados por la enfermedad mental. Por lo tanto, la presencia de patología mental aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad crónica.

La salud mental se ha ignorado en las políticas de cronicidad, lo que ha llevado a un enfoque fragmentado y con dificultades para conseguir el abordaje integral e integrado fundamental para atender adecuadamente a las personas. Es esencial abordar este problema para mejorar la efectividad de la atención médica y reducir los costos asociados (3,4).

1.1 Cronicidad

1.1.1 Concepto y epidemiología de la cronicidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermedad crónica como aquella afección de evolución larga y de progresión lenta, que causa limitaciones en la calidad de vida, a nivel económico, psicológico y social, para la persona, familiares y sociedad en general(5).

Por otro lado, TERMCAT define el término "cronicidad" como "el conjunto de problemas de salud crónicos y de los efectos que producen sobre las personas o sobre grupos poblacionales, su entorno, el sistema sanitario y la sociedad en general"(6,7).

Las enfermedades crónicas se pueden llegar a controlar, pero por definición, no tienen cura. Aunque no hay un fundamento etiopatogénico sobre el plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica, se considera que, por lo general, es la que tiene 3 meses o más de duración(8,9).

Las patologías crónicas predominantes, en mayores de 16 años son, grosso modo, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la demencia, las enfermedades respiratorias y la diabetes(10). Si bien muchas de estas enfermedades tienen una predisposición genética, también es cierto que existen factores de riesgo y determinadas exposiciones, directamente relacionados con determinantes de salud comunes, sobre los cuales se pueden aplicar medidas de promoción y prevención de la salud(5). De este modo, factores como el tabaquismo, abuso de consumo de alcohol, dieta con exceso de grasas saturadas, y el sedentarismo, son factores de riesgo modificables y sobre los cuales, los planes de cronicidad debieran generar un impacto significativo. También influyen ciertos determinantes sociales, como condiciones de vida y laborales, educación y nivel de ingresos(5). En menores de 14 años, las patologías crónicas más prevalentes son las alergias crónicas, asma y trastornos de conducta, aunque muchas de las enfermedades de la vida adulta, como la arteriosclerosis, comienzan a gestarse ya en la infancia(11).

1.1.2 Datos de prevalencia de la cronicidad

Se asume que las causas responsables de la “epidemia” de cronicidad que está afectando a los sistemas sanitarios de todo el mundo serían las siguientes(12):

- Envejecimiento de la población que incrementa la identificación de patologías crónicas (12,13).
- La reducción de los umbrales de diagnóstico de este tipo de patologías, que provoca un aumento de su prevalencia (14).
- El tratamiento de patologías crónicas que se centra en la prevención con el objetivo de evitar complicaciones futuras. El estudio de Ioannidis, J.P. (2014)(15) muestra el ejemplo de las estatinas como prevención primaria de colesterol, en el que la American College of Cardiology/American Heart Association estima que cerca de 1.000 millones de personas necesitarían tratamiento, lo que supone un impacto en los sistemas sanitario de aproximadamente un billón de dólares en 2020 (16).
- Gran parte de las enfermedades crónicas están influenciadas por los hábitos alimentarios y los estilos de vida actuales, que cada vez son más frecuentes en todos los países del mundo (12).

Teniendo en cuenta estos puntos, podemos decir que prácticamente casi toda la población adulta es potencialmente susceptible de sufrir una enfermedad crónica, aunque sea sólo con fines de prevención(12). Esto implica un gran coste para los sistemas sanitarios.

Según datos de la OMS, las enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles (ENT) son responsables del 71% de las muertes que se producen en un año a nivel mundial, lo que correspondería a unos 41 millones de muertes (17).

Se calcula que cada año mueren 15 millones de personas de entre 30 y 69 años por muertes prematuras ocasionadas por ENT. El 85% de estas muertes suceden en países de ingresos bajo y medianos (17).

Las enfermedades cardiovasculares, oncológicas, respiratorias y la diabetes son responsables de casi el 80% del total de muertes producidas por enfermedades no transmisibles, siendo las de mayor impacto las cardiovasculares con aproximadamente 17,9 millones de ellas (17).

La evolución de la pirámide poblacional mundial está sufriendo un incremento en el rango de mayores de 65 años, ocasionado por la nueva realidad social, nuevos estilos de vida y las nuevas tecnologías sanitarias. Esto implica un mayor porcentaje de población envejecida lo que supone tener más habitantes con riesgo de sufrir patologías crónicas, multimorbididades y pluripatologías. Esta situación difiere según el desarrollo económico, tecnológico y de acceso a servicios de sanitarios que disponga el país para sus ciudadanos (13).

Otro dato importante es el consumo de fármacos. El 88,9% de los mayores de 65 años toman algún tipo de medicamento, llegando al 93,4% en las personas mayores de 75 años. Esto implica que el 94% de las personas con enfermedades crónicas estén polimedicadas (18).

En Europa, el envejecimiento de la población es uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios para mantener su sostenibilidad (13). En 2020, un 21% de la población europea tenía más de 65 años, cifra similar al 20% de España (19,20). Se espera que esta tendencia siga en aumento, con un incremento progresivo del envejecimiento hasta llegar a representar un tercio de la población total (19).

No se dispone de una cifra precisa de personas con enfermedad crónica en España, y las cifras divergen en las diferentes estadísticas publicadas. Se estima que alrededor de unos 19 millones de personas en España sufren de alguna enfermedad crónica, siendo más prevalentes en mujeres con un 59,1% que en hombres con un 49,3% (11,21). Esta cifra puede variar según la fuente y el criterio utilizado para definir lo que se considera una enfermedad crónica.

El envejecimiento es un factor determinante en el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas. La acumulación de factores de riesgo a lo largo de la vida, como el sedentarismo, la mala alimentación, el tabaquismo, consumo de alcohol y factores ambientales también pueden aumentar la pluripatología y comorbilidades (22, 23). Esto agrava la situación de la persona y complica su tratamiento y seguimiento.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) se prevé que para el año 2066 un 34,6% de la población española tendrá más de 65 años. Este cambio a nivel demográfico tendrá un alto impacto tanto a nivel social como sanitario, lo que hace necesario implementar políticas integrales para satisfacer las necesidades de estas personas (24).

1.1.3 La prevalencia de la cronicidad en Cataluña

El número de personas con enfermedad crónica en Cataluña es elevado y sigue creciendo según datos recientes (25). La *“Enquesta de salut de Catalunya (ESCA 2021)”* (26) indica que un 37,9% de la población mayor de 15 años tiene una enfermedad crónica o de larga duración. Los hombres tienen menos problemas de salud crónicos con un 32,6% mientras las mujeres estarían en un 43,0%. La probabilidad de sufrir una patología de tipo crónico aumenta con la edad, siendo más alta a partir de los 65 años cuando los porcentajes se aproximan al 70% (26).

La cronicidad, a parte del factor edad y sexo, también se ve influenciada por la clase social y nivel de estudios. En Cataluña, el porcentaje de personas con enfermedades crónicas en las clases más desfavorecidas es del 39,7%, mientras que en las clases más favorecidas es del 31,7%. Asimismo, se observa una diferencia de 26 puntos porcentuales en cuanto a nivel de estudios: el 31,2% de las personas con enfermedades crónicas poseen estudios universitarios, mientras que el 56,7% tiene estudios primarios o ningún tipo de formación académica (26).

La tabla 1 detalla las patologías con mayor prevalencia según sexo. A excepción de la tensión arterial, las mujeres presentan una mayor prevalencia en todas las enfermedades en comparación con los hombres (26).

Tabla 1. Principales enfermedades o problemas de salud crónicos o de larga duración para mayores de 15 años en Cataluña por sexo y ordenados de mayor a menor frecuencia.

Frecuencia (de mayor a menor)	Hombres	Mujeres
1	Enfermedades del aparato circulatorio: tensión arterial alta y colesterol elevado.	Enfermedades del aparato locomotor: dolor de espalda crónico lumbar o dorsal, dolor de espalda crónico cervical y artrosis.
2	Enfermedades del aparato locomotor: dolor de espalda crónico lumbar o dorsal, dolor de espalda crónico cervical y artrosis.	Enfermedades del aparato circulatorio (especialmente, tensión arterial alta)
3	Alergias crónicas	Ansiedad
4	Ansiedad	Migrañas o dolores de cabeza frecuentes
5	Diabetes	Depresión
6	Depresión	Alergias crónicas

* Fuente: Datos recopilados de la Dirección General de planificación en Salud. En el informe *“Los comportamientos relacionados con la salud y el uso de servicios sanitario en Cataluña, 2021.”* (26).

En el rango de edad de 0 a 14 años, la prevalencia de enfermedades crónicas en Cataluña sería del 13,6%. En esta franja de edad, no se observan diferencias significativas respecto a sexos o clases sociales (27). Sin embargo, sí que se observan diferencias en aquellos niños cuyos padres tienen diferentes niveles de estudios: la prevalencia es del 10% en niños con progenitores con estudios universitarios, en comparación con el 19,5% en niños con progenitores con estudios primarios (26).

1.1.4 Impacto de la cronicidad en la población

La cronicidad representa un gran desafío para nuestro sistema sanitario y social, ya que pone a prueba su capacidad para gestionarlo de manera sostenible sin comprometer la calidad de la atención a la persona. Por lo tanto, las políticas de salud deben realizar un seguimiento exhaustivo de la progresión y las tendencias de las enfermedades crónicas y sus riesgos, con el fin de encontrar nuevas formas de abordar esta problemática de manera efectiva(28).

Para abordar el impacto de las enfermedades crónicas, es necesario un enfoque global que integre la salud, las finanzas, los servicios sociales, la educación, el ámbito laboral, entre otros aspectos. Esto permitirá promover intervenciones que prevengan y controlen el impacto que estas patologías pueden tener en la sociedad(28).

Según las estimaciones, las cuatro enfermedades no transmisibles más prevalentes (diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedad pulmonar crónica) así como la salud mental, generarán pérdidas económicas mundiales acumuladas por un total de 47 billones de dólares en 2030 (29). Según Watkins et al (2022)(30) el costo de financiar la atención médica de este tipo de enfermedades y lograr el objetivo de desarrollo sostenible será de alrededor de 140 mil millones de dólares en nuevos gastos durante el período 2023-2030.

En 2017 el gasto medio per cápita fue de 33 dólares, siendo el 60% de los costes pagados de forma privada, lo que a su vez afectaría a millones de personas dejándolas por debajo del umbral de la pobreza(30,31).

En comparación con los países de ingresos altos, los países de rentas bajas soportan una carga financiera mucho mayor para la atención sanitaria, ya que más de 150 millones de personas sufren cada año gastos inesperados y catastróficos por servicios de salud costosos, lo que puede afectar negativamente a la economía y a la salud de miles de familias(31,32).

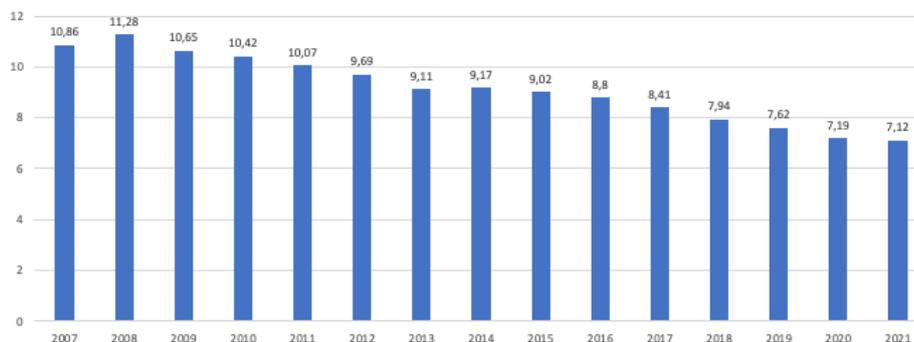
Las economías se ven afectadas por los costes directos e indirectos de este tipo de patologías. Reducen la productividad, aumentan costes a nivel de subsidios, de atención médica con complicaciones graves, discapacidades y muerte(31).

Las condiciones de salud mental, por sí solas, supondrán una pérdida de 16,1 billones de dólares adicionales durante este período, con un impacto significativo en la productividad y la calidad de vida(29).

España ha vivido en las últimas décadas un aumento importante de la esperanza de vida. Se ha pasado entre 1997 y 2017 de 75,3 a 80,4 años en hombres y de 82,2 a 85,7 en mujeres(33). Hoy en día, España se posiciona como uno de los países europeos con mayor esperanza vida, superando a Suecia, Holanda y Dinamarca(34).

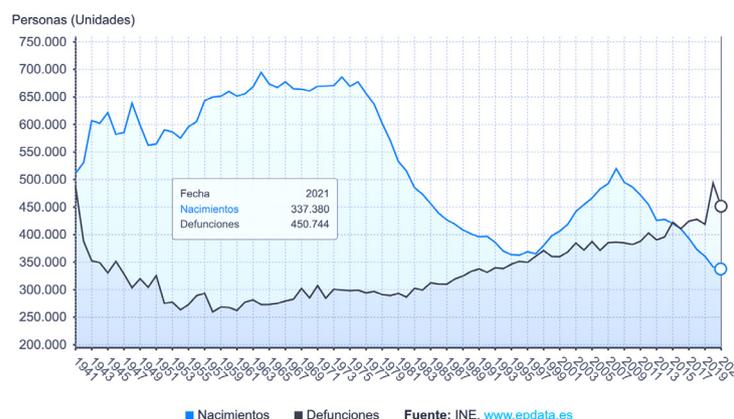
Este aumento de la esperanza de vida se acompaña, en sentido contrario, de una caída de la tasa de natalidad, que ha pasado de un 10,1 (nacido por 1000 habitantes) en 2008 a un 7,12 en 2022(35).

Figura 1.- Adaptado. Indicadores Demográficos Básicos (total Nacional). Recuperado de INE (Instituto Nacional de Estadística) 2022 (35).



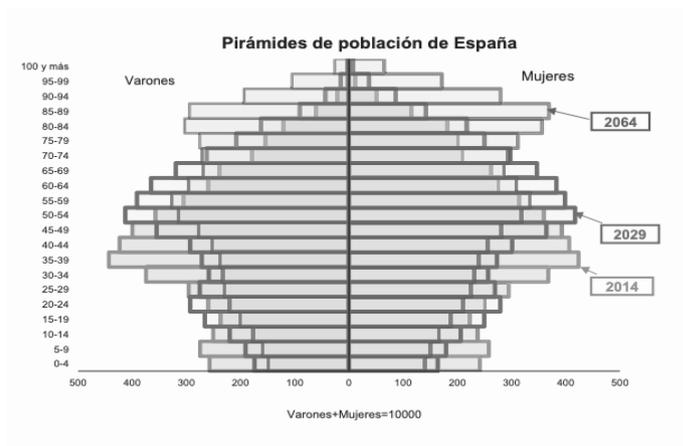
A modo de ejemplo, en los seis primeros meses de 2018 murieron 226.384 personas, mientras que tan sólo nacieron 179.794, determinando que el crecimiento vegetativo tenga una tendencia negativa (36).

Figura 2. Comparativa defunciones con nacimientos. Recuperado de epdata: Población en España hoy: inmigrantes, emigrantes y otros datos sobre los habitantes de España (36).



Considerando el crecimiento negativo, y el incremento en la esperanza de vida, se vislumbra un proceso de envejecimiento de la población que se traducirá en una inversión de la pirámide demográfica (37).

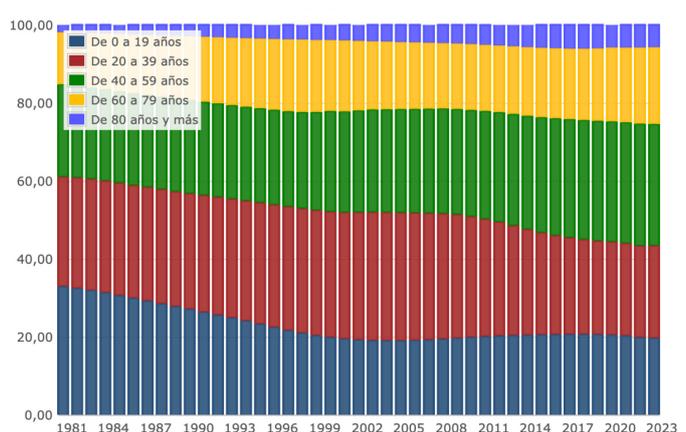
Figura 3. Pirámide población de España. Recuperado de INE (Instituto Nacional de Estadística) 2019(37).



1.1.5 Impacto de la cronicidad en la población de Cataluña

En Cataluña, se experimenta un impacto poblacional similar al que se puede observar en el resto de España en términos de cronicidad. El incremento en la esperanza de vida implica un aumento en el número de personas de edad avanzada, lo que a su vez implica un incremento en las enfermedades crónicas y degenerativas dentro de este grupo poblacional. Aunque se prevé que la tasa de natalidad siga siendo baja debido a la disminución de mujeres en edad fértil y a la tendencia general a tener menos hijos, se espera que la población de Cataluña siga creciendo, alcanzando alrededor de 8,1 millones en el 2023 (38).

Figura 4. Porcentaje de población a 1 de enero. Por grupos de edad. Cataluña. 1981-2020 (Fuente: Idescat. Estimaciones de población)



La población catalana seguirá envejeciendo y el total dependerá del flujo de migración que vaya asentándose en el territorio. En la figura 4 podemos ver el porcentaje de población en Cataluña a 1 enero por grupo edad. Según las proyecciones del Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT) en el período de 2018 – 2030, el grupo de edad de más de 65 años pasará de 1,4 millones en 2018 (el 18,8% de la población) a 1,78 millones en 2030 (el 22,3% de la población),

y a 2,6 millones en 2060. Con este envejecimiento se incrementará la multimorbilidad, la cronicidad, la dependencia y las necesidades sociales(25,38). En la figura 5 se muestra comparativa de la tasa bruta de crecimiento total de la población de datos de España y Cataluña.

Figura 5. Tasa bruta de crecimiento total de la población. Cataluña y España. 2000-2021. (Fuente Cataluña: Idescat. / Fuentes España: INE.)



Es importante señalar que actualmente existe una epidemia de soledad no deseada entre las personas mayores, la cual está cada vez más presente, afectando especialmente a las mujeres. Este fenómeno tiene un gran impacto a nivel personal, social y sanitario, ya que provoca un aumento en las necesidades complejas relacionadas con la pluripatología prevalente, así como un incremento significativo en las desigualdades sociales(25). En Cataluña, se estima que hay 780.500 personas que viven solas, de las cuales el 42,8% son mayores de 65 años (27,39). Se estima que alrededor de 175.000 personas mayores de 65 años experimentan soledad no deseada en Cataluña (27).

Al igual que en el resto de los territorios, en Cataluña se vuelve una prioridad el trabajar en los estilos de vida, tanto individuales como colectivos. La mayoría de los problemas de salud crónicos están vinculados a nuestros hábitos de vida, tales como el consumo de tabaco, la obesidad, entre otros (23). Por ejemplo, en Cataluña en 2020 se calculó que más de la mitad de la población entre 18 y 74 años tenía sobrepeso (58,8% hombres y 42,4% mujeres) (40)

A nivel económico, se observa un incremento de la vulnerabilidad económica, lo que ha generado un mayor riesgo de pobreza y/o exclusión social entre la población. De acuerdo con el "Pla d'atenció Integrada social i sanitària" (PAISS 2020)(41), en el año 2020 se registró un total de 1.831.000 personas (el 24,7% de la población) en situación de riesgo de exclusión. Los índices más elevados de pobreza se concentran en grupos específicos de población tales como las mujeres, personas jóvenes, individuos con bajo nivel educativo, desvinculados del mercado laboral, con nacionalidad extranjera y hogares monoparentales. Estos grupos están en una situación más vulnerable frente a cambios económicos y sociales, lo que les hace más propensos a experimentar situaciones de exclusión social y económica (27).

1.1.6 Enfermedades crónicas complejas. Comorbilidad y pluripatología

Una característica propia de la cronicidad en la etapa adulta, a diferencia de la cronicidad en la infancia o adolescencia, es que la persona con patologías crónicas suele sufrir más de una enfermedad al mismo tiempo; las enfermedades crónicas del adulto difícilmente se presentarán de forma aislada, y es muy habitual que coincidan en tiempo y persona (42). A este concepto se le llama pluripatología o multimorbilidad, relacionado con la sumatoria de las comorbilidades.

El término "multimorbilidad o pluripatología" hace referencia a una persona que sufre diversas enfermedades que coinciden a lo largo del tiempo(43). Según TERMCAT: "Coincidencia en una persona de dos o más problemas de salud, generalmente crónicos." (6)

El término "comorbilidad" denota coexistencia de 2 o más enfermedades en un contexto donde una de ellas se toma como patología de referencia, ya sea por la trascendencia en los síntomas y la calidad de vida del paciente, o, más frecuentemente, porque el punto de vista se coloca en esta enfermedad, y se consideran las otras desde un enfoque adicional o complementario(43,44). TERMCAT la define como: "Coincidencia en una persona de uno o más problemas de salud crónicos adicionales a otro problema de salud, a menudo también crónico, que se considera principal o que es el objeto de estudio."(6)

A modo de ejemplo, para un endocrinólogo, la diabetes que sufre el paciente será la enfermedad principal y la cardiopatía isquémica será una comorbilidad, mientras que para el cardiólogo de la misma persona será a la inversa.

A mayor edad, hay una mayor prevalencia de pluripatología(45) (Figura 6).

Figura 6. Pluripatología por edad. Recuperado de Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, reasearch, and medical education: a cross-sectional study. Barnett, K. (2012) (45).

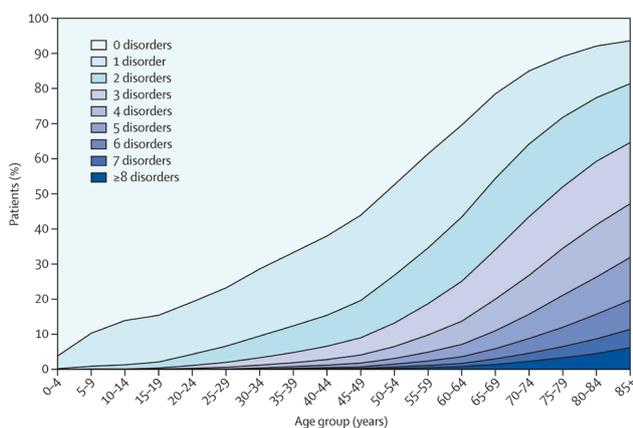
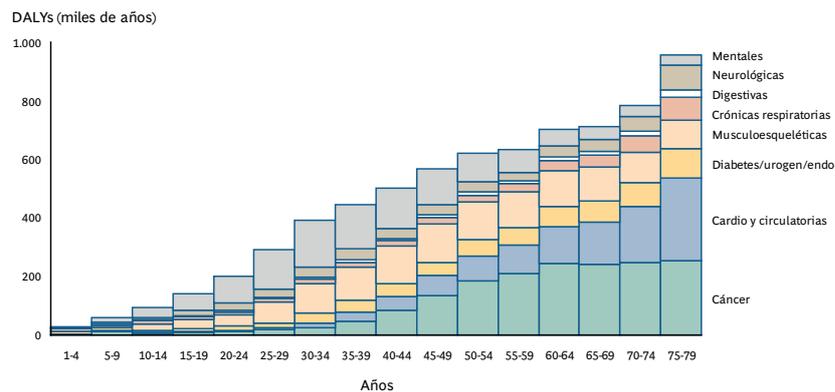


Figura 7. Distribución de DALYs en enfermedades crónicas por grupos de edad en España. Recuperado de Informe Cronos: hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos 2014(34)



Nota: DALY medida compuesta del estado de salud en el que se combinan el tiempo perdido por mortalidad prematura (años de vida perdidos o AVP) y el tiempo vivido con una discapacidad (años vividos con discapacidad o AVD)
Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation

Existe evidencia de que ciertas enfermedades crónicas tienen una tendencia a agruparse en clústeres (patrones específicos de enfermedades). Un ejemplo, sería la combinación de tabaquismo con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad coronaria isquémica común en algunas personas(46).

La identificación de patrones de enfermedades crónicas es fundamental para la planificación y provisión de servicios. Con esta información los proveedores de salud pueden elaborar planes más eficaces y anticiparse a las necesidades de atención médica futura de la población (27,47–49).

Aunque la agrupación de enfermedades en clústeres es más común en grupos de edad avanzados. En Orueta et al (2013)(47) destacan que en personas con bajo nivel socioeconómico y con enfermedad mental todavía es más habitual la coexistencia de múltiples enfermedades físicas. Esto recuerda la importancia de identificar los factores de riesgo adicionales como, por ejemplo: obesidad, sedentarismo, tabaquismo y educación, que puedan contribuir a la agrupación de enfermedades crónicas en poblaciones vulnerables y personas con enfermedad mental(44,47,48). La identificación y comprensión de estos factores de riesgo adicionales se hace fundamental para abordar de forma efectiva la agrupación de enfermedades crónicas.

1.1.7 Paciente crónico complejo y modelo de atención a la cronicidad avanzada

Un paciente crónico complejo (PCC) se refiere a un individuo cuya gestión clínica es considerada especialmente difícil por parte de sus profesionales de referencia, según definición de Blay et al (2017)(50). Esta dificultad se basa en el juicio clínico y, por lo tanto, implica una complejidad percibida en el manejo de la persona y la respuesta adecuada a sus necesidades en salud.

En el documento “Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas” de Blay et al (2017)(50), se identifican los siguientes criterios de estratificación de un PCC:

- Criterios relacionados con la propia persona: perfil de morbilidad, sintomatología y tipo de crisis, características evolutivas y consumo de recursos, especialmente en franjas extremas de edad.
- Criterios que dependen de los profesionales: multidisciplinariedad, transiciones frecuentes, riesgo de exposición a criterios asistenciales discrepantes o a situaciones de incertidumbre clínica.
- Criterios del entorno: situaciones psicosociales adversas o condicionantes sistémicos.

Por lo tanto, la complejidad social afecta a la morbilidad sanitaria al dar lugar a necesidades en tres ámbitos de la vida de la persona: necesidades instrumentales y materiales, necesidades relacionales y familiares y necesidades en términos de autonomía.

Además, el objetivo del Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada (MACA) es proporcionar atención a personas que tienen una condición de complejidad asociada a un pronóstico de vida limitado, una aproximación paliativa significativa y en aumento, y la planificación de decisiones anticipadas (PDA) como un proceso deliberativo central(50).

La prevalencia poblacional de la complejidad se estima en alrededor del 5%, de los cuales el 4 % correspondería al concepto PCC y un 1% al (MACA)(50).

Los pacientes PCC, MACA y terminales son inclusivos, ya que la persona en fase terminal presenta una forma más avanzada de la condición de paciente MACA, de manera similar a como la condición MACA representa una progresión del PCC(50).

1.1.8 Impacto económico de la cronicidad en el sistema sanitario

La reforma de la atención primaria se inició en 1984, en un momento en que el sistema sanitario estaba diseñado para atender a personas con patología aguda con una esperanza de vida considerablemente inferior. Uno de los objetivos de esta reforma es reducir las hospitalizaciones innecesarias y las visitas a urgencias a través de una mejor gestión de las enfermedades crónicas y de la atención preventiva. El objetivo es abordar una realidad muy diferente hasta ese momento, con una sociedad más envejecida y enferma, con demandas y expectativas cambiantes de la sociedad española de hace unas décadas(51,52).

A medida que aumenta el número de enfermedades crónicas que padece un individuo, el coste para el sistema sanitario se incrementa significativamente debido a la necesidad de una atención médica más intensiva y a la posibilidad de complicaciones(53).

Frecuentemente, las enfermedades crónicas generan problemas de limitación funcional y, por ende, de dependencia. Los planes de cronicidad deben tener en cuenta las repercusiones de la enfermedad, más allá de las directamente médicas. Se han de considerar todas aquellas prestaciones que deben ofrecer los sistemas públicos, que van más allá de las puramente sanitarias, y así poder cubrir de forma global todas las necesidades de la persona(34).

Un individuo con nueve o más enfermedades crónicas consume 47 veces más recursos que un paciente no crónico(34).

Esta situación obliga a pensar en una readaptación de los sistemas sanitarios, y hace que sea necesario un abordaje diferente de la enfermedad, basado en un buen control y seguimiento de las diversas patologías crónicas que padece. Este cambio de paradigma requiere un abordaje integral e integrado, y una modificación del rol de los hospitales de agudos, dando protagonismo a la primaria en el control de las enfermedades crónicas, aprovechando las nuevas tecnologías e invirtiendo en servicios sociales(54,55).

La consecuencia de lo mencionado anteriormente es que los sistemas de salud deben buscar soluciones para conseguir una transformación global que aborde las nuevas necesidades de las personas, familiares-cuidadores, y de los profesionales sanitarios de forma satisfactoria, y que mantenga la sostenibilidad del sistema sanitario(56). A pesar de los recortes presupuestarios, es necesaria una profunda transformación conceptual del sistema para satisfacer las necesidades de la población, asegurar la calidad y garantizar la sostenibilidad(57).

1.1.9 Impacto económico de la cronicidad en el conjunto de España

Dadas las circunstancias descritas, tanto a nivel nacional como en las comunidades autónomas (CCAA), se han llevado a cabo en los últimos años políticas y estrategias de abordaje de este perfil de persona más prevalente, con el fin de lograr una gestión adecuada de la cronicidad, tanto a corto como a largo plazo(58).

Se potencia el concepto de “triple aim” de Berwick et al (2008)(59) que afirman que para mejorar el sistema es necesario lograr tres objetivos de forma simultánea. Estos serían:

- 1) mejorar la experiencia de la atención
- 2) mejorar la salud de las poblaciones
- 3) reducir los gastos por persona en atención sanitaria.

Según afirma Berwick, únicamente alcanzando el equilibrio de estos tres objetivos podemos mejorar la atención sanitaria de una población.

Actualmente, ya está hablando del “cuadruple aim”. Autores como Bodenheimer, T. et al (2022) (60) afirman un creciente burnout entre los profesionales sanitarios, y para una correcta gestión se debería incluir en la ecuación como cuarto objetivo la satisfacción del profesional(60,61).

Por lo tanto, las estrategias y políticas de las CCAA establecen objetivos y recomendaciones para la organización y gestión de los servicios sanitarios públicos, con la finalidad de conseguir mejores resultados en salud de la población y, a su vez, asegurar la sostenibilidad del sistema. Se enfatiza en el abordaje integral de la persona con patología crónica, mediante el desarrollo de protocolos y guías de actuación dirigidas a la prevención, el diagnóstico precoz y el control de las patologías crónicas, con el fin de evitar las descompensaciones y los ingresos hospitalarios(46,55). Todo ello se realiza teniendo en cuenta las limitaciones existentes, como los recursos humanos y materiales, costes sanitarios, gasto farmacéutico y presupuestos limitados.

El objetivo último es mantener un nivel de salud y bienestar óptimos, con un coste asumible para la población.

A pesar de la conciencia general sobre la necesidad de cambio, todavía hay personas dentro del sistema que consideran que el abordaje actual de agudos sigue siendo apropiado para los crónicos(57). Por lo tanto, el cambio hacia una organización centrada en pacientes crónicos debería ser planificada estratégicamente, ya que afectará la asignación de recursos económicos y humanos; sin embargo, es un proceso complejo, debido a la poca flexibilidad en la distribución de éstos(57,62).

1.1.10 Impacto económico de la cronicidad en Cataluña

Según datos del *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*, el 80% del gasto sanitario en Cataluña se destina a la gestión de enfermedades crónicas. Además, el 50% de las personas hospitalizados tienen una o más enfermedades crónicas(27,63).

Según el estudio de Vela et al (2019)(63), en población catalana con enfermedad crónica, el coste medio por enfermedad en personas con cronicidad se calculó de la siguiente manera: para aquellos con una enfermedad crónica (22,2% del total), el coste medio anual fue de 413€; para aquellos con cinco enfermedades crónicas (5,4% de la población), el coste fue de 2.413€; para aquellos con diez enfermedades crónicas (0,2% de la población), el coste fue de 9.626€; y para aquellos con trece enfermedades crónicas (0,02% de la población), el coste fue de 18.780€.

Según el mismo estudio, el coste medio varía en función de la enfermedad: desde 2.854 € para personas con depresión severa hasta 8.097 € para individuos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Las personas con diabetes tienen el segundo coste unitario más bajo (3.149€), pero representan la población con el gasto total más alto (1.763 M€). Los individuos con VIH tienen el tercer costo total más bajo, a pesar de tener el costo promedio más alto.

La concentración del gasto en personas con múltiples enfermedades crónicas ha sido documentada en varios estudios. Esta población se conoce como *high need, high cost*(63–65). Según

un estudio de Santaeugènia et al (2021) reveló que los PCC tenían todas las comorbilidades esperadas de acuerdo con sus condiciones subyacentes y utilizaban los servicios de salud con mayor frecuencia y riesgo (63%) que las poblaciones sin PCC (23%) ajustado por edad, sexo y nivel de ingresos. Este hallazgo destaca la necesidad de identificar estos perfiles de pacientes como el objetivo de los programas diseñados para ellos y demuestra que los PCC tienen una mayor carga de multimorbilidad y necesidades de atención médica(66).

Es común que exista una diferencia entre las necesidades de nuevas políticas sanitarias y los fondos presupuestarios disponibles, lo que requiere las necesidades y acciones que puedan tener un mayor impacto en el sistema. Esto obliga a tomar decisiones justas que equilibren las opuestas(67).

1.1.11 Modelos de innovación para la gestión de la cronicidad

Como consecuencia de lo comentado anteriormente, desde diferentes países, se comienzan a desarrollar modelos de innovación para la gestión de la cronicidad, que influyen en las estrategias que se irán fomentando. Se diseñan propuestas de nuevos modelos de estructura sanitaria (por ejemplo, el desarrollo y potenciación de la atención primaria), y se identifican principales áreas de intervención que permitan la readaptación del sistema, y la mejora de la utilización de los recursos disponibles.

Estos modelos coinciden en poner en marcha estrategias para fomentar el *continuum* asistencial y el autocuidado, consolidar la coordinación entre niveles asistenciales e incorporar las TIC y los recursos comunitarios(68).

Para la elaboración de estos planes, se han basado en proyectos similares ya existentes en otros países, y se han adaptado a las peculiaridades de cada territorio.

Una revisión detallada de los diferentes planes creados muestra que, en lugar de centrarse en un único modelo, selecciona diferentes herramientas e instrumentos de los diferentes modelos, facilitando así la adaptación a cada una de las realidades existentes(12).

Estos modelos los podemos clasificar en dos tipos, según un estudio de Minué et al (2018)(12):

a) *Modelos sistémicos (reorganización del sistema):*

- *Chronic Care Model (CCM).*
- *Innovative Care for Chronic Conditions*

b) *Modelos poblacionales (estratificación población)*

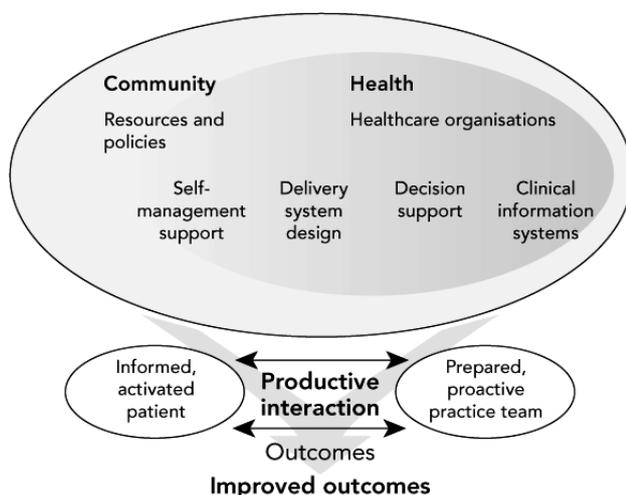
- *Pirámide del Kaiser-Permanente*
- *Estratificación de riesgo de la Kings Fund británica.*

En el territorio español destacan como pilares de la creación de los planes de atención a la cronicidad los modelos: *Chronic Care Model (CCM)* de Wagner y el modelo de la pirámide de estratificación del Kaiser Permanente. Ambos surgieron en el sistema sanitario estadounidense para abordar debilidades como la fragmentación de la atención(12).

1.1.12 El Chronic Care Model de Wagner

Edward Wagner (1998) en ese momento dirigía el “*MacColl Institute for Healthcare Innovation*”, desarrolló este modelo para el abordaje de la cronicidad, con el respaldo de “*The Robert Wood Johnson Foundation*”. En la figura 8 podemos ver su estructura.

Figura 8. Chronic Care Model de Wagner. Recuperado de *Improving Chronic Care. Chronic Care Model*(58).



Es el más utilizado y evaluado a nivel mundial(69). Está integrado por los siguientes elementos(68,70):

1. Estrategias y políticas del sistema sanitario: Priorización por parte de los *policy-makers* de políticas y medidas que impulsen los programas de atención a la persona con patología crónica compleja. Esta situación implicará la necesidad de buscar nuevos diseños de financiación y de contratación de servicios para facilitar y hacer posible la nueva gestión de la persona. El *policy-maker* debe impulsar y potenciar todas aquellas iniciativas que mejoren el control y gestión de este perfil de personas.
2. Impulsar el autocuidado: corresponsabilizar a la persona y familiares sobre los cuidados de su salud. El individuo y su entorno han de tomar las riendas de la gestión de su enfermedad para un buen control y una mejora de los resultados en salud.
3. Apoyo en la toma de decisiones clínicas: potenciar la creación de herramientas que faciliten la toma de decisiones por parte del profesional, de manera ágil, sobre este perfil de pacien-

tes complejo. Estas herramientas son guías de práctica clínica, protocolos, algoritmos, etc. Por otro lado, ayudarían al desarrollo de un comportamiento más proactivo sobre lo que se debería hacer y no se ha hecho en la atención a la persona.

4. Rediseño del sistema de prestación de servicios: creación de una cultura, organización y mecanismos que promuevan una atención eficaz y de calidad, potenciando los equipos multidisciplinares. Potenciar el liderazgo de enfermería en la atención a la cronicidad.
5. Uso de TIC: mejorar los sistemas de información disponibles, y la intercomunicación de estos entre diferentes centros y ámbitos. El acceso a la historia clínica de la persona en soporte electrónico esté donde esté. Desde el ámbito de la primera se debe tener acceso al historial de hospitalizaciones y a la situación del paciente crónico.
6. Uso de activos comunitarios: los profesionales han de vincularse y conocer otros posibles proveedores para brindar una atención integral e integrada del individuo. Han de trabajar cooperativamente para poder realizar abordajes conjuntamente.

El rediseño de los procesos de atención al paciente crónico y el fomento del autocuidado serían dos de los factores con más peso. En este modelo destaca la necesidad de adoptar una visión estratégica multipalanca para que sea exitoso, ya que se deberá aplicar diferentes tipos de intervenciones simultáneas sobre la misma población.

Hemos de tener presente que Wagner reconocía que su propuesta de modelo de cronicidad se planteó como un complemento a una atención primaria (AP) de excelencia. El fortalecimiento de la AP, como divulgaba Barbara Starfield, junto con un modelo de cronicidad como el de Wagner, podrían ser una solución efectiva a los desafíos sanitarios que se plantean(12).

1.1.13 Modelo de Kaiser Permanente

Kaiser Permanente es un consorcio estadounidense de atención administrada integrada, que desarrolla, en 2009, uno de los principales modelos de atención a las personas con patología crónica. Se basa en el análisis, segmentación y estratificación de la población según complejidad y necesidades de atención, y en el principio de que no todas las personas son iguales, ni tienen las mismas necesidades de atención(68). Gracias a esta estratificación se pueden organizar los diferentes servicios y necesidades que tendrá el paciente durante su proceso de enfermedad, mejorando con ello la gestión de las descompensaciones de enfermedades crónicas, y consiguiendo mejores resultados en salud y en consumo de recursos(71).

Figura 9. Modelo Kaiser. Recuperado de Kaiser Permanente. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente(72).



El modelo presenta 4 niveles de estratificación de la población que serían

Personas sanas: sobre este grupo poblacional se han de aplicar fundamentalmente estrategias de prevención y promoción de la salud.

Nivel 1: personas con enfermedades crónicas con buen control. También se potenciarían medidas de soporte para el autocuidado (*self-management*).

Nivel 2: personas con enfermedades crónicas con riesgo. Sería un 15% de los pacientes crónicos, e implicaría gestión de las patologías como creación de rutas asistenciales, trayectorias clínicas transversales, etc.

Nivel 3: entre un 3% y un 5% de los pacientes crónicos, son personas con patologías complejas. Implica la gestión del caso, la gestión de las comorbilidades, hospitalizaciones y visitas urgentes frecuentes, la dependencia funcional moderada o severa. Estas personas suelen presentar problemas para poder realizar algunas de las actividades de la vida diaria.

Otro punto importante que destacar de este modelo es el desarrollo de guías para los individuos, con el objetivo de mejorar el autocuidado y potenciar la corresponsabilidad en su enfermedad(68).

Estos dos modelos serían los más utilizados, aunque han ido apareciendo otras estrategias de abordaje de este perfil de personas como: Guided Care, Programa PACE, Evercare, entre otros(73).

Estos modelos de cronicidad se basan en el desarrollo de un entorno de mayor integración clínica y asistencial, dándole un rol más relevante a la atención primaria. El tener una atención

primaria fuerte mejora la calidad de vida de la persona, potencia una mejor utilización de los servicios hospitalarios, una mejor gestión de los recursos y una disminución significativa de la mortalidad(73).

1.1.14 Aplicación de los modelos de atención a la cronicidad en España y sus CCAA

Teniendo en cuenta la necesidad de transformación del sistema, en la última década se desarrollaron un total de 18 planes de atención a la cronicidad, a nivel nacional y de CCAA, los cuales se basan en tres pilares:

1. Implicar a los pacientes crónicos y a la comunidad.
2. Organizar el sistema sanitario.
3. Promover la recogida de información en historia clínica pudiendo ser compartida para facilitar la toma de decisiones.

Si bien estos planes fueron específicos para cada CCAA, las líneas estratégicas y el nivel de implementación variaron, y no todas han avanzado al mismo ritmo para dotar de las herramientas necesarias a los equipos asistenciales.

En líneas generales, casi todos los planes se centran en la estratificación de la población, en la instauración de la figura gestora de casos, potenciación de rutas asistenciales, mayor uso de las TIC y un aumento de la formación del individuo en el autocuidado y la corresponsabilidad de su salud. En general, son líneas muy similares a las planteadas en la Estrategia del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Con la integración de las consejerías de salud y bienestar social vemos en los planes como se pretende avanzar hacia un modelo más colaborativo que cubra las necesidades de la persona tanto las sanitarias como las de ámbito social. Todos comparten el objetivo de reorganizar de manera efectiva los servicios de salud y sociales con un enfoque en el paciente crónico (73).

Otro punto en los que se centran es en la atención efectiva a las personas con enfermedades crónicas avanzadas y a los individuos frágiles, ya que requieren respuestas ajustadas a las necesidades de cada persona e implican un nuevo planteamiento de la atención(74).

La formación al profesional sanitario para estimular ese cambio de rol es fundamental; se le ha de entrenar en habilidades y competencias técnicas y relacionales que impulsen la organización en equipos, para un correcto abordaje multidisciplinar de la persona(73).

Se le da mucha importancia a la estratificación de la población para poder realizar una adecuada intervención para cada uno de los perfiles de las personas que tengan. El realizar este tipo de organización ayuda al sistema a evitar un inadecuado uso de recursos, preparar programas

que cubran la necesidad real de los individuos implicados, potenciar alianzas con salud pública para trabajar acciones de prevención y concienciación de cuidado de la salud, impulsar el autocuidado y la corresponsabilidad del cuidado de la enfermedad.

En la tabla 2 se muestra un resumen de las líneas estratégicas seguidas por los diferentes planes de salud, basándose en la estrategia desarrollada por el Ministerio de Sanidad.

Tabla 2. Líneas estratégicas de los planes de cronicidad

Líneas estratégicas	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla-La Mancha	Cataluña	Euskadi	Extremadura	Galicia	La Rioja	Madrid	Murcia	Navarra	Valencia	MSSSI	
	2012	2030	2014	2016-2021	2015	2015-2019	2011-2015	2014-2017	2012	2010	2013-2020	2014	2014	2013	2013-2015	2013	2007-2011	2012	
Estratificación																			
Promoción de la salud																			
Prevención de enfermedad y limitaciones																			
Continuidad asistencial																			
Reorientación de la atención sanitaria																			
Equidad en salud e igualdad de trato																			
Investigación e innovación																			

*Nota.- Adaptado de Ruiz et al (2020)(75)

1.1.15 Eficacia de las estrategias de cronicidad

Algunos países europeos han abordado las políticas de atención a la cronicidad mediante cuatro componentes principales: políticas de autocuidado y enfoque centrado en la persona, modelo de atención que determine y clasifique el nivel de riesgo, herramientas de apoyo para la toma de decisiones mediante guías y protocolos, y el uso de sistemas de información clínica basados en tecnología de la información y comunicación (76).

Este tipo de transformación con foco en la atención de la cronicidad supone un elevado coste a la comunidad, por lo que deberían existir evaluaciones sobre el impacto que han tenido y hacer difusión de sus resultados(77). No hay garantías de que estas medidas estén siendo efectivas, sólo se ha demostrado a nivel general en la estratificación de las personas y en compartir habilidades y conocimientos(56,77).

Como se mencionó anteriormente, en Cataluña existen particularidades que han generado el entorno y la demanda para la necesidad de crear medidas y políticas para la atención al paciente crónico e integrado (27).

1.2 La salud mental en el sistema sanitario

1.2.1 Concepto y definición de salud mental

La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Asimismo, la OMS define la salud mental (SM) como un estado de bienestar que permite a las personas hacer frente a los factores estresantes de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar adecuadamente, y contribuir a la mejora de su comunidad. Se considera un componente fundamental para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico, y un elemento integral de la salud y el bienestar (6,78). En Cataluña se maneja una definición muy similar en el TERMCAT: *“Estado de equilibrio psíquico en que una persona es capaz de utilizar sus habilidades cognitivas y emocionales, vivir en sociedad y satisfacer adecuadamente las demandas de la vida cotidiana.”*(6)

Tal y como muestran estas definiciones la salud mental es una preocupación para todos, no sólo para quienes padecen afecciones mentales. Tales afecciones tienen un impacto en la sociedad en su conjunto, sin que ningún grupo pueda ser ajeno a ello. Es bien sabido que los determinantes sociales pueden influir en el riesgo de desarrollar enfermedades mentales, especialmente entre las poblaciones con situaciones más desfavorables a nivel económico, de desigualdad y/o violencia (79–83).

Como afecciones de salud mental se refieren a los trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como a los estados mentales que causan un alto grado de angustia, discapacidad funcional o conductas autolesivas(78).

Así como hay factores que predisponen a desarrollar enfermedades mentales, también hay factores protectores, Los factores protectores emergen a lo largo de la vida, reforzando la resiliencia. Abarcan habilidades y atributos sociales y emocionales individuales, interacciones sociales positivas, educación de calidad, trabajo digno, seguridad y cohesión comunitaria entre otros(78,79,81,84).

Estos factores pueden actuar como un amortiguador contra los factores estresantes y las adversidades, ayudando a las personas a adaptarse y superar los desafíos. Al fomentar la resiliencia, los factores de protección desempeñan un papel importante en la promoción de la salud mental y el bienestar a lo largo de la vida, por lo que son el punto clave a trabajar en las políticas de salud enfocadas a esta área(80,81,84,85).

En ocasiones es difícil trazar una línea de separación entre salud mental y normalidad, ya que hay trastornos mentales leves que pueden ser circunstanciales, ocasionales, intermitentes, y que pueden atribuirse a la característica de la vida moderna, sin que llegue a hacerse un diagnóstico nosológico. Circunstancias personales, familiares, laborales, etc. pueden generar un estado de ansiedad o una depresión del ánimo o una merma de la autoestima, que de manera transitoria pueden afectar el estado de bienestar del individuo.

Por ello, de cara a políticas sanitarias, entendemos como trastorno mental una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, a menudo asociada con angustia o a discapacidad funcional en áreas importantes de su vida. A veces se le llama problema de salud mental, aunque este último término es más amplio e incluye trastornos mentales, discapacidades psicosociales y otros estados mentales que se asocian con angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva(86).

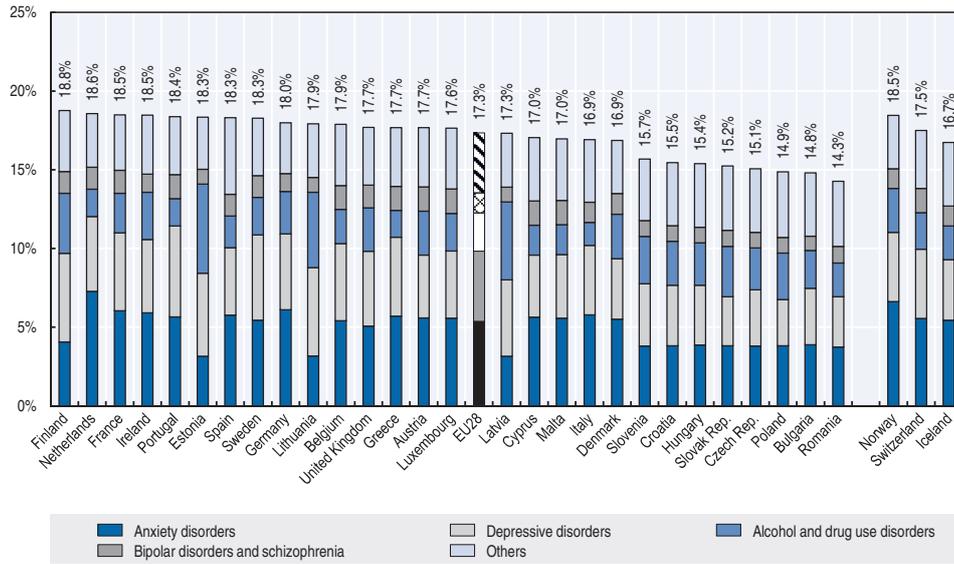
El trastorno mental severo y el trastorno mental grave se equipara al concepto del paciente crónico complejo debido a su gravedad en la morbilidad psiquiátrica y la complejidad en la gestión clínica de los casos. En muchos casos, esta complejidad se debe o se incrementa debido a la comorbilidad orgánica o social(50).

1.2.2 Prevalencia de las enfermedades mentales

La enfermedad mental destaca dentro de las patologías crónicas por su gran impacto personal, familiar, social y económico. La prevalencia de enfermedad mental a nivel global es de un 19% de la población, y se calcula que un 25% padecerá alguna patología mental en algún momento de su vida(33)

Se prevé que en 2030 sea la principal causa de discapacidad en el mundo. En España, la prevalencia es de aproximadamente 19%, mayor entre los 55 a 64 años, y más prevalente en mujeres(34).

Figura 10. Población según país con problemas de salud mental como ansiedad, depresión, bipolar y esquizofrenia, consumo de sustancias y otros (87)



En la figura 10 se muestra la prevalencia de problemas de salud mental en cada país. En la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP(88) el problema de salud mental más frecuentemente registrado en las historias clínicas de atención primaria es el trastorno de ansiedad, que afecta al 6,7% de población española. Es un problema con frecuencia relativamente estable entre los 35 y 84 años. Sin embargo, esta prevalencia puede estar infraestimada, dado que puede haber muchas personas con trastorno por ansiedad no invalidante que no consultan al médico de primaria, o que lo hacen después de muchos años de padecerla. De hecho, Henares Montiel et al (2020) refieren que más de la mitad de las personas con morbilidad psíquica nunca habían recibido un diagnóstico de trastorno mental(89).

El trastorno depresivo aparece en el 4,1% de la población y se va incrementando con la edad (77). Uno de los síntomas más frecuentes es el trastorno del sueño, que afecta al 5,4% de la población (15,8% en mujeres, 5,1% en hombres), y se incrementa con la edad.

Las psicosis en conjunto afectan al 1,2% de la población siendo la más frecuente la psicosis afectiva, con una prevalencia de 7,2‰ (77). Se debe reseñar que los cuadros psicóticos graves pueden no estar registrados en esta base de datos de asistencia primaria, salvo que tengan comorbilidades, o que se hayan detectado y derivado desde la asistencia primaria.

La demencia se registra en el 3,2% de la población de 60 y más años (77).

En la infancia y adolescencia (< 25 años) los problemas más frecuentes son los trastornos hiper-cinéticos (1,8%) y los problemas específicos del aprendizaje (1,6%) (77).

En salud mental, al igual que en otras áreas de la medicina, el desarrollo de la farmacopea ha cambiado la evolución y el manejo de muchas enfermedades crónicas. Se podría pensar que la frecuencia de algunas enfermedades mentales podría disminuir con tratamientos más efectivos. Sin embargo, el estudio de Thom et al (2019)(90) afirma que, a pesar de los nuevos tratamientos disponibles para los trastornos mentales, su prevalencia no está disminuyendo. Esto lo justifican por la existencia de tres factores que podrían explicar el porqué de este suceso: el primer factor se refiere a las deficiencias en la prevención y promoción de la salud mental. Según los autores, no se realizan esfuerzos suficientes para la prevención de los trastornos mentales. El segundo factor se refiere a las situaciones de riesgo y necesidad, que están sujetas a cambios históricos constantes. El tercer factor se refiere a los nuevos conceptos culturales y científicos que dan forma a la definición de necesidades de tratamiento y diseño de prácticas de tratamiento. En resumen, estos tres factores pueden estar interrelacionados y contribuir a la prevalencia estable en el tiempo de los trastornos mentales en la población, a pesar de la expansión de las opciones de tratamiento(90).

Los mismos datos se obtienen en un estudio español publicado en 2020, donde Henares Montiel et al (2020). Encuentran una morbilidad psíquica global en España del 22.2% en 2006, del 22.1% en 2011, y del 19.1% en 2017(89).

1.2.3 Impacto económico de la salud mental

El impacto económico de la salud mental difiere según la región.

Además del coste asistencial y farmacéutico de la enfermedad mental crónica, se debe considerar los costes indirectos, es decir, la pérdida de capacidad laboral, la disminución de productividad, la necesidad de cuidados, entre otros.

1.2.4 Impacto económico a nivel global

A nivel mundial, se ha investigado el impacto de diferentes enfermedades mentales (depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos del espectro autista, trastornos de la conducta, déficit de atención-hiperactividad, trastornos de la alimentación, alteraciones del desarrollo intelectual, otras enfermedades mentales) incluidas en el "Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2019". Este estudio analizó la morbilidad global, regional y nacional, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), los años vividos con discapacidad (AVD) y los años de vida perdidos (AVP) debido a trastornos mentales entre 1990 y 2019. Los resultados mostraron que el número global de AVAD debido a trastornos mentales aumentó de 80,8 millones a 125,3 millones entre 1990 y 2019, y la proporción de AVAD globales atribuidos a trastornos mentales aumentó del 3,1% al 4,9%. Los AVD contribuyeron a la mayor parte

de la carga de trastornos mentales, con 125,3 millones de AVD en 2019 atribuibles a trastornos mentales. Los trastornos alimentarios representaron 17.361,5 AVP(91).

Impacto económico de la salud mental en Europa- Wittchen et al. (2010) analizan la prevalencia y la carga económica de los trastornos mentales en Europa en 2010, estimando que el 38% de la población europea sufre algún trastorno mental. El costo económico de estos trastornos en Europa en 2010 se estimó en €798 mil millones, lo que corresponde al 4.1% del producto interior bruto (PIB) de la Unión Europea. Los trastornos mentales más prevalentes fueron los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos afectivos (como la depresión) y los trastornos por uso de sustancias. Se encontró que la carga de estos trastornos era mayor en mujeres, grupos de edad más jóvenes y aquellos con niveles más bajos de educación e ingresos(92).

Respecto a la depresión, ésta puede tener un coste económico significativo en términos de tratamiento médico, pérdida de productividad y días de trabajo perdidos. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2017, la depresión y la ansiedad cuestan a la economía global aproximadamente 1 billón de dólares al año en pérdidas de productividad (OMS, 2017).

En Estados Unidos, un estudio de 2015 estimó que la depresión le costó al país alrededor de 210 mil millones de dólares en pérdida de productividad y 100 mil millones de dólares en gastos directos de tratamiento médico (Greenberg et al., 2015)(93).

1.2.5 Impacto económico de la salud mental en España

En la actualidad no disponemos de información sobre la carga de enfermedad a nivel nacional. Sin embargo, se estima que el coste total de la enfermedad mental equivale aproximadamente al 4% del producto interior bruto, lo que evidencia la importancia de prestar atención a este ámbito de la salud(87,94). A continuación, en la tabla 3 se muestran datos obtenidos del estudio de la *Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)* del 2018(87).

Tabla 3. Costes de la enfermedad mental en España(87).

Total costes		Costes directos				Costes indirectos	
		Recursos sanitarios		Recursos sociales		Mercado laboral	
M€	% de PIB	M€	% de PIB	M€	% de PIB	M€	% de PIB
45.058	4,17	14415	1,33	12.318	1,14	18.325	1,70

*Nota: (Adaptada de Health Glance EUR 2018)

La estrategia de salud mental del sistema nacional de salud(94) se basa en datos recogidos en el Libro Blanco Estudio Socioeconómico de 1998, que señala una carga de 3.373,47€ por trastorno. De estos costes, el 38,8% (1.311,69 €) corresponde a costes directos, que incluyen

hospitalización 20,6% (695,97€), las consultas ambulatorias 10,4% (352,22€) y los gastos de farmacia 7,8% (263,50€). El resto 61% (2.061,77 €) corresponden a costes indirectos, que se dividen en invalidez 21,8% (733,82 €), mortalidad prematura el 21,6% (730,12 €), baja productividad el 9% (303,33 €) e incapacidad temporal el 8,7% (294,50 €). Los trastornos mentales son la causa del 10,5% de los días perdidos por incapacidad temporal y del 6,8% de los años de vida laboral perdidos por invalidez permanente. Es importante destacar que más de la mitad de las personas que requieren tratamiento para trastornos mentales no lo reciben, y que un porcentaje significativo no recibe el adecuado(94).

A esto hay que añadir los costes asistenciales de la enfermedad mental en la sanidad privada, que recaería directamente en la economía del usuario y del que hay pocos datos al respecto(87,95).

1.2.6 Impacto económico de la salud mental en Cataluña

Durante los años 2006 a 2012, el *Departament de Salut* realizó estudios sobre el impacto de varios trastornos en el gasto general de atención médica, evidenciando que los trastornos mentales ocupaban un lugar destacado en la lista. En el caso de la depresión, se estimó que tendría un coste anual de 750 M€. Los costes sanitarios directos supusieron el 21% del total, atribuyéndose la mayoría a la medicación. El 79% restante del coste total está compuesto por costes sociales indirectos por invalidez (permanente y temporal) y mortalidad(80).

En un estudio en que se analizan gasto sanitario de todos los actos financiados por el CatSalut durante 2014, se estimó que una persona con depresión grave consume unos 2.854€ anuales, calculándose un coste de cada visita ambulatoria en 58,46€, un coste por estancia de hospitalización en hospitales monográficos psiquiátricos agudos de 174,88€, de subagudos de 110,04€, un coste por alta de servicios de psiquiatría de hospitales generales de 2.173,39€(63).

Según el informe de López, G. (2018)(96) la inversión en salud mental es insuficiente considerando la carga de enfermedad que representa. Además, existe una tendencia a medicalizar la salud mental, descuidando la promoción y prevención de la salud en esta área.

1.2.7 Conexión entre la enfermedad mental y las enfermedades crónicas

La enfermedad mental representa una carga significativa para las personas y la sociedad en su conjunto, pero su impacto a menudo se ha subestimado. Una de las razones de esto es la falta de comprensión sobre las complejas relaciones entre la salud mental y otras condiciones de salud.

Las personas con problemas crónicos de salud física corren un mayor riesgo de desarrollar trastornos de salud mental, como depresión y ansiedad. Por el contrario, las personas con en-

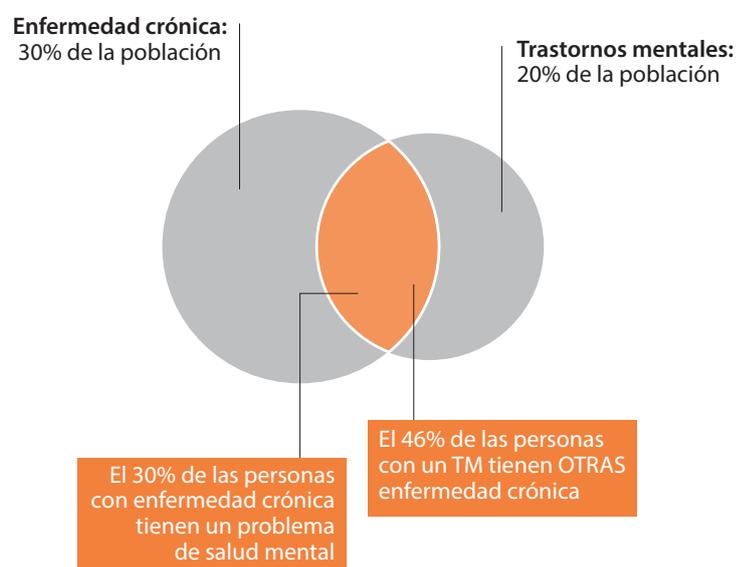
fermedades mentales a menudo experimentan una variedad de problemas de salud física que con frecuencia se pasan por alto o no se tratan(3).

Los vínculos entre la salud mental y física son complejos y multifacéticos, y se necesita más investigación para comprender completamente estas conexiones. Además, las condiciones de salud mental pueden tener un efecto dominó en la vida personal y profesional de las personas, afectando su capacidad para trabajar, mantener relaciones y comprometerse(3).

Una consecuencia de esta comorbilidad es que el pronóstico a largo plazo de la afección y la calidad de vida de los afectados pueden disminuir significativamente. Además, los costos asociados con la atención de este grupo de personas aumentan como resultado de un autocuidado menos efectivo y otros factores que complican la salud mental(97).

La figura 11 muestra la superposición entre enfermedad crónica y problemas de salud mental en la población de Inglaterra, según el estudio realizado por Naylor et al (2012). Los resultados revelan que aproximadamente el 30% de las personas con enfermedad crónica también presentan problemas de salud mental.

Figura 11.- La superposición entre las enfermedades crónicas y los problemas de salud mental en la población de Inglaterra. Adaptado de: Naylor et al, 2012(97).



La depresión es frecuentemente comórbida con enfermedades crónicas y se asocia con un aumento de la discapacidad y una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud (3,98).

La aparición de problemas de salud mental comórbidos es aún más frecuente en entornos hospitalarios, y tiene mayor prevalencia en mujeres(97,99).

La enfermedad mental es un factor de riesgo para las orgánicas, y su presencia aumenta la probabilidad de que una persona padezca una o más enfermedades crónicas. Además, es menos probable que las personas con problemas de salud mental busquen ayuda para las orgánicas, y sus síntomas pueden afectar la adherencia al tratamiento y el pronóstico(3,100).

En conclusión, las vías que conducen a la comorbilidad entre los trastornos mentales y las enfermedades físicas crónicas son complejas y bidireccionales. Por lo tanto, es fundamental coordinar la atención de las personas que viven con estas condiciones(3).

En tercer lugar, cada vez es mayor el número de personas (especialmente, entre las personas más jóvenes) con diagnósticos dobles, por lo que tienen necesidades múltiples y presentan riesgos elevados de que sus trastornos se conviertan en crónicos. La prevención de esta forma de nueva cronicidad requiere la integración adicional de las iniciativas clínicas y sociales, es decir, los servicios de salud mental que han ofrecido tratamiento psiquiátrico a estas personas no han trabajado de manera conjunta con las agencias sociales para solucionar sus necesidades y expectativas sociales y económicas(101).

1.2.8 Estigma en salud mental

El estigma asociado a las personas que sufren de enfermedad mental es un fenómeno arraigado en aspectos culturales y sociales, que tiene un impacto significativo en la vida de aquellos que padecen dichas enfermedades. La reducción del estigma público podría tener efectos positivos en el acceso de las personas a la atención médica, en su proceso de recuperación y en su integración social(102).

Según el informe de Lancet *"The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health"* (2022)(103), se resumen los numerosos impactos negativos del estigma y la discriminación, los cuales abarcan desde el perjuicio en las perspectivas matrimoniales hasta la exclusión social en términos de educación, empleo y comunidad. Además, el estigma puede implicar la pérdida de bienes, derechos de herencia y derecho al voto, así como en una atención médica deficiente en comparación con la que se brinda a las condiciones físicas. Afecta a las personas, familias, comunidades y a la sociedad en general.

Según los estudios realizados por esta comisión, estas barreras comparten una característica fundamental contravienen los derechos humanos fundamentales que se supone deben aplicarse de manera equitativa a todos. Podemos resumir estos efectos en cuatro áreas principales: el impacto personal, que incluye el autoestigma, la calidad de vida y la utilización de servicios; el impacto estructural, que abarca las leyes, los derechos humanos y la implementación de intervenciones psicosociales; el impacto en los sistemas de seguro de salud y protección social; y el impacto social y económico, que incluye el ámbito laboral(103).

Este documento propone las siguientes líneas de actuación:

- Implementar políticas para apoyar el fin del estigma y la discriminación contra las personas con problemas de salud mental.
- Garantizar que se erradique el estigma y la discriminación contra las personas con problemas de salud mental en el lugar de trabajo.
- Formar a la población sobre las necesidades y los derechos de las personas con problemas de salud mental, impartidas conjuntamente por personas con tales problemas
- Los medios de comunicación deben eliminar sistemáticamente el contenido estigmatizante de sus productos.
- Apoyar a las personas con experiencias vividas de condiciones de salud mental para reducir el estigma y la discriminación.

En el contexto de Cataluña, de acuerdo con un estudio realizado por Aznar-Lou et al. (2016), se encontró que los niveles de estigma eran relativamente bajos. Sin embargo, es necesario abordar y reducir el estigma asociado al autoritarismo. Las intervenciones diseñadas para disminuir el estigma deben tomar en consideración no solo los trastornos de depresión y ansiedad, sino también otros trastornos mentales. Estas intervenciones deben dirigirse específicamente a grupos de población mayores, inmigrantes, personas con un nivel educativo más bajo y aquellos que no han tenido contacto previo con alguien que padezca un trastorno mental (104).

1.3 Organización de respuesta del sistema sanitario

1.3.1 Sistema Nacional de Salud

La política sociosanitaria es la forma en que el Estado responde a las necesidades de protección de la salud de los ciudadanos y a su atención, de acuerdo con unas ideas y valores, y con el objetivo de mejorar calidad de vida y longevidad. Desde un modelo ideológico/político, el sistema sanitario debe satisfacer las necesidades de salud y atención sanitaria de su población (prevenir, cuidar, curar, rehabilitar y confortar) basándose en la accesibilidad equitativa, la cobertura universal y la financiación pública.

En España, nuestro sistema de salud público se conoce como el Sistema Nacional de Salud, el cual se fundamenta en la Constitución (artículos 43 y 49) y en la Ley General de Sanidad Ley 14/1986(105). Una de sus principales características es que todo el mundo tiene acceso a él, ya que se financia con los impuestos generales. Esto significa que su financiación proviene de los presupuestos generales del estado, para asegurar una equidad en su acceso, es decir, que todos los ciudadanos tienen los mismos derechos en cuanto a su uso. Aunque también existe un sistema sanitario privado que no excluye el uso del sistema público.

El Sistema Nacional de Salud incorpora a sus prestaciones la atención a la salud mental. Este hecho es muy significativo pues el Sistema de Seguridad Social, que no tenía un carácter universal, no la contemplaba.

En 2002, el sistema de salud español se descentralizó, lo que resultó en el establecimiento de 17 ministerios de salud regionales responsables de organizar y brindar servicios de atención médica. Sin embargo, el proceso de descentralización de la asistencia sanitaria ya había comenzado en algunas regiones mucho antes. Por ejemplo, el gobierno de Cataluña asumió la responsabilidad de la atención sanitaria en la región ya en 1981(27).

Desde la descentralización del sistema de salud en España, la financiación ya no recae en la Seguridad Social. Desde 1994, cada CCAA responsable de la financiación de la atención sanitaria a través de los recursos procedentes de la financiación de las CCAA a través de los presupuestos generales del estado y de los impuestos propios. Con alguna excepción como la enfermedad profesional o el accidente laboral, que corren a cargo de las mutualidades de trabajo, las cuales son financiadas por las cuotas obligatorias empresariales y de los trabajadores, el accidente de tráfico, los incidentes deportivos, etc.

Así, en la gestión de la sanidad pública, existen varios niveles de responsabilidad:

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (SNS, cartera básica de prestaciones, agencia española del medicamento y productos sanitarios, coordinación interterritorial, ordenación profesional, coordinación de trasplante de órganos y tejidos, alta inspección, gestión en Ceuta y Melilla)
- Ministerio de Economía (aseguramiento privado)
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (reconocimiento de derechos, propiedad patrimonial, marco funcional, accidentes laborales)
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)
- CCAA (planificación, gestión, financiación, gestión de los servicios y centros sanitarios de su comunidad, planificación de los servicios, inversiones en equipamientos, Salud Pública, acreditación de los centros y servicios privados; la inspección delegada).
- Corporaciones locales (efectores, control sanitario del medio ambiente, control sanitario de industrias, actividades, servicios y transporte; saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales; control de la distribución de alimentos perecederos y todo aquello relacionado con el uso o consumo humano; control sanitario de cementerios y mortuoria).

La financiación de la sanidad pública recae en impuestos generales, impuestos propios de las CCAA y en aportaciones de las personas mediante el copago.

1.3.2 Sistema sanitario catalán

El sistema sanitario catalán da servicio a una población de 7,6 millones. Una de las características distintivas del sistema sanitario catalán es la separación de las funciones de planificación y financiación, lo que permite la contratación de servicios sanitarios a centros públicos y privados sin ánimo de lucro, incluidos hospitales, centros de atención intermedia, salud mental y atención primaria. El sistema sanitario catalán se basa en un sistema sanitario nacional financiado por los presupuestos generales del estado y de financiación autonómica. El sistema sanitario catalán tiene cobertura universal y gratuita en el punto de uso, aunque los medicamentos para uso ambulatorio o domiciliario requieren un copago por parte del usuario.

La Ley 15/1990 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC)(106) se centró en la ordenación sanitaria, redefinió las funciones de planificación, las prestaciones y compras asistenciales, creó el *Servei Català de la Salut* y fijó el PdS como hoja de ruta de la organización sanitaria.

Podríamos considerar de manera esquemática que el enfoque conceptual de la salud y la enfermedad puede darse a 3 niveles:

- Prevención primaria: dependiente del medio y entorno socio-económico.
- Prevención secundaria: atención proactiva.
- Atención reactiva: tratamiento de la enfermedad u órgano enfermo.

Cada uno de estos niveles tiene un componente personal de autocuidado, un componente familiar y social, y un componente de estructura sanitaria, partiendo del nivel más básico, generalizado y generalista, que es la atención primaria, incrementando la complejidad (y, por ende, los costes) para llegar a la atención especializada y por último la atención hospitalaria tanto generalista como monográfica.

En la base del sistema asistencial sanitario está la atención primaria, donde encontramos la mayor rentabilidad para la población y el sistema sanitario.

Cataluña ha desarrollado una red de 370 centros de atención primaria y 97 centros de cuidados postagudos y de larga duración con 8.250 camas. Estos centros e instalaciones ofrecen muy buena atención a la comunidad y son una importante alternativa a la atención hospitalaria de agudos que se brinda en 69 centros. Cada ciudadano catalán tiene asignado un médico de familia y una enfermera comunitaria, que actúan como guardianes para acceder a la atención secundaria.

La atención primaria pública:

- Se presta en los centros de salud, consultorios locales y domicilio de los individuos a demanda de las personas de forma programada o urgente.
- La atención prestada es la del ámbito de la medicina familiar y comunitaria, la pediatría básica, la atención al embarazo y a la mujer y la rehabilitación.
- Los centros de salud disponen de los Equipos de Atención Primaria (EAP).
- Pueden darse prestaciones de atención especializada en ámbitos con servicios integrados.

La atención especializada pública:

- Se presta preferentemente en los centros hospitalarios y a petición de los médicos de familia.
- Requiere del médico especialista que puede prestar el servicio de forma ambulatoria o en régimen de internamiento.

La atención sociosanitaria pública:

- Integra los cuidados sanitarios y sociales para aquellas personas que se puedan beneficiar de una actuación simultánea y sinérgica de ambos servicios.
- Esta prestación ofrece los siguientes servicios:
 - Atención a las personas con procesos de larga duración.
 - Atención a la convalecencia.
 - Cuidados paliativos.
 - La rehabilitación en personas con déficits funcionales recuperables.
- Las prestaciones y servicios se basan en equipos multiprofesionales.

La prestación farmacéutica es una parte fundamental de la asistencia sanitaria pública:

- Todos los medicamentos prescritos y dispensados en España están sujetos a la autorización y registro de la Agencia Española del Medicamento y de Productos Sanitarios.
- El medicamento prescrito en la atención primaria está sujeto al llamado "copago" por parte de la persona que depende de su situación de clase activa o pasiva, y de su nivel de renta. Algunos colectivos están exentos.
- La farmacia hospitalaria es financiada por las CCAA.

Cataluña cuenta con excelentes resultados en salud logrados a costes razonables de los sistemas de salud. Las tasas de mortalidad estandarizadas están disminuyendo y la esperanza de vida crece continuamente. En 2010-2013, la mortalidad se redujo en un 8,5% mientras que la

esperanza de vida aumentó en 1 año tanto para hombres (80,8) como para mujeres (86,3). En 2016, la esperanza de vida al nacer era de 83,6 y estaba entre las mejores de Europa; el gasto público en salud per cápita fue de 2.137 US y el gasto total en salud fue del 7,6% del PIB. El suministro de camas hospitalarias es de 1,7 por 1000 habitantes, aún muy por debajo del promedio de 3,7 en EU15 (84).

Al igual que la mayoría de los países desarrollados, Cataluña se enfrenta a retos demográficos y epidemiológicos que requerirán respuestas pragmáticas y transformadoras por parte del sistema sanitario y asistencial(107,108). Con el envejecimiento de la población catalana, la multimorbilidad, la fragilidad y la dependencia son cada vez más frecuentes. En algunos casos, esto conduce a necesidades complejas de atención en salud y requisitos de cuidados paliativos(42,109,110).

Este desafío tiene implicaciones para políticos, tomadores de decisiones, organizaciones y profesionales, que deberán repensar y adaptarse a este nuevo escenario y responder mejor a las necesidades de las personas conteniendo costos. Esto implica una mayor necesidad de coordinación y cooperación para desarrollar una estrategia y acciones claras de atención integrada(27).

1.3.3 Organización de la salud mental. Evolución de las políticas

El sistema de seguridad social no incorporaba ni contemplaba en sus prestaciones a la salud mental. Tenía un enfoque más dirigido hacia la ayuda benéfica que hacia la asistencia sanitaria. La reforma psiquiátrica impulsada a partir de la Ley General de Sanidad de 1986(105), tuvo un doble desafío: por un lado, desmontar un sistema antiguo asentado en el hospital psiquiátrico, y, por otro lado, la construcción de un nuevo modelo asistencial. Si bien quedan algunas insuficiencias, sobre todo en la cobertura geográfico-residencial, la atención a la salud mental en España ha cambiado respecto al modelo anterior, añadiéndose instrumentos clínicos como la intervención en crisis, la psicoterapia breve y de grupo y herramientas de adquisición o recuperación de habilidades sociales. Esto permite una asistencia que va más allá de la psicofarmacología o la contención física (111).

Hasta el 2006 no se publica la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud(112), en colaboración con las CCAA, el cual tiene enfoque integrado que combina la promoción y prevención de la salud mental, diagnóstico, tratamiento, la coordinación dentro y entre instituciones, y la implementación de medidas que fomenten la integración social y combatan el estigma asociado con la salud mental. Este documento apoyó la coordinación a nivel nacional de los planes y programas de promoción de la salud mental, así como de programas de prevención y medios diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores adecuados para brindar atención integral y continua a personas con problemas de salud mental.

En 2017, a partir de la reunión del Consejo Interterritorial del SNS de 21 de junio de 2017(113) se acuerda reorientar la Estrategia de Salud Mental para el periodo 2022-2026, con el objetivo que se centre más en la calidad de vida, no únicamente en la ausencia de enfermedad. No obstante, no es hasta la pandemia de la COVID-19 que se ha podido crear un nuevo documento. Después de un proceso de consulta extenso, se publicó en el año 2022 el documento actualizado de la Estrategia de Salud Mental, la cual se enfoca en la inclusión social, la lucha contra el estigma y el respeto a los derechos. Asimismo, se han incluido nuevas líneas estratégicas y se han recopilado las recomendaciones más actuales en la materia, lo que ha permitido actualizar y mejorar la estrategia.

Los servicios de salud mental y adicciones forman parte de la Cartera común básica, que son los servicios asistenciales cubiertos de forma completa por financiación pública.

La salud mental constituye un ámbito de intervención sanitaria que afecta a todos los niveles de atención: primaria, especializada, salud pública y socio sanitaria.

La atención primaria es la pieza clave en la detección precoz y la atención de los problemas de salud mental más leves, como la ansiedad y la depresión. Un equipo de profesionales especialistas en salud mental apoya a los equipos de atención primaria y se integran en los centros de atención primaria (CAP). Además, y para casos más graves, los servicios de atención a la salud mental se prestan desde diferentes servicios especializados.

En estos centros, equipos multidisciplinares integrados básicamente por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería, prestan una atención especializada en régimen ambulatorio a aquellas personas derivadas desde la atención primaria. Pueden ser:

- Centros de salud mental de adultos (CSMA), para la atención ambulatoria psiquiátrica y de apoyo a la atención primaria para las personas mayores de 18 años.
- Centros de salud mental infantil juvenil (CSMIJ), para la atención ambulatoria psiquiátrica y de soporte a la atención primaria para niños y adolescentes hasta los 18 años.
- Consultas periféricas de salud mental: son los centros en los que se desplazan los profesionales de los CSMA y el CSMIJ para garantizar la atención en las zonas con mucha dispersión geográfica, baja densidad de población o de difícil acceso.

La atención especializada es el segundo nivel de acceso de la población a la asistencia sanitaria, una vez agotada la vía de la atención primaria. Comprende un conjunto de recursos materiales y humanos para atender problemas de salud de mayor complejidad.

La red de proveedores de atención especializada está constituida por:

- Centros psiquiátricos de salud mental de internamiento dotados de estructuras adecuadas a las características de la atención que deben ofrecer y de personal necesario para atender a las personas con problemática en salud mental.

- Hospitales autorizados para el internamiento agudo y subagudo.
- Centros de atención primaria especializados que pueden estar dentro de las estructuras de atención primaria o disponer de estructura propia.

Otro elemento de la asistencia sanitaria son los centros sociosanitarios. La atención sociosanitaria en el estado español es un fenómeno que aparece en la década de los 90, como respuesta a la necesidad de atención a las personas que requieren una asistencia integral basada en un conjunto de servicios sanitarios y sociales. Esta necesidad se evidencia por los cambios en las pirámides demográficas, las expectativas de calidad de vida, el aumento de la esperanza de vida y los cambios en las dinámicas familiares que se han producido en la sociedad actual. La atención sociosanitaria es una prestación de servicios articulada desde dos ámbitos de actuación, los servicios de salud y los servicios sociales, y es imprescindible traducirlo a un modelo sociosanitario enfocado a la utilización de los recursos adecuados, de forma simultánea y continuada y que ofrezca la intensidad de cuidados necesarios en cada situación concreta. La atención sociosanitaria se sustenta en un enfoque holístico de la persona y opera de forma interdisciplinar entre profesionales que pertenecen a ámbitos de prestación de servicios diferentes y que juntos, deben garantizar los cuidados integrales y continuados en un entorno que favorezca el bienestar de la persona y si es necesario, de su cuidador informal.

Estos centros de atención a la salud mental pueden ser de titularidad público o privada. En Cataluña, el *Servei Català de la Salut* (SCS) puede contratar estos servicios con el ICS y con los consorcios, las fundaciones y mutuas que constituyen la *Xarxa d'Hospitals de Utilització Pública de Catalunya* (XHUP), ampliamente distribuida en el territorio catalán. En la actualidad, todos estos centros funcionan bajo acuerdos de concertación, excepto aquellos que se encuentran en hospitales públicos. Las entidades que se encargan de brindar estos servicios son muy diversas. Por un lado, están las grandes instituciones psiquiátricas, las cuales ofrecen una amplia gama de servicios que van desde la atención hospitalaria hasta la atención ambulatoria y la rehabilitación. Por otro lado, existen los servicios de psiquiatría que se encuentran en los hospitales afiliados a la XHUP, algunos de los cuales son hospitales universitarios. Además, también hay pequeñas entidades, generalmente asociaciones de profesionales sin fines de lucro, que brindan un único servicio, como los Centros de Salud Mental (CSM) o los Centros de Día(114).

Además de los recursos de la red **pública**, también debemos tener en cuenta la actividad asistencial totalmente privada, es decir, aquellos servicios que son financiados en su totalidad por la persona y/o su familia. Aquí debemos considerar las consultas y centros de día privados de psicología y de psiquiatría, así como las visitas y centros de día de mutuas. También existen centros sociosanitarios privados. Estos recursos complementan la oferta de servicios de salud mental en Cataluña, ofreciendo opciones adicionales para aquellos que prefieren la atención privada o buscan servicios especializados específicos.

La cobertura sanitaria por aseguradoras está muy presente en la sanidad catalana, siendo una de las más altas de España. Según el informe del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, la Fundación IDIS, en su informe nº 13 "Sanidad Privada, Aportando Valor", de 2022(114), la contribución de la sanidad privada a la asistencia sanitaria de los españoles tiene un peso muy marcado en el gasto sanitario. Dada la antigua falta de cobertura de la salud mental por parte del sistema público, existe una tradición de atención privada en esta área. Diferentes grupos hospitalarios tienen presencia en Cataluña: Quirónsalud, HM Hospitales, Viamed, San Juan de Dios, Hestia, Alliance, Vithas, Sanitas, HLA, Hermanas Hospitalarias(114).

En el caso de los hospitales de salud mental en España destacan los centros sin concierto, representando el 53%. Según los datos del Catálogo Nacional de Hospitales publicado por el Ministerio de Sanidad, en la actualidad existen 92 hospitales categorizados como "salud mental y tratamiento de toxicomanías". De estos, 64 hospitales (aproximadamente el 70%) son de carácter privado, tanto benéficos como no benéficos. En cuanto a la disponibilidad de camas, el sector privado representa aproximadamente el 63% del total de camas disponibles en el ámbito de la salud mental. Además de los hospitales, también existen 764 centros de salud mental que brindan servicios de atención sanitaria sin internamiento. De estos centros, aproximadamente la mitad son de carácter privado. en el campo de la salud mental(114,115).

En la actualidad, existen un total de 593 unidades de psicología clínica y psiquiatría registradas en los 832 hospitales públicos y privados en el ámbito de la salud mental. De estas unidades, 311 pertenecen a hospitales privados, lo que representa aproximadamente el 52% del total. Este porcentaje se ha mantenido constante desde 2017. Es importante destacar que en los últimos cuatro años se ha observado un aumento de 20 unidades en la oferta asistencial de psicología clínica y psiquiatría. Además, se ha registrado una tasa de crecimiento anual compuesto del 0,9% en este período(115).

Estos datos reflejan el papel significativo del sector privado en la provisión de servicios de psicología clínica y psiquiatría, complementando la atención pública y ofreciendo opciones adicionales de atención y tratamiento

Con respecto a Cataluña, se observa que hay una presencia significativa de hospitales privados en el ámbito de la salud mental un (91%) sobre el total, seguida de Andalucía y de Madrid, con un 89% y 88% respectivamente. En cuanto al número de camas, Cataluña es la comunidad con mayor cantidad de camas en el ámbito de la salud mental, con un total de 3.672, mientras que Madrid tiene el mayor porcentaje de camas privadas en comparación con el total con un 88%(115).

Desde 2016, el número de consultas de psiquiatría en los hospitales se ha mantenido estable, con alrededor de 5,4 millones de consultas anuales. En 2020 hubo un pequeño aumento,

llegando a 5,5 millones de consultas en total, de las cuales el 13% se realizaron en hospitales privados, lo que representa una disminución de 3 puntos porcentuales en comparación con años anteriores. La importancia de la atención médica privada ha aumentado en los centros ambulatorios especializados, donde se atiende la mayoría de las consultas de psiquiatría. En 2020, se registraron un total de 19.539 consultas de psiquiatría, de las cuales el 82% tuvieron lugar en centros privados(114,115).

A continuación, se enumeran los dispositivos existentes en Cataluña.

Dispositivos de salud mental en Cataluña(116):

- Centro de salud mental de adultos (CSMA)
- Centre de salud mental infanto juvenil (CSMIJ)
- Centro de hospitalización psiquiátrica:
 - Servicios de urgencias psiquiátricas
 - Servicios de hospitalización psiquiátrica de agudos
 - Servicios de hospitalización psiquiátrica de subagudos
 - Servicios de hospitalización de media y larga estancia
 - Hospitales psiquiátricos
 - Centros comunitarios polivalentes
 - Servicios de internamiento en la comunidad
 - Servicios de atención específica en salud mental y adicciones
- Servicios de hospitalización parcial de día para adultos (HD)
- Servicios de hospitalización parcia de día de adolescentes (HDA)
- Centre de día (CD) / Servicios de rehabilitación comunitaria (SRC)
- Centros de prevención y tratamiento de la anorexia-bulimia (TCA)
- Centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS)
- Unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD)
- Centros de prescripción de metadona
- Comunidades terapéuticas de drogodependencias (CT)
- Unidades hospitalarias de patología dual

1.3.4 Herramientas del sistema

El proceso de implementación de políticas sanitarias implica varias etapas: identificación de problemas, la formulación de estrategias, la implementación y la evaluación de sus resultados. Tanto a nivel nacional como en las diferentes CCAA se desarrollan PdS desde 1990. Estos planes se basan principalmente en los principios de la estrategia “Salud para todos” de la OMS(117).

Plan de salud

El Plan de Salud (PdS) es el marco de referencia en la planificación de políticas de salud de un territorio. Establece las estrategias de actuación sanitaria, la definición de objetivos y de proyectos con el objetivo de que mejoren los resultados en salud en la comunidad. Cuenta con el gobierno para marcar las prioridades en materia de salud.

El PdS da coherencia a las políticas de salud y servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud pública. Las actuaciones preventivas, asistenciales, aspectos socioeconómicos y los determinantes en salud, son de gran importancia para poder decidir las líneas estratégicas de estos PdS.

Dentro del PdS se priorizan esas líneas o programas que se consideran de alto impacto en la mejora del nivel global de salud de la población. Durante su desarrollo estarán sometidas a evaluación y monitorización para analizar el progreso alcanzado por dicha estrategia. En definitiva, se convierten en herramientas de planificación y programación de recursos(118).

La planificación sanitaria en España se lleva a cabo en el contexto del proceso de descentralización establecido por la Constitución Española de 1978 y se inició con el traspaso de competencias del Gobierno central a la Generalitat de Catalunya. Esto ha dotado a las CCAA de una mayor autonomía en la gestión y prestación de los servicios sanitarios, teniendo cada región sus necesidades y prioridades sanitarias específicas(119). Desde entonces, la prestación de los servicios sanitarios en Cataluña ha sido regulada, planificada y organizada por la Generalitat de Catalunya a través del Departamento de Salud, el Instituto Catalán de la Salud (ICS) y el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut)(27).

En 1990, el Parlamento catalán aprobó la "Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC)(106)", un importante hito legislativo que redefinió las funciones de planificación, contratación y prestación de los servicios sanitarios. Con ella se crean el "*Servei Català de Salut* (SCS)" y el "Pla de Salut (PdS)" como herramientas principales de la planificación sanitaria en Cataluña.

El SCS se encarga de gestionar la prestación de los servicios sanitarios, mientras que el PdS se encarga de la planificación y organización de los servicios sanitarios de Cataluña.

Cataluña ha sido una de las regiones que más ha invertido en la elaboración de PdS. En 1991 se presentó el documento marco para la elaboración del PdS de Cataluña, posteriormente, se crearon dos: el primero que abarca el período 1993-1995 y el segundo los años 1996-1998 (117).

Es importante mencionar en este punto la reforma de la AP que se inició en 1985, en consonancia con los principios establecidos en la Declaración de Alma-Ata de 1978(120). Estos principios clave incluyen la universalidad, equidad, participación de la comunidad, atención integral a la salud, enfoque en la salud pública, intersectorialidad, utilización de tecnología apropiada y sostenibilidad.

Desde 1991 se han completado en Cataluña siete ciclos consecutivos de planificación sanitaria. Estos ciclos de planificación implican el análisis de las necesidades asistenciales de la población, la identificación de prioridades y objetivos, y la definición de estrategias y actuaciones para alcanzar dichos objetivos. El PdS se revisa y actualiza cada cuatro años, proporcionando una hoja de ruta para el desarrollo y mejora de los servicios sanitarios en Cataluña (119,121).

En 2011, el *"Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya"* creó un plan destinado específicamente a abordar las enfermedades crónicas denominado "Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya". Este programa amplió la Línea 2 de la estrategia PdS 2011-2015 y se convirtió en la piedra angular de la estrategia de atención a este grupo de población, además del PdS(27).

En este contexto, el *"Servei Català de Salut"* (CatSalut) debe desempeñar una serie de funciones que incluyen la planificación, evaluación y financiación de la salud y los servicios sanitarios, así como la garantía de la participación de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Cabe destacar que, aunque el CatSalut tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios de salud estén disponibles y sean accesibles para la población, no necesariamente tiene que ser el encargado directo de gestionarlos. En este sentido, el CatSalut puede colaborar con otros actores del sistema de salud, tanto públicos como privados, para garantizar la prestación de servicios de calidad y que satisfagan las necesidades de la población. Con el objetivo de garantizar la equidad, el acceso a los servicios, la calidad, las prioridades, la coordinación entre distintos niveles asistenciales y la satisfacción del usuario, se empleará una red de proveedores públicos y privados. Para ello, se establecerán contratos de servicios con características específicas que permitan cumplir con estos principios fundamentales.(117).

Los PdS mantienen una coherencia interna en los cinco pasos clave: análisis de la situación, establecimiento de prioridades, alineación de los recursos, ejecución y seguimiento y evaluación. Los nuevos PdS se construyen a partir de un análisis riguroso de la situación y se monitorean de manera continua. Se definen objetivos específicos y medibles en un plazo de tiempo determinado. Aunque se pueden heredar algunas metas y estrategias de PdS anteriores, los nuevos planes permiten incorporar nuevas prioridades a medida que surgen. La atención se enfoca en asegurar una dirección clara para mejorar los resultados de salud a largo plazo, a la vez que se adapta a las circunstancias cambiantes y las necesidades emergentes de la sociedad.

Los proveedores del CatSalut se encargan de aplicar en el momento oportuno las prioridades establecidas en los PdS.

La colaboración entre el *Departament de Salut* y el CatSalut es crucial para el éxito de la planificación sanitaria. Sin embargo, cada vez más las prioridades identificadas en los PdS no están siendo incluidas en los procesos de contratación gestionados por el CatSalut. Esto podría significar que algunas de las estrategias o intervenciones identificadas en los planes no se están

implementando o financiando por completo a través del sistema de contratación actual. Por lo que, es importante asegurar que las prioridades identificadas en los PdS estén alineadas con los procesos operativos del CatSalut.

Aunque el seguimiento de los PdS ha mejorado significativamente, todavía no hay herramientas de evaluación unificadas para comprender la aplicación y la efectividad de estos planes en el logro de sus objetivos. La falta de esta evaluación dificulta la identificación de áreas que necesitan mejoras y la optimización de recursos y estrategias para alcanzar las metas de salud(119,121).

En términos generales, la elaboración de los PdS se sustenta en datos provenientes de análisis demográficos, información sobre morbilidad, indicadores epidemiológicos, costes sociales y sanitarios, estrategias intersectoriales, así como perspectiva de género y participación ciudadana(118).

Cataluña ha llevado a cabo una amplia gama de proyectos intersectoriales, incluyendo iniciativas como el *“Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública”* (PINSAP)(122), *“Pla d’atenció integrada social i sanitària”* (PAISS)(123), *“Pla integral d’atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions”* (PISMA)(124), la lucha contra la violencia de género hacia mujeres, niños y ancianos, la atención a menores inmigrantes no acompañados y el plan de seguridad alimentaria. Se buscan soluciones para cerrar las brechas en la implementación mediante enfoques institucionalizados, planificación conjunta, presupuestos compartidos, personal y responsabilidades compartidos en cuanto a los resultados.

Una prioridad constante en los PdS en Cataluña ha sido la colaboración intersectorial entre el sector sanitario y el social. La creación del PAISS ha puesto de manifiesto la necesidad de una acción conjunta y colaborativa para hacer frente a los retos que plantea una población cada vez más envejecida y frágil. Su objetivo es promover la integración de los servicios sanitarios y sociales para mejorar la atención y la calidad de vida de las personas en situación de fragilidad y dependencia(27,73). A pesar de la implementación de tales estrategias, las persistentes barreras institucionales y estructurales han obstaculizado el progreso en la integración de los servicios sociales y sanitarios. Un tema clave es la fragmentación en la asignación de recursos, que ha creado desafíos para la implementación efectiva de iniciativas de atención integrada. Esta fragmentación ha llevado a una falta de coordinación entre diferentes organizaciones, lo que ha resultado en un sistema desarticulado e ineficiente. Abordar estos obstáculos requiere un enfoque integral que involucre la colaboración y coordinación entre las partes interesadas y la asignación constante de recursos.

En Cataluña, hasta el momento, se han elaborado los siguientes planes de salud: 1993-1995(125); 1996-1998(126); 1999-2001(127); 2002-2005(128); 2011-2015(129); 2016-2020(129)

y 2021-2025(25) presentado recientemente. Durante el período de 2006-2010, no se realizó ningún PdS, fue un período de prórroga en el que se potenciaron los Planes Directores (PD), los cuales se ocupan de llevar a cabo las políticas estratégicas marcadas en el PdS.

Planes de cronicidad

El cambio epidemiológico ocasionado por el desarrollo de las enfermedades crónicas ocasionó la necesidad de mejorar en la organización del sistema sanitario y de sus recursos adoptando un enfoque más directo hacia la cronicidad y su impacto en el sistema(130).

La atención a la cronicidad se enfoca en la organización y la gestión de todos los recursos incluidos en el paciente crónico. La adaptación y optimización en los medios ya existentes se hace necesario para una buena gestión de este perfil de personas. Para ello, se elaborarán líneas enfocadas a las estrategias de atención de la cronicidad que marcarán las pautas de gestión de ese grupo mayoritario de individuos(130).

Algunas comunidades, e incluso a nivel nacional, crearán planes de crónicos para llegar a ese nuevo enfoque y nuevas necesidades que implica el abordaje de la enfermedad crónica. Por otro lado, en Catalunya, la estrategia de abordaje de este tipo de patologías se realizará desde el mismo PdS con el formato de líneas estratégicas que consiste en grandes conceptos estratégicos en los que se considera se han de centrar las políticas de salud definidas, y han de ser usadas como de hoja de ruta de la implantación del PdS.

En Cataluña se diseñó el programa de prevención y atención a la cronicidad, 2011-2014 y 2015-2018 consecutivos, que serán los trabajos que marcarán las líneas de abordaje de la cronicidad que se incorporarán en los planes de salud 2011-2015 y 2016-2020. En el 2021 se ha presentado el plan de salud 2021-2025 que ya incluye directamente la línea estratégica sobre cronicidad sin elaborar un programa previo.

Las enfermedades crónicas constituyen una alta carga económica, sanitaria y social para el sistema siendo urgente su abordaje y correcta gestión, al igual que los trastornos de salud mental. Las enfermedades crónicas y la salud mental a menudo se presentan de forma simultánea por lo que no considerarlas conjuntamente implica no abordar la situación en toda su complejidad, sin considerar la salud mental como un ámbito singular y relevante dentro de la cronicidad(3).

De esta forma, no se tienen en cuenta los aspectos de tipo psicológico en el desarrollo y progreso de las enfermedades crónicas, por lo que no se asocia enfermedad mental con enfermedad crónica en los planes de salud y programas de cronicidad. Esto acaba generando un mayor coste económico de las medidas que se intenten implantar y una menor eficacia de estas ya que se está dejando al margen una variante potente que puede condicionar de manera importante la evolución y proceso de enfermedad del paciente crónico.

Planes de salud territoriales (PdST)

El objetivo de los PdST es establecer las líneas estratégicas en materia de salud y atender a las necesidades específicas de las siete regiones sanitarias existentes en Cataluña: *Alt Pirineu i Ara, Lleida, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre, Catalunya Central, Girona y Barcelona* (Àmbit Metropolità Nord, Àmbit Metropolità Sud y Barcelona Ciutat). Los PdST han de adaptar los objetivos generales del PdS de Cataluña a las particularidades de cada territorio y asegurar que se implementen políticas y programas específicos que aborden las necesidades de salud de la población en cada región. Buscan garantizar que los recursos y las estrategias de salud se adapten de manera efectiva a las necesidades y desafíos únicos de cada región sanitaria.

Planes de salud mental

El objetivo de este tipo de planes y estrategias es el de contribuir a mejorar la salud mental, potenciar la investigación en salud mental y crear herramientas que permitan evaluar el avance del conocimiento en este campo, así como el seguimiento y desarrollo de la propia estrategia. Por otro lado, se espera de ellos que encuentren vías para tratar los efectos de otros factores de distinta índole que afectan a la salud mental en la actualidad.

Los retos estratégicos de este sector están identificados tanto a nivel global, (Plan de Acción Salud Mental 2013-2020 OMS), Europeo (Horizonte 2015-2020), Nacional (Plan Nacional de Salud 2009-2013(131), Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026(94)) y local (Estratègies 2017-2020. Pla director de salut mental i adiccions (Juliol 2017)"(80),).

2. Justificación de la tesis y planteamiento general de los estudios que la componen

La prevalencia de cronicidad orgánica va en aumento. La prevalencia de problemas de enfermedad mental crónica también va en aumento. La comorbilidad mental/orgánica, por lo tanto, también va en aumento.

Esta comorbilidad impacta en la salud y calidad de vida de las personas de manera significativa. También impacta en la efectividad y eficiencia de los modelos de atención, y, especialmente, del conjunto de la población y de la solvencia del sistema sanitario. Epidemiológicamente, esta comorbilidad no es un tema menor, y debería ser, por lo tanto, un elemento importante en las políticas de salud.

Por lo tanto, la planificación en políticas de cronicidad debería de integrar, o caminar muy de cerca, de las políticas de salud mental.

Dado el elevado impacto y consumo de recursos, tanto de la enfermedad crónica como de la enfermedad mental, se requiere un abordaje multidisciplinar e integral, con una adaptación del rol de los hospitales y de la atención primaria en el control de estas enfermedades, aumentando el uso de las nuevas tecnologías y haciendo inversiones en servicios sociales y salud pública. Asimismo, las enfermedades mentales crónicas se asocian a comorbilidades orgánicas, lo cual supone una carga notable y adicional para las personas, en pérdida de calidad de vida y esperanza de vida, y para el sistema, en términos de ineffectividad y sobrecoste parcialmente evitable.

Los sistemas de salud han de buscar soluciones para conseguir una transformación global que aborde las nuevas necesidades de las personas, familiares-cuidadores, y de los profesionales sanitarios de forma satisfactoria, y que, al mismo tiempo, consigan mantener la sostenibilidad del sistema sanitario(57).

Considerando la enfermedad mental como una enfermedad crónica más, con sus peculiaridades, y que el individuo que la sufre también está expuesto a comorbilidades orgánicas, no es asumible que siga existiendo separación entre la enfermedad física y la mental(58). Es aún más necesario detectar los clúster de personas con patologías orgánicas y mentales para optimizar su gestión y obtener mejores resultados en salud.

Se ha de apostar por un modelo de atención colaborativa en el que, el abordaje de la cronicidad y la atención a la enfermedad mental se realice de forma integrada, dando herramientas a la atención primaria para su gestión, tanto a nivel de capacitación como de coordinación(132).

En la última década se han desarrollado planes de cronicidad y estrategias de salud mental, en los que se han trabajado diferentes líneas estratégicas, con mayor o menos implementación en las diferentes CCAA. Estas iniciativas de transformación de la atención a la cronicidad suponen un elevado coste a la comunidad, por lo que es fundamental que se evalúen los resultados, y se difundan los mismos, dando así garantías de que estas medidas están siendo efectivas(57). La inclusión de las enfermedades mentales en las políticas de cronicidad permitiría aplicar los modelos de atención adecuados para mejorar las cargas que esto genera a las personas y al sistema.

Sin embargo, la cronicidad y la salud mental sigue siendo un ámbito de sombras.

La finalidad de este trabajo es intentar determinar el valor agregado que pueden aportar las estrategias de cronicidad y de enfermedad mental de Cataluña, en la transformación y adaptación al nuevo contexto epidemiológico poblacional. Este conocimiento permitiría aportar luz en esta área de grises, permitiría reconducir, modificar o adaptar las futuras líneas estratégicas de la atención.

3. Hipótesis

3.1 Hipótesis principales

Las enfermedades mentales tienen una menor presencia en la planificación de los servicios públicos de salud inferior a su relevancia en la morbilidad poblacional.

Las estrategias vigentes en Cataluña sobre cronicidad y enfermedad mental son casi insuficientes y están excesivamente alejadas entre sí.

La inclusión de la enfermedad mental dentro de las políticas sanitarias de gestión de la cronicidad, y la detección de clústeres de enfermedad orgánica y mental, redundaría en un beneficio asistencial para las personas y sus familias, en una mayor satisfacción de los profesionales sanitarios encargados de cuidar a estos individuos, y, a su vez, permitiría la optimización de recursos sanitarios y de costes asistenciales.

3.2 Hipótesis secundarias

Los planes de cronicidad desarrollados hasta ahora no consideran, en su conjunto, las enfermedades mentales como un ámbito singular y relevante.

La yuxtaposición de las estrategias/políticas/planes de salud mental que, eventualmente, se pueden haber desplegado en Cataluña tampoco hacen de la comorbilidad orgánica un elemento relevante de planificación sanitaria.

La inclusión de la enfermedad mental en las estrategias de cronicidad permitiría la adopción de modelos de atención integral, integrada y centrada en la persona más adecuados para atender las necesidades sanitarias y sociales de la población diana.

Existen determinados elementos clave en la inclusión de la dimensión mental en las políticas de cronicidad que aumentarían la efectividad y la eficiencia de los modelos de atención y que reducirían la brecha de salud que sufren las personas con comorbilidad orgánica y mental.

4. Objetivos del conjunto de la tesis

4.1 Objetivo general

Valorar si el nivel de inclusión de la enfermedad mental y su comorbilidad orgánica dentro de las políticas sanitarias de gestión de la cronicidad es actualmente insuficiente

Analizar si su incorporación efectiva podría comportar un beneficio asistencial para las personas y familiares, una mayor satisfacción de los profesionales sanitarios, y una optimización de recursos sanitarios y de costes asistenciales.

Las hipótesis y los objetivos específicos de cada estudio se describen en cada uno de ellos.

5. Metodología general

La tesis se ha estructurado en tres estudios principales. En primer lugar, analizamos las directrices de las políticas sanitarias en materia de planes de salud, desde la perspectiva de la cronicidad y la salud mental. En segundo lugar, se evalúa las opiniones de los usuarios directos, es decir, gestores, profesionales sanitarios, pacientes, sobre la aplicación de estos planes de salud y se identifican áreas de mejora. Por último, un tercer estudio, centrado en las experiencias y opiniones de expertos que tienen y han tenido responsabilidad política sobre la salud poblacional, para determinar áreas de mejora y líneas de actuación futura.

5.1 Diseño de la tesis

Para la realización de esta tesis y de sus trabajos se ha desarrollado un conjunto de metodologías que se considera pueden dar respuesta a los diferentes objetivos planteados.

Figura 12. Metodologías utilizadas en la elaboración de esta tesis. (Elaboración propia).



6. Estudios

ESTUDIO 1.

Abordaje de la salud mental dentro de los planes de cronicidad y planes de salud de Cataluña

ESTUDIO 2.

Consenso mediante método Delphi de la representación de la enfermedad mental en las políticas en cronicidad de Cataluña

ESTUDIO 3.

Macrogestión de la salud mental y la cronicidad: la visión de los antiguos responsables de las políticas sanitarias en Cataluña.

1

Estudio

**Abordaje de la salud mental dentro
de los planes de cronicidad y planes
de salud de Cataluña**

ESTUDIO 1: Abordaje de la salud mental dentro de los planes de cronicidad y planes de salud de Cataluña

1. Hipótesis

Los planes de cronicidad y salud desarrollados desde 1993 hasta ahora, no consideran, en su conjunto, las enfermedades mentales crónicas como un ámbito singular y relevante y relacionado con la cronicidad de origen orgánico.

La inclusión de la enfermedad mental (EM) en las estrategias de cronicidad, y la detección de clústers de patologías orgánica y mental, permitiría facilitar una atención integral y centrada en la persona y su entorno.

2. Objetivo

- **Objetivo Primario:** analizar la inclusión de la EM en los planes de salud (PdS) y programas de cronicidad (PC) desarrollados hasta la fecha en Cataluña.
- **Objetivo Secundario:** valorar si se ha tenido en cuenta la enfermedad mental crónica, la comorbilidad de la enfermedad mental crónica y la comorbilidad no psiquiátrica en la enfermedad mental, en las políticas de gestión de cronicidad.

3. Metodología

Considerando la amplitud de la pregunta de investigación, se decide realizar un *scoping review* basada en el marco de Arksey et O'Malley(133).

La pregunta de investigación se diseñó según Arksey et O'Malley(133,134). Siendo una pregunta amplia centrada en planes de estrategias políticas, **¿Cuál es el tipo de inclusión de la salud mental en los planes de salud y programas de cronicidad en Cataluña?** Entendemos como PdS(135), la herramienta de las administraciones sanitarias para orientar y planificar los objetivos y recursos en salud de la comunidad. Los programas de cronicidad se refieren a la planificación de políticas de salud enfocadas al abordaje de las patologías crónicas. El término

cronicidad se entiende según *TERMCAT* como “Conjunto de problemas de salud crónicos y de los efectos que producen sobre las personas o sobre grupos poblacionales, su entorno, el sistema sanitario y la sociedad en general.”(6,7).

Se realizaron dos búsquedas en paralelo. La principal que se basó en la búsqueda de PdS en las webs del *Departament de Salut* de Cataluña, y la otra de material complementario que enriqueció la discusión del análisis de los PdS.

Búsqueda de documentación

Se realizaron dos búsquedas, una en junio 2020 a través de plataformas digitales del *Departament de Salut* de Cataluña, y otra en octubre 2022 en las bases de datos PUBMED, SCOPUS y Gaceta Sanitaria. Estas bases de datos fueron seleccionadas debido a la falta de publicaciones indexadas sobre gestión en salud.

La búsqueda en base de datos se basó en las cadenas que se muestran en la figura 13 con conceptos clave de la pregunta de investigación.

Figura 13. Cadena de conceptos de búsqueda en bases de datos. (Elaboración propia).

- plan de salud AND Cataluña
- políticas de cronicidad AND Cataluña
- programas crónicos OR plan de crónicos AND Cataluña
- cronicidad AND salud mental AND políticas salud
- enfermedad orgánica AND salud mental AND políticas cronicidad

4. Resultados

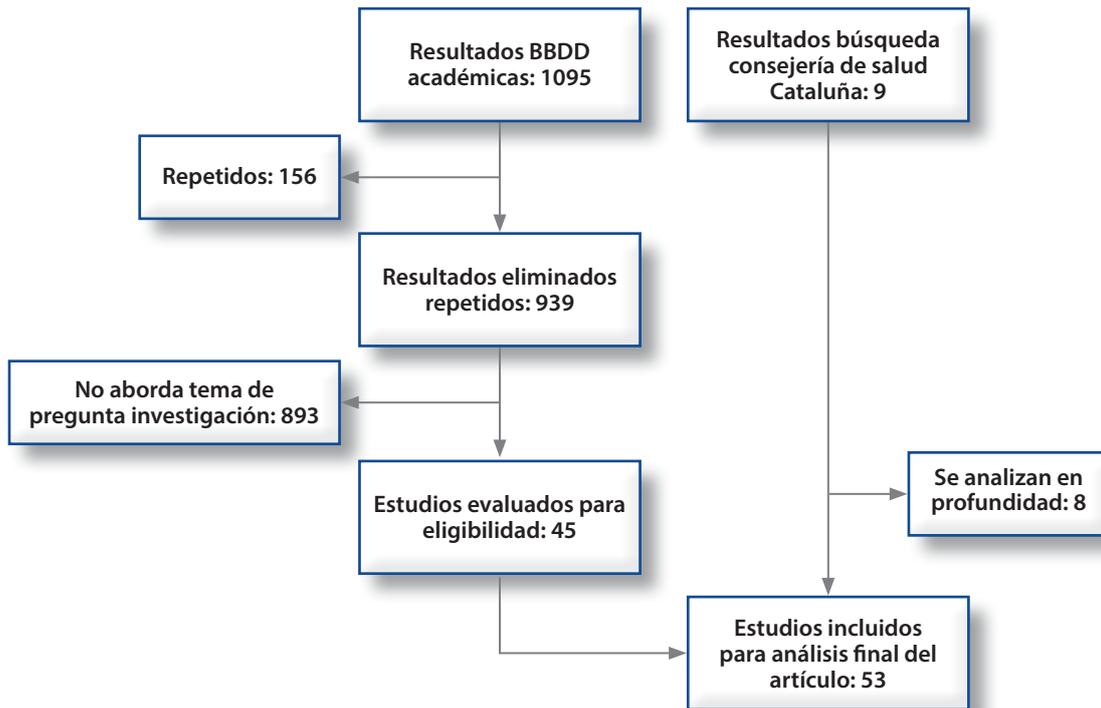
Resultados de la búsqueda.-

En la figura 14 se muestra el proceso de selección de la documentación. El anexo 2 contiene un listado bibliográfico de las referencias seleccionadas para realizar el análisis final del artículo. Cabe señalar que el análisis principal se centra en los 8 PdS publicados, y la literatura restante servirá como material complementario para enriquecer el análisis.

Con respecto a la búsqueda en el *Departament de Salut* de PdS, se recuperaron 9 documentos que comprenden 8 planes de salud y 1 plan de prevención y atención a la cronicidad.

En bases de datos, de las 5 estrategias de búsqueda propuestas se recuperaron un total de 1.095 registros. De estos, se eliminaron 156 por estar duplicados. De los 893 artículos restantes, se detectaron 44 documentos que abordaban la pregunta de investigación.

Figura 14. Proceso selección para la inclusión en estudio. (Elaboración propia)



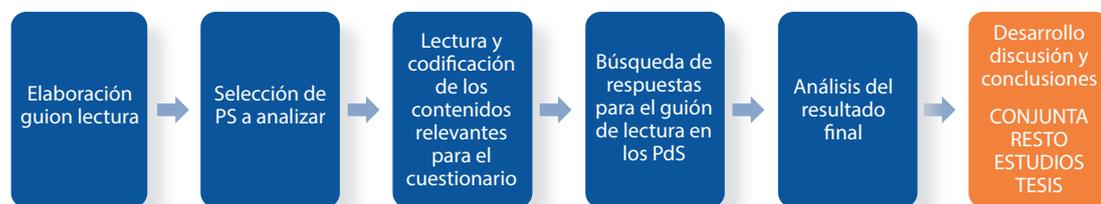
4.1 Análisis descriptivo de los planes de salud

Como instrumento para recoger la información y realizar el análisis de los PdS de Cataluña, se siguió la metodología de diseño de cuestionario como guía de lectura, utilizado por C.Borrell et al.(136), realizando una adaptación a las necesidades de nuestro estudio.

Se diseñó un cuestionario a modo de guía de lectura para recoger toda la información considerada relevante para nuestro objetivo. Las preguntas se cerraron con dos opciones de **Sí** y **No**. Se concreta que en las situaciones donde haya duda en la respuesta, lo consideraríamos como **Sí** para realizar un análisis más profundo del tema si fuera necesario.

La metodología en el análisis de los PDS se muestra en la figura 15:

Figura 15. Fases investigación. (Elaboración propia)



Selección de los planes a analizar:

En la plataforma de la consejería de salud de Cataluña, se encontraron 9 documentos que incluyen PdS y 1 plan de prevención y atención a la cronicidad (tabla 4), abarcando desde el documento marco de PdS de 1991 hasta el PdS 2021-2025.

Tabla 4. Tabla resultados búsqueda PdS y de Cronicidad

PLANES DE SALUD (PS)
Document Marc Pla de salut de Catalunya 1991(137)
Pla de salut de Catalunya 1993-1995 (125)
Pla de salut de Catalunya 1996-1998 (126)
Pla de salut de Catalunya 1999-2001 (127)
Pla de salut de Catalunya 2002-2005 (128)
Pla de salut de Catalunya 2011-2015 (138)
Pla de salut de Catalunya, 2016-2020 (129)
Pla de Salut de Catalunya, 2021-2025 (25)

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA CRONICIDAD (PPAC)
El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014 (139)

*Nota. Elaboración propia.

Hasta el momento en Cataluña se han elaborado los siguientes PdS: 1991; 1993-1995; 1996-1998; 1999-2001; 2002-2005; 2011-2015; 2016-2020; 2021-2025. En 2011-2014 se elaboró el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC).

En la tabla 5 se muestra la evolución de las políticas a lo largo de los años en respuesta a las necesidades y objetivos marcados. A lo largo de los años se ha producido una evolución significativa centrada en el enfoque de las políticas. Inicialmente, los planes se centraban en la prevención y promoción de la salud muy marcado por la influencia de la estrategia mundial de la OMS "Salud para todos"(140). Con el tiempo, ha habido un cambio hacia el fortalecimiento de los servicios de la atención primaria, especializada y hospitalarios. En los dos últimos planes, se ha observado un enfoque más estratégico, prestando mayor atención a los determinantes sociales de la salud(119).

Del total de documentos encontrados, sólo en tres se hace un abordaje directo a la gestión de la cronicidad, a parte del documento PPAC. Estos PdS son 2011-2015; 2016-2020 y 2021-2025; son los únicos que plantean la cronicidad como una línea de abordaje en la que utilizar estrategias para un mejor control y gestión (tabla 6).

Tabla 5. Evolución del diseño e implementación de la planificación de salud.

Periodo	Planes de salud	Responsabilidad	Ejes de planificación	Orientación	Áreas prioritarias	Implementación
1979 – 1990 Ley 15/1990. Ordenación Sanitaria Cataluña (LOSC)		Departament de salut	Productivitat	Reformas del sistema de salud	Desarrollo territorial y calidad de vida relacionada con la salud	
1991	Documento marco para la realización de los planes de salud	Departament de Salut i Seguretat Social	Reorganització	Organització de serveis	Prevenció y promoción salud Atención primaria	A través de los planes de salud
1993 – 2001	1993-1995 1996-1998 1999-2001	CatSalut	Objetivos de la OMS para el 2000	Actividades preventivas	Atención primaria y prevención	Contrato de servicios para la atención primaria y los hospitales
2002 – 2010	2002-2005 2006-2010 (planes directores)	Departament de salut	Principales problemas de salud	Programas específicos	Atención primaria y prevención, atención especializada y enfermedades	Planes directores
2011 – 2015	2011-2015	Departament de salut	Servicios de salud	Reordenación de los servicios sanitarios. Más salud y mejor calidad de vida.	Atención especializada	Reordenación servicios sanitarios
2016 – 2020	2016-2020	Departament de salut	Desigualdades en salud, participación y colaboración intersectorial	Políticas sanitarias estratégicas	Visión sistémica	Equidad, participación y políticas intersectoriales
2021 - 2025	2021-2025	Departament de salut	Objetivos de salud y reducción desigualdades	Políticas sanitarias estratégicas	Atención integrada y resolutive	Acuerdo ejecutivo bienal. Participación y comunicación en planes regiones sanitarias.

*Nota: Adaptado y ampliado de documento OMS 2020(119)

Tabla 6. Revisión planes de salud foco cronicidad.

Plan de salud		Foco cronicidad
1993-1995		NO Actividades preventivas
1996-1998		NO Actividades preventivas
1999-2001		NO Actividades preventivas
2002-2005		NO Programas específicos
2011-2015		Sí. Aparece enfoque en la línea de actuación 2. Reordenación de los servicios sanitarios.
2016-2020		Sí. Aparece enfoque en la línea estratégica 6. Políticas sanitarias estratégicas.
2021-2025		Sí. Aparece la gestión de la cronicidad en las diferentes líneas estratégicas que se abordan en el plan.

*Nota. Análisis de los planes de salud publicados en Cataluña. (Elaboración propia).

El PPAC tiene como objetivo implantar un modelo de atención social y sanitaria. Se ejecuta como línea estratégica 2 del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015, aportando seis proyectos estratégicos de trabajo.

- 2.1. Implantar procesos clínicos integrados.
- 2.2. Promover los programas de protección y promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas.
- 2.3. Potenciar la autoresponsabilización de los pacientes y cuidadores. Fomentar el autocuidado.
- 2.4. Desarrollar alternativas asistenciales en un sistema integrado.
- 2.5. Desplegar programas territoriales de atención a los pacientes con complejidad clínica.
- 2.6. Fomentar el uso racional del medicamento.

Al igual que los PD, se basa en los objetivos estratégicos de los PdS, por lo que no incluimos un análisis específico del mismo ya que se estudiará el PdS 2011-2015.

Los tres documentos que analizar en profundidad fueron inicialmente revisados por la misma persona (IA). Posteriormente, con el fin de identificar posibles discrepancias, consensuar decisiones dudosas y sistematizar aún más el uso del cuestionario, también fueron revisados por los directores de esta tesis (BR) y (CB). (Tabla 6)

4.2 Elaboración del cuestionario análisis planes

La elaboración del cuestionario que sirvió como guía de lectura, se basó en el documento *“Estudio de los elementos clave en el desarrollo de políticas de atención a la cronicidad en España. 2020. B. Ruiz, C. Blay, I. Amo et al.(75) ”*, el cual tiene como objetivo determinar el conjunto de acciones que debían configurar las políticas de atención a la cronicidad, partiendo de las acciones que ya estaban en marcha y que se habían propuesto anteriormente. En este informe se utiliza la *“Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” (EAC) (141)* como elemento referencial del análisis comparativo. En este caso, se puso el foco en políticas públicas, mediante el análisis de problemas y las posibles soluciones, en relación con los objetivos a alcanzar, y la consideración de la dimensión poblacional, los recursos comprometidos, el tiempo a emplear y las estructuras normativas y organizativas necesarias. Este trabajo no recoge la respuesta dada a la cronicidad desde el ámbito de las aseguradoras privadas con financiación pública como los colectivos de funcionarios del Estado (MUFACE, MUGEJU, ISFAS), de las mutualidades aseguradoras privadas (ADESLAS; DKV, ASISA, etc), de la salud laboral y de la salud penitenciaria. El documento en si hace una revisión crítica sobre las estrategias de cronicidad identificando elementos claves de relato, planificación, diseño e implementación, y generando una serie de recomendaciones y acciones para la actualización de políticas sanitarias. Serán estas recomendaciones y acciones las que inspiraron la elaboración del cuestionario de la guía de lectura que se realizó para el análisis de la documentación (Tabla 7).

Para la elaboración de la guía de lectura (tabla 7) se plantearon aspectos de la gestión de la cronicidad y el papel de la salud mental dentro de esas políticas, enfocándose en aquellas que impliquen líneas de promoción y prevención de la salud, coordinación entre niveles asistenciales y alianzas con otros sectores en los que se tengan en cuenta la salud mental.

Se elaboró el siguiente cuestionario para el análisis de la documentación:

Tabla 7. Cuestionario para el análisis cualitativo de los planes de salud

Cuestionario análisis planes de salud
¿Se describen propuestas de protección y promoción de la salud, y prevención de las enfermedades crónicas? ¿Dentro de estas propuestas se tiene en cuenta la salud mental?
¿Se aborda de manera específica la reducción de desigualdades sociales y riesgo de inequidad en las personas con cronicidad? ¿Este abordaje tiene en cuenta enfoques con respecto a la salud mental?
¿Se proponen alianzas del sistema de salud con otros sectores (social, financiero...) para una mejor gestión del paciente crónico? ¿Estas alianzas tienen en cuenta la persona con enfermedad mental?
¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para el abordaje de la enfermedad mental crónica? ¿y para la enfermedad mental como comorbilidad?
¿Se definen proyectos para la coordinación entre niveles asistenciales que tengan en cuenta la enfermedad mental?
¿Propone objetivos específicos y/o líneas de actuación para la desinstitucionalización de la persona con enfermedad mental?
¿Propone líneas de actuación para el seguimiento del paciente crónico con patología mental?
¿A nivel de uso de TICs en la gestión de la cronicidad, se tienen en cuenta las características de las personas con enfermedad mental?
¿Se incentiva la gestión de la cronicidad basada en resultados y objetivos? ¿En esta estrategia de incentivación se incorpora la salud mental?
¿Contempla el desarrollo de una historia clínica compartida? ¿Esta compartición se propone entre los sectores social y sanitario o solo sanitario? ¿en estas propuestas la enfermedad mental se tiene en cuenta?
¿El plan incorpora una aproximación a la atención a la patología desde los recursos sanitarios de provisión privada?
¿Plan incorpora estrategias de atención centrada en la persona? ¿En esas propuestas la enfermedad mental también se incluye? ¿Cuándo habla de ello incorpore o no la salud mental, hace propuestas sobre la toma de decisiones compartidas?
¿El plan de salud propone iniciativas relacionadas con la revisión de la polifarmacia, conciliación de pautas y prescripción centrada en la persona?

*Nota. Elaboración propia.

4.3 Planes de salud

La organización sanitaria sucede en un contexto de descentralización promovido por la Constitución Española en 1978. En 1981 se inició el traspaso de competencias a Cataluña. En ese período el Departament de Salut, el Institut Català de la salut planificaron los servicios sanita-

rios. La Ley 15/1990 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC)(106) se centró en la ordenación sanitaria, redefinió las funciones de planificación, las prestaciones y compras asistenciales, creó el *Servei Català de la Salut* y fijó el PdS como hoja de ruta de la organización sanitaria. El objetivo principal del mismo es dar respuesta a las necesidades percibidas en salud y formalizar las políticas del Gobierno que esté en el poder en ese momento.

En general, los documentos de PdS están formados por una parte introductoria en la que se aborda la situación del entorno del momento de realización del informe, un apartado de objetivos para ese período y por último una sección en la que se definen los ejes, líneas estratégicas y proyectos. El análisis de los documentos se realizó teniendo en cuenta el eje en el que se aborda la enfermedad crónica.

Análisis Document Marc de PdS 1991(137)

Después de la promulgación de la Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria(106) se estableció que el PdS debe ser el instrumento de referencia para las políticas de salud en Cataluña. Este fue el primer documento creado para cumplir con los objetivos establecidos por la ley y se puede considerar como el marco de referencia para la elaboración de los PdS en Cataluña.

Durante la elaboración del documento se adaptaron los objetivos de la estrategia regional europea de "Salud para todos en el año 2000"(140) a la realidad de Cataluña. Esta estrategia se basó en la resolución de 1981 de la Asamblea Mundial de Salud, que estableció como objetivo social principal de los gobiernos y la OMS lograr que todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 tengan un nivel de salud lo suficientemente adecuado para llevar una vida social y económicamente productiva. En 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata(52), se destacó el papel principal de la AP para alcanzar este objetivo.

Este documento marco para la elaboración de los PdS se crea desde el ***Departament de Sanitat i Seguretat Social*** centrado en políticas preventivas, de promoción de la salud y organización de servicios. Sus ejes estratégicos principales se centrarían en áreas como:

- Identificar la envergadura de cada problema de salud y establecer los objetivos a alcanzar en cada una de ellas en términos de morbilidad, mortalidad o discapacidad.
- Crear programas de intervención específicos según la patología.
- Realizar actividades de prevención y promoción de la salud desde la atención primaria.
- La formación continuada de los profesionales se realizará desde las unidades docentes. El resto deberán pasar la acreditación del *Consell Coordinador de la Formació Mèdica Continua*.

Análisis general PdS 1993-1995(125)

Es el primer PdS de Cataluña. Lo elabora el *Departament de Sanitat i Seguretat Social* con previsión que lo lleve a cabo el *Servei Català de la Salut*.

Este PdS se despliega a través del *Consell de Direcció del Servei Català de Salut a las Regions Sanitàries* y de estas a los *Sectors Sanitaris* para configurar los PdS de Sector, y a partir de estos se elaboran los PdS regionales y finalmente el PdS de Catalunya.

Se siguen los objetivos presentados en el documento marco para la elaboración de un plan de salud. Se centra en objetivos generales de salud y objetivos generales de reducción de riesgos, expresando los resultados que se espera alcanzar. Por otro lado, están los objetivos operacionales del PdS que representan la concreción de las líneas estratégicas. También encontramos un apartado de objetivos e intervenciones sobre los servicios sanitarios y sociosanitarios, que se culmina con la creación del *Servei Català de Salut (SCS)* destacando la mejora de la equidad, eficiencia y calidad del servicio, y la necesidad de desarrollar instrumentos que permitan hacer efectivas las políticas de salud y de servicios.

Con respecto a la SM, es un momento de reforma psiquiátrica que aboga por un abordaje de la enfermedad mental que tenga en cuenta al individuo desde la perspectiva biológica, psicológica y social. Para entonces se habían transferido los servicios de SM desde las diputaciones al *Departament de Salut*. Este documento ya aborda la necesidad del trabajo conjunto entre los profesionales de la red de SM y los profesionales del trabajo social. Por otro lado, se discute la reorganización de los equipamientos desde una apuesta por la desinstitucionalización.

Análisis general PdS 1996-1998(126)

Este PdS da continuidad a los problemas de salud detectados durante la realización del PdS de 1993-1995. Tiene enfoque en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, equidad, eficiencia y calidad de los servicios, y la satisfacción de los ciudadanos en los mismos. Se da un especial énfasis en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos con un enfoque a los grupos más desfavorecidos. Por otro lado, en cuanto a los profesionales, destaca una práctica clínica centrada en la evidencia científica y el interés por mejorar la comunicación con las personas protegiendo sus derechos básicos.

En cuanto a la SM, en este PdS se continúa con las estrategias de despliegue y ordenación de recursos. Por otro lado, se propone avanzar en la formación continua de los profesionales sanitarios en técnicas de entrevista y concreción de criterios comunes en patologías mentales desde la coordinación de la red de salud mental y atención primaria.

Se insiste en la necesidad de trabajar en prevención secundaria y terciaria de los problemas de SM y la necesidad de potenciar la continuidad asistencial en la gestión de la persona con enfermedad mental. Otra área que se aborda es la falta de atención integral en este tipo de problemas, que se centra en el área clínica y no aborda la parte familiar y social.

Análisis general PdS 1999-2001(127)

Este PdS correspondería al tercer ciclo de planificación sanitaria, que fijaba los objetivos de salud para el año 2000 de acuerdo con la estrategia Europea de la OMS de salud para todos(140).

Sigue tres ejes principales que serían: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; equidad, eficiencia y calidad de servicios; y la satisfacción de los usuarios. Con respecto a la equidad y la disminución de desigualdades se focalizan las intervenciones en los grupos de población más vulnerables, se considera necesario trabajar en el bienestar de este grupo para conseguir buenos resultados, focalizándose en áreas como el trabajo, la educación y la cultura entre otros.

Se comienza a trabajar en búsqueda de soluciones con respecto al envejecimiento de la población y a las enfermedades crónicas relacionadas, las discapacidades y los condicionantes de salud enfocados en estilos de vida, entorno social y medio ambiente.

Aunque mantiene un enfoque continuista, se han incluido intervenciones enfocadas a problemas de salud emergentes como los trastornos alimentarios y las úlceras por presión. Asimismo, se ha presentado un programa piloto de cribaje del cáncer colorrectal.

Con respecto a la SM, se pone especial atención en el desarrollo de estrategias en atención primaria para potenciar la detección precoz de los problemas de salud mental más frecuentes.

Análisis general PdS 2002-2005(128)

Con este PdS se inicia una nueva etapa en la planificación sanitaria de Cataluña. Destaca la ampliación de la vigencia del PdS a cuatro años *debido a que tres años es un período muy breve para poder observar modificaciones significativas, y la aceptación, únicamente, de los objetivos que puedan ser evaluados, con el objetivo de obtener indicadores cuantificables del problema.*

Se dejan de asumir los objetivos formulados por la OMS-Europa o por la Unión Europea como propios, ya que estas políticas no contemplan las diferencias existentes entre los estados miembros.

Se da prioridad a las intervenciones para la reducción de las enfermedades crónicas en el envejecimiento, accidentes y enfermedades infecciosas. Modificación en los estilos de vida, des-

tacando la lucha contra el tabaquismo, el consumo de alimentos saludables y el aumento de la actividad física.

Se sigue trabajando en potenciar la capacidad y las habilidades profesionales de AP en la detección precoz de problemas de SM, y en aumentar la atención integral a este perfil de personas. Se sigue apostando por el programa interdepartamental de trastornos de conducta alimentaria.

Análisis período del 2006 al 2010:

Durante este período, no se han encontrado la publicación de ningún PdS. Esta etapa se considera un período de prórroga en el que se potenciaron los Planes Directores (PD), los cuales han de definir sus estrategias teniendo en cuenta la determinación de los objetivos marcados en el PdS. Ya que los PD se basan en los objetivos de los planes estratégicos, no se incluirán en este análisis que tiene como objetivo analizar las políticas generales que se diseñaron y diseñan para el abordaje de la cronicidad.

Los PD se centrarán, sobre todo, en el abordaje de patologías concretas, lo que potenciará el enfoque biomédico de las políticas en salud. En este período se desarrollaron siete PD enfocados en diferentes patologías: oncología, aparato circulatorio, aparato respiratorio, salud mental y adicciones, enfermedades reumáticas y del aparato locomotor), y dos relacionados con la inmigración y la cronicidad.

Análisis general PdS 2011-2015(138):

Se pone especial interés en optimizar los servicios sanitarios centrados en la persona. Se enfoca en mejorar la ejecución de proyectos como la reorganización de la atención hospitalaria y la implementación de iniciativas como los códigos de respuesta rápida para situaciones de infarto, accidente cerebrovascular, suicidio, politraumatismo o sepsis.

Además, se llevaron a cabo proyectos interdepartamentales e intersectoriales, tales como el *Pla Interdepartamental i intersectorial de salut pública (PINSAP)*(142), el *Programa de salut comunitaria (COMSalut)*(143) y el *Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)*(144). Asimismo, cabe destacar la creación de programas de seguridad del paciente y sistemas de acreditación para hospitales y centros de AP. Al igual que programas de encuestas de satisfacción a la población como el *Pla d'Enquestes de Satisfacció d'Assegurats del CatSalut (PLAENSA)*(145)

Por otra parte, se establece la *Central de Resultats*, que depende de la *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS)*, y que publicará los resultados obtenidos en un formato accesible al público, con el objetivo de fomentar la transparencia y rendición de cuentas.

Con respecto a los ejes estratégicos, el PdS 2011-2015 está formado por tres:

- Eje 1: Más salud para todo el mundo y mejor calidad de vida.
- Eje 2: Transformación del modelo de atención: mejor calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones sanitarias.
- Eje 3: Modernización del modelo organizativo: un sistema sanitario más sólido y sostenible

El abordaje a la persona con enfermedad crónica se realiza desde el eje 2, en la línea de actuación 2: *“Un sistema más orientado a los enfermos crónicos”*, formada con los siguientes proyectos:

- 2.1. Implantar procesos clínicos integrados.
- 2.2. Potenciar los programas de protección, promoción y prevención.
- 2.3. Autoresponsabilización de los pacientes y cuidadores, y fomento del autocuidado.
- 2.4. Desarrollo de alternativas asistenciales en un sistema integrado.
- 2.5. Desarrollar programas territoriales de atención al paciente crónico complejo.
- 2.6. Implantar programas de uso racional del medicamento.

El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya (PPAC)(139) se hace operativo como línea 2 de este PdS. Su propósito es ofrecer un nuevo modelo de atención sanitaria y social para todos los ciudadanos, que aborde los desafíos planteados por la cronicidad y la dependencia; y promover la salud y la prevención de los factores de riesgo y enfermedades crónicas de mayor impacto, mediante la prestación de atención desde las etapas iniciales hasta los estadios más complejos.

Análisis general PdS 2016-2020(129):

Fortalece las políticas estratégicas de salud para abordar los determinantes sociales de la salud a través de intervenciones coordinadas.

Se crean órganos como:

- *Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació*: impulsar y coordinar la implementación de los objetivos estratégicos y operativos de la prestación de servicios sanitarios de cobertura pública.
- *Direcció General de Professionals de la Salut*: fortalecer las políticas departamentales con relación a la ordenación y el desarrollo profesional.

Se prioriza el trabajo colaborativo entre departamentos y sectores, la revisión del modelo de atención primaria y salud comunitaria, la investigación y la innovación con el primer *Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut (PERIS)*(146).

Este PdS está formado por cuatro ejes que muestran los cuatro ámbitos de intervención que se quieren abordar:

- Eje 1: El compromiso y la participación de las personas.
- Eje 2: Atención de calidad.
- Eje 3: El buen gobierno.
- Eje 4: Salud en todas las políticas.

El abordaje a la persona con enfermedad crónica en este caso se realiza desde el eje 2, en la línea de actuación 6: *“Atención integrada y cronicidad”*, formada con los siguientes proyectos:

- 6.1. Implementación de un modelo de atención integral y centrado en las personas con enfermedades crónicas y con necesidades complejas, desde una óptica poblacional.
- 6.2. Implementación del modelo de atención integrada en los territorios y los equipos asistenciales.
- 6.3. Desarrollo de instrumentos transversales facilitadores del modelo de atención integrada.
- 6.4. Modelo organizativo de atención integral en la población adulta e infantil con necesidades paliativas y en situación de final de vida.
- 6.5. Atención integrada al paciente crónico complejo de salud mental.

Estos proyectos serán el foco de nuestro análisis en este estudio.

La implementación del PIAISS evidenció la importancia de una colaboración interdepartamental entre los sectores de salud y social para hacer frente a los desafíos que surgen del envejecimiento y la fragilidad de la población. Se desarrollaron diversas herramientas e instrumentos para promover la integración social y sanitaria como la identificación de paciente crónico complejo (PCC) y el modelo de atención a la cronicidad avanzada (MACA), que incluyen estrategias de estratificación de riesgos, planes de intervención individualizados y compartidos. Aunque en un principio se dio prioridad a la población con mayores necesidades sociales o sanitarias

complejas (pacientes crónicos), la atención integrada tiene como meta abarcar a toda la población, con el propósito de satisfacer todas las necesidades de la sociedad en su conjunto(147).

Análisis general PdS 2021-2025(25):

Tiene voluntad de transversalidad y de ser más estratégico que los anteriores. Viene marcado por el informe *“Retrospectiva de treinta anys de planificació sanitària a Catalunya”* (148) y la crisis de la COVID-19. Se basa en los principios éticos de respeto por la personas, justicia social y equidad, cuidado de las personas y del entorno, y eficiencia y sostenibilidad.

Este PdS está formado por cuatro líneas estratégicas que muestran los cuatro ámbitos de intervención que se quieren abordar:

- Estrategia 1: Igualdad de oportunidades en salud a lo largo de la vida.
- Estrategia 2: Entornos saludables.
- Estrategia 3: Integración de atención a la salud.
- Estrategia 4: Palanca de cambios transversales.

El abordaje a la cronicidad en este caso se realiza de forma transversal, apareciendo referencias en las diferentes estrategias diseñadas. Destacaríamos las dos áreas de prioridad de abordaje que se destaca en el documento:

Prioridades salud:

- Estilos de vida y factores de riesgo
- Bienestar emocional y salud mental
- Desigualdades sociales y de salud
- Cronicidad, complejidad y fragilidad
- Medicalización de la vida cotidiana
- Violencia
- Enfermedades transmisibles y pandemias
- Contaminación ambiental
- Resistencia microbiana

Tabla 8. Resultados cuestionario análisis PdS cronicidad y salud mental.

Cuestionario análisis planes de salud		PS 2011-2016	PS 2016-2020	PS 2021-2025
Prevenición y promoción salud	¿Se describen propuestas de protección y promoción de la salud, y prevención de las enfermedades crónicas?	SÍ	SÍ	SÍ
	¿Dentro de estas propuestas se tiene en cuenta la salud mental?	NO	NO	SI
Desigualdades sociales	¿Se aborda de manera específica la reducción de desigualdades sociales y riesgo de inequidad en los pacientes con cronicidad?	SÍ	SÍ	SÍ
	¿Este abordaje tiene en cuenta enfoques con respecto a la salud mental?	SÍ	SÍ	SI
Alianzas con otros sectores	¿Se proponen alianzas del sistema de salud con otros sectores (social, financiero...) para una mejor gestión del paciente crónico?	SÍ	SÍ	SÍ
	¿Estas alianzas tienen en cuenta el paciente con enfermedad mental?	SÍ	SÍ	SI
Abordajes específicos y líneas de actuación	¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para el abordaje de la enfermedad mental crónica?	SÍ	SI	SÍ
	¿Y para la enfermedad mental como comorbilidad?	NO	NO	SI
Coordinación entre niveles asistenciales	¿Se definen proyectos para la coordinación entre niveles asistenciales que tengan en cuenta la enfermedad mental?	SI	SI	SI
Desinstitucionalización	¿Propone objetivos específicos y/o líneas de actuación para la desinstitucionalización del paciente con enfermedad mental?	NO	NO	NO
	¿Propone líneas de actuación para el seguimiento del paciente crónico con patología mental?	NO	SI	NO
TICs	¿A nivel de uso de TICs en la gestión de la cronicidad, se tienen en cuenta las características de los pacientes con enfermedad mental?	NO	NO	NO
	¿Se incentiva la gestión de la cronicidad basada en resultados y objetivos?	SÍ	NO	NO
Estrategia incentivación	¿En esta estrategia de incentivación se incorpora la salud mental?	NO	NO	NO
	¿Contempla el desarrollo de una historia clínica compartida?	SI	SI	SI
HCC	¿Esta compartición se propone entre los sectores social y sanitario o solo sanitario?	NO	SI	SI
	¿En estas propuestas la enfermedad mental se tiene en cuenta?	NO	SI	SI
Recursos provisión privada	¿El plan incorpora una aproximación a la atención a la patología desde los recursos sanitarios de provisión privada?	NO	NO	NO
	¿Plan incorpora estrategias de atención centrada en la persona?	SI	SI	SI
Decisiones compartidas	¿En esas propuestas la enfermedad mental también se incluye?	NO	NO	NO
	¿Cuándo habla de ello incorpore o no la salud mental, hace propuestas sobre la toma de decisiones compartidas?	NO	SI	SI
Polifarmacia / prescripción	¿El plan de salud propone iniciativas relacionadas con la revisión de la polifarmacia, conciliación de pautas y prescripción centrada en la persona?	SÍ	SÍ	SÍ

*Nota. Elaboración propia a partir del análisis de los PdS.

Prioridades sistema:

- Persona en el centro de su salud
- Profesionales de la salud, fundamentos del sistema
- Equidad y calidad de la atención
- Perspectiva de género
- Colaboración entre actores públicos
- Investigación e innovación
- Reducir la fragmentación del proceso asistencial
- Consolidar el despliegue de la salud pública

De este documento se trabajó con el total del contenido.

A continuación, en la tabla 8, se presentan los resultados del análisis llevado a cabo sobre los PdS seleccionados para su evaluación. Esta tabla exhibe las preguntas formuladas por categoría temática y, a través de un sistema de semáforos, indica si se cumplen o no dichos criterios, así como también se incluyen las respuestas "Sí" y "No".

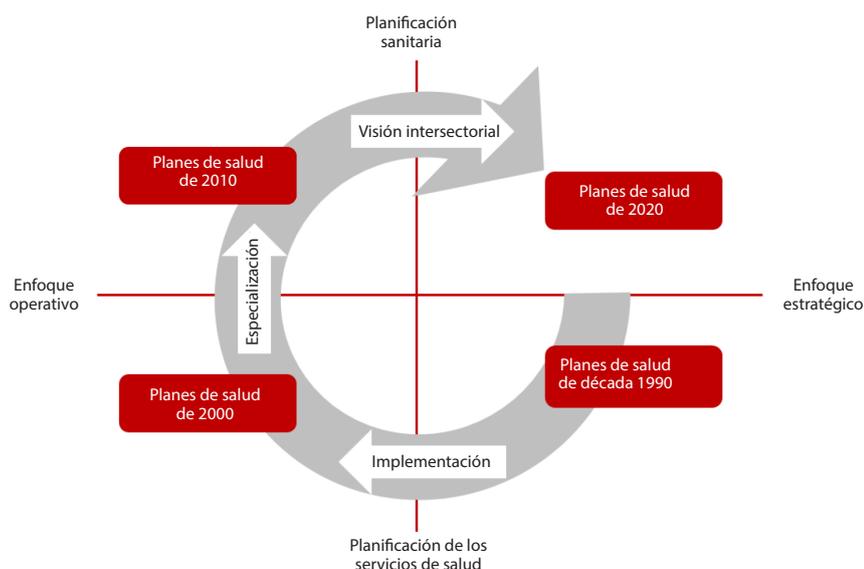
5. Resultados conjuntos

A continuación, se ampliaron los resultados obtenidos del análisis en profundidad de los tres PdS seleccionados por su enfoque en la cronicidad PdS 2011-2015(138); PdS 2016-2020(25,129) y PdS 2021-2025(25).

La sección introductoria de los 3 documentos de PdS describe objetivos generales y áreas de intervención, mientras que la sección específica se centra en las líneas y los proyectos propuestos para alcanzar dichos objetivos.

Poniendo el foco en los tres PdS que se analizaron en este trabajo, y a modo de introducción del análisis, destacar que los PdS de los períodos 2011-2015 y 2016-2020 tienen un carácter más operativo que de planificación sanitaria, mientras que el PdS 2021-2025 tendría un enfoque más estratégico en la planificación, según se analiza en el documento de la OMS *"Thirty year retrospective of catalan health planning. Driver of health sistem transformation"*(119).

Figura 16. Evolución de los planes de salud y de los motores de cambio. Adaptación de informe OMS, Retrospectiva de treinta años de planificación sanitaria en Cataluña(119)



Este documento es el resultado de un trabajo conjunto entre el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y la OMS con el objetivo de determinar el desarrollo y el impacto de la planificación sanitaria y de los planes de salud implementados durante los últimos treinta años. En este documento se hace referencia a los retos que ha tenido que afrontar la planificación sanitaria para tener un abordaje más intersectorial e interdepartamental de las políticas que se llevan a cabo. A pesar del trabajo realizado en materia de acciones intersectoriales, aún queda mucho por hacer con respecto a los mecanismos de implementación y financiación de las medidas a adoptar. La planificación sanitaria en Cataluña tiene como reto el potenciar las acciones intersectoriales e interdepartamentales, en el que se incluye la salud mental.

Nuestros resultados muestran que, a nivel de **prevención y promoción de la salud**, el PdS **más completo con respecto a realización de propuestas tanto en cronicidad como en salud mental sería el PdS 2021-2025**, aunque se enfoca en áreas muy concretas.

En el PdS 2011-2016 se desarrollaron iniciativas centradas en patologías crónicas que requerían de una coordinación interdepartamental, incluso con la participación de dispositivos comunitarios como las farmacias. Encontramos ejemplos de iniciativas a llevar a cabo, tales como el *“Plan de actividad física, deporte y salud (PAFDS)”*, el *“Programa de promoción de la alimentación mediterránea (AMED)(149)”* y el *“Pla Integral per a la promoció de la salut mitjançant l’activitat física i l’alimentació saludable (PAAS)(150)”*.

El PdS 2016-2020 se centra, principalmente, en cambios organizativos y de atención, y por este motivo, en la línea 6 de Atención Integrada y Cronicidad no se aborda directamente. El tema

se amplía en la línea 3 sobre *Salud Pública*, específicamente en el proyecto 3.2 que aborda la “*Sistematización de las actuaciones de promoción de la salud y reducción de las desigualdades*”. Sin embargo, se enfoca en aspectos necesarios para una vida saludable en general, tales como la actividad física, el control alimentario, el tabaquismo, etc., sin poner énfasis en las patologías crónicas o en las enfermedades mentales.

Otro proyecto relevante es el 3.4 que se enfoca en la promoción de la salud en el lugar de trabajo, fomentando la creación de perfiles de “*Empresas promotoras de la salud*(151)”.

La prevención y promoción de la salud y el bienestar es uno de los ejes principales del PdS 2021-2025. Aparecen propuestas de acciones como poner en marcha el “*Programa de bienestar emocional i salut comunitària a l’atenció primària de salut*(152)” y el “*Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025*(85)”. En cuanto a la SM, el enfoque se limita al suicidio, sin abordar otras enfermedades mentales de manera específica.

En general, los tres PdS incluyen la promoción y prevención de la salud a nivel general, con un enfoque particular en el abordaje del tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad y sedentarismo. Sin embargo, en cuanto a salud mental, el enfoque se limita principalmente al suicidio, y no se aborda la prevención de otras patologías como los trastornos de alimentación, que son muy prevalentes entre la población más joven. Es importante tener en cuenta que, con estrategias de promoción y prevención en cuidados generales en salud, como por ejemplo promoviendo y facilitando el acceso al deporte, se puede mejorar la incidencia de algunas patologías mentales (153).

En cuanto a las **desigualdades sociales**, los tres PdS adoptan un enfoque transversal para lograr la equidad en tratamientos y accesos a la cobertura sanitaria, así como en salud mental. El objetivo es que toda la población tenga acceso a estilos de vida saludables, acceso a la red asistencial y a tratamientos farmacológicos adecuados. Se considera que el éxito del sistema se logra abordando estas desigualdades(154).

El PdS 2011-2016 inició el “*Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP)*(142,155)” para abordar los factores no relacionados con la salud que contribuyen a las desigualdades sociales. Este plan engloba iniciativas como “*Salut als barris*(156)” y “*Protecció per a la pobressa energètica*”.

El PdS 2021-2025 apuesta por un enfoque más intersectorial e integrado para abordar las desigualdades sociales. El género, la edad y la clase social destacan como factores clave, y se desarrollarán políticas en consecuencia para abordar estos problemas de manera efectiva.

Los tres planes hacen referencia a las desigualdades en la distribución de recursos y en los sistemas de pago, como la inclusión de centros concertados integrados en el SISCAT.

Con respecto a las **alianzas con otros sectores**, los tres planes enfatizan en la necesidad de crear nuevas alianzas, particularmente con el sector social para brindar una atención integral a la persona con patología crónica y de salud mental. En general, se hace hincapié en la falta de coordinación entre los servicios y en la necesidad de promover un modelo más colaborativo. En este punto y desde el PdS 2016-2020 destaca la creación del *“Pla interdepartamental d’atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)(144)”* con foco en optimizar la interacción entre servicios sanitarios y sociales.

Sobre **abordajes específicos y líneas de actuación**, tanto el PdS 2011-2015 como el PdS 2016-2020 se centrarían en la cronicidad, reflejado en la *Línea 2. Sistema orientat als malalts crònics*.

El PdS 2021-2025 lo aborda tanto en la cronicidad como en la salud mental, aunque no se hace referencia específica. Estas áreas se abordan indirectamente, como en el caso de la *Línea 1.2.10, Premoure l’envelliment saludable i l’autonomia de les persones grans i dependents*.

Con respecto a la **coordinación asistencial**, ninguno de los tres planes parece aborda de forma específica a la salud mental, aunque se trata desde una visión muy general en la que podemos incluir la salud mental.

En el PdS 2011-2015 vemos dos puntos en concreto que tratan este tema, el *Proyecto 2.5 Desplegar programats territorials de atenció a los pacientes crónicos complejos* y el *Proyecto 3.1. Mejorar la resolución en los ámbitos de relación más frecuentes entre la atención primaria y la atención especializada*. El objetivo es potenciar la coordinación entre los niveles asistenciales para brindar una mejor atención al paciente y lograr un abordaje integral.

En el PdS 2016-2020 se hace una aproximación a la coordinación asistencial desde 3 proyectos concretos, el *4.1. Models d’atenció de diferents patologies i reordenació de serveis*, el *Projecte 4.4. Nou model d’atenció primària i salut comunitària* y el *Projecte 6.4. Model organitzatiu d’atenció integral a la població adulta i infantil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida*. En los tres proyectos se apuesta por una coordinación entre niveles asistenciales para cubrir las necesidades de las personas.

Finalmente, el PdS 2021-2025 propone acciones como desarrollar recomendaciones para mejorar la detección temprana y el acompañamiento de familias en situación de riesgo, que requiere la coordinación entre atención primaria y especializada. Otra línea en la que se aborda este punto es en la propuesta de difusión del *“Pla de drogues i addiccions comportamentals 2019-2023(157)”*.

En general, la coordinación asistencial se considera una necesidad para el éxito del sistema. Abordar la variabilidad en el tratamiento de los pacientes crónicos es una prioridad, sobre todo porque en este perfil intervienen diferentes profesionales de diversos servicios (158,159).

Sobre la **desinstitucionalización de la persona con enfermedad mental**, no se hace un abordaje directo en ninguno de los tres planes. Únicamente en el PdS 2021-2025 se hace referencia como un punto a desarrollar dentro de la *línea 3.8.30 Reforçar l'orientació comunitaria en la salut mental i adiccions*.

Con respecto al **seguimiento del paciente crónico con patología mental**, únicamente se hace referencia en el PdS 2016-2020, en *Projecte 6.5 Atenció integrada al pacient crònic complex de salut mental*. En este punto se indica que más del 2% de la población catalana cumplen criterios de paciente crónico de salud mental y paciente crónico complejo(129).

Sobre la creación y uso de las **TIC que tengan en cuenta las características de las personas con enfermedad mental**, en ninguno de los PdS se hace referencia a este punto. Es un tema que no se ha abordado por el momento.

En cuanto a las **estrategias de incentivación en cronicidad y salud mental**, sólo vemos una referencia directa en el PdS 2011-2015 en *Línea de actuación 6: Nuevo modelo de contratación de la atención sanitaria más orientado a resultados en salud*, que aborda la incentivación en la cronicidad. No hay ninguna referencia a la incentivación en los otros PS.

En relación con la **historia clínica compartida**, en el PdS 2011-2015 se trata sobre su abordaje y su ampliación al resto de proveedores, pero no se hace un abordaje concreto de la cronicidad o la salud mental, *Projecto 9.1. Transformar la historia clínica compartida en una red de información y servicios que facilite la integración entre todos los proveedores*.

El PdS 2016-2020 lo aborda en diferentes áreas como puede ser maltrato, drogadicción, cronicidad y salud mental. En el *Projecte 6.5. Atenció integrada al pacient crònic complex de salut mental*, se trabaja en la identificación directa de este perfil de personas en la historia clínica compartida.

Respecto a los **recursos de provisión privada**, ninguno de los planes lo referencia.

Las **decisiones compartidas** se abordan en los tres PdS, pero con diversidad de enfoques. El PdS 2011-2015 se refiere a la toma de decisiones compartidas desde el enfoque de la rendición de cuentas, como el nivel de interés del usuario en conocer información respecto a su salud, como puede ser qué esperar del tratamiento, qué alternativas existen y qué centro tiene mejores resultados(160).

En el PdS 2016-2020 aparecen tres proyectos en el que se focalizan en este punto, estos proyectos son: *“Projecte 1.1. Operativització de la nova Carta de drets i deures de Catalunya”*, *“Projecte 1.4. Autoresponsabilització, autocura i foment de l'autonomia de les persones”* y *“Projecte 6.1. Implementació d'un model d'atenció integral i centrat en les persones amb malalties cròniques i amb necessitats complexes, des d'una òptica poblacional”*. El proyecto general de decisiones compartidas tiene como objetivo proporcionar a las personas información sobre las diversas alternativas disponibles para una intervención / tratamiento / diagnóstico de salud y también mostrar las ventajas y desventajas de la decisión final. El objetivo final es que las decisiones sean tomadas a través de un proceso deliberativo entre el individuo y el profesional de la salud(129).

El PdS 2021-2025 en el objetivo *“3.8.31 Redefinir la xarxa actual d'atenció sanitària”*, en este caso está enfocado a acciones para el final de vida promoviendo las decisiones compartidas y con ella las voluntades anticipadas. Mientras que en el objetivo *“4.11.37 Continuar desenvolupant estratègies i eines per reforçar la presa de decisions compartides, la qualitat de vida i l'empoderament de les persones”* se potencian programas de soporte entre iguales (peer-2-peer), grupos de ayuda mutua, programa *“Cuidador Expert Catalunya(161)”* y *“Pacient Expert Catalunya(162)”*.

Finalmente, la **polifarmacia y prescripción** se aborda en los tres PdS, siendo fundamental para garantizar la sostenibilidad del sistema. Es un área que puede generar inequidad y de la que hay que corresponsabilizar a las personas.

El PdS 2011-2015 trabaja el *“Proyecto 2.6. Implantar programas de uso racional del medicamento”*, en el que se hacen amplias propuestas para cubrir las necesidades farmacológicas de las personas para poder garantizar la sostenibilidad del sistema. Busca el uso eficiente de los medicamentos, la calidad de la prescripción y la optimización de recursos(138).

En el PdS 2016-2020 este tema se aborda ampliamente dentro de la *“Línia 5: Política farmacéutica i del medicament.”*; en la que se proponen proyectos enfocados al acceso a la innovación farmacológica, revisión de políticas de prescripción y dispensación para asegurar la seguridad del paciente, compra y financiación de los medicamentos y riesgo compartido para un mejor control de gasto, utilización de medicamentos y corresponsabilización de la persona y del profesional, y la evaluación de resultados en el uso de medicamentos.

El PdS 2021-2025 en el *“Objectiu 1.2.8 Intensificar mesures no farmacològiques per afrontar els problemes”* busca potenciar las intervenciones no farmacológicas y la prescripción social en la atención primaria. Se potencia el seguimiento de la calidad y adecuación de tratamiento farmacológicos, poniendo especial atención en la prescripción de antibióticos.

6. Discusión

El presente estudio brinda evidencia que respalda la hipótesis previamente planteada de que los planes de salud y cronicidad desarrollados desde 1993 hasta la fecha actual no abordan de manera integral las enfermedades mentales crónicas como un campo singular y relevante relacionado con la cronicidad de origen orgánico.

A través del scoping review, se ha examinado la presencia de este tipo de políticas en la documentación publicada, revelando la ausencia de una yuxtaposición entre la cronicidad y la salud mental. Los resultados revelan que hay una necesidad del abordaje tanto de la cronicidad como de la salud mental, pero muestran reticencias para acabar de gestionarla de forma integral e integrada.

Además, dentro de los objetivos que se plantearon, se ha podido trabajar en el análisis de la inclusión de la enfermedad mental en los PdS desarrollados hasta la fecha en Cataluña, y la forma en que se ha tenido en cuenta esta inclusión.

Vemos en el análisis de los PdS que han experimentado una evolución a lo largo de estos 13 años, cubriendo y adaptándose a las necesidades emergentes. Se han complementado mutuamente, creciendo y ampliándose según lo ha requerido el momento(163). En estos tiempos de crisis económica y grandes transformaciones sanitarias, una estratégica planificación sanitaria se convierte en la clave de la buena experiencia de la persona en su enfermedad y de la sostenibilidad del sistema y de la afectividad en resultados en salud (*Triple Aim*)(59,61,164,165). Esta estrategia deberá tener en cuenta, y sobre todo después de haber vivido la pandemia del COVID-19, las condiciones para que el personal sanitario encuentre sentido y significado a su trabajo, disminuyendo el burnout (*Quadruple Aim*)(60,61,166–168).

Podemos observar una evolución madurativa de la gestión de las enfermedades mentales y la cronicidad en los PdS(163), de tal modo que, a nivel de **prevención y promoción de la salud**, el PdS más completo con respecto a realización de propuestas tanto en cronicidad como en salud mental sería el PdS 2021-2025, aunque se enfoca en áreas muy concretas. Es de destacar que los planes anteriores al PdS 2021-2025 enfocaron sus esfuerzos en patologías con alta morbilidad y carga social, y el desarrollo durante las diferentes legislaturas de los PdS permitió abordar la salud mental de una manera más holística, cubriendo así un espacio de salud que se fue identificando y tratando progresivamente en los planes anteriores(148).

Watkins et al (2022)(30) abordan la prevención y promoción de la salud, destacando los múltiples beneficios que aporta tanto a los individuos como a la sociedad en su conjunto. Estos beneficios incluyen la reducción de la carga de enfermedad en la sociedad al disminuir la carga económica y social asociada con el tratamiento, mejora de la calidad de vida al reducir la inci-

dencia de enfermedades y sus complicaciones, ahorro de costos al hacer que la prevención sea más rentable que el tratamiento, mayor productividad al reducir el tiempo de discapacidad y mejorar la salud en general, y la mejora en la salud pública al reducir las enfermedades infecciosas. Los autores definen la prevención y la promoción de la salud como esenciales para mejorar la salud y el bienestar de las personas y para reducir la carga económica y social asociada al tratamiento de la enfermedad(169–171).

En general, durante estos años el objetivo de la asistencia ha dejado de ser la enfermedad (*disease-centered*) para centrarse en la persona (*person-centered*). Se ha pasado a una visión más global que implica una aproximación más multidisciplinar de la gestión de la persona. En general, se destaca la necesidad de un abordaje integral e integrado de la salud mental para un adecuado abordaje de las enfermedades crónicas. Este nuevo paradigma asistencial ha de traer consigo beneficios en el área sanitaria, social, farmacológica y de sostenibilidad del sistema, para ello las políticas de salud y los recursos asignados han de ser congruentes(53,171).

Druss et al (2018)(172) enfatizan en la necesidad de una mayor integración y colaboración entre los profesionales de la salud mental y la salud física para brindar una mejor atención a las personas. Analiza posibles estrategias para la integración, como la ubicación conjunta de los servicios, la formación interdisciplinaria y la historia clínica compartida. También destaca el papel de la política y la financiación en la promoción de los esfuerzos de integración(173).

Es de destacar que la maduración organizativa de los planes lleva a trascender el ámbito puramente sanitario, para buscar alianzas en lo social. Esto permite una colaboración transversal para la atención integral de pacientes crónicos con patología orgánica y mental. En este punto, se ha de destacar la importancia que todos los PdS dan a la coordinación entre el área sanitaria y el ámbito social(159,174,175).

Con respecto a la integración de la salud mental, aparece como una necesidad no resuelta que genera malestar en la persona, familiares y cuidadores(176). A esto se ha de sumar lo poco sostenible que es para el sistema tener estos dos ámbitos separados y no unidos en una sola gobernanza(27). Vemos que las iniciativas y/o proyectos propuestos son permanentes en los PdS, y en algún caso, reincidentes, por lo que podemos ver que queda aún mucho por hacer y trabajar en este punto. Como ejemplo, parece haber una falta de percepción, por parte de algunas sociedades de pacientes, de áreas no cubiertas y descoordinación por parte del ámbito social y sanitario cuando se trabaja en la desinstitutionalización de las personas con enfermedad mental. No quedarían cubiertas las necesidades de los familiares/cuidadores de estas personas con enfermedad mental crónica, y con respecto al abordaje sanitario, también quedarían huérfanos por la falta de acceso rápido a profesionales (*Tema tratado durante el desarrollo de las Jornadas de pacientes SOMVIA 23 enero 2023*).

En el estudio de Gallo (2018) (177) se hace referencia al desarrollo de varios modelos de atención integrada, como la atención colaborativa, la atención coordinada y los equipos de atención integrada, cada uno con diversos grados de integración y participación de los profesionales de la salud mental. Destaca que los modelos de mayor éxito comparten elementos comunes, como liderazgo y gobernanza sólidos, planes de atención compartidos centrados en la persona, sistemas transparentes en la comunicación e intercambio de información, y procesos continuos de evaluación y mejora de la calidad. Como desafíos para su implementación se ha de tener en cuenta las barreras financieras y de reembolso, la falta de profesionales, la falta de capacitación y formación de los proveedores, y barreras culturales y sociales, como el estigma y la discriminación. Además, presenta la tecnología y la telemedicina como herramientas con el potencial de ampliar el acceso a la atención integrada y mejorar la coordinación de la atención, pero con un uso reflexivo y ético que evite que se agraven aún más las disparidades e inequidades en salud.

A nivel de coordinación asistencial, los planes lo abordan de manera general, y aún no acaban de profundizar en detalles específicos. A destacar, es el desarrollo del Plan de drogas y adicciones, como un componente relevante de la salud mental y la cronicidad, y el nuevo Pacto Nacional de Salud Mental que tiene como objetivo empezar con la constitución de una Mesa Nacional de Salud Mental que defina las políticas del Gobierno de la Generalitat y del país sobre la salud mental integral e integrada.

Este ejemplo, también ilustra la necesidad de abordar el *continuum* asistencial mediante una adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Vemos que los PdS analizados contemplan las necesidades de una reorganización en este punto, para asegurar el éxito de la gestión de la variabilidad presente en el paciente crónico con multimorbilidad(178). En los PdS no vemos que haya proyectos concretos enfocados al *continuum* asistencial y a la detección de clústers para la persona con enfermedad mental y enfermedad crónica orgánica. El enfoque integrado e integral de la atención sanitaria asegura el continuum asistencial y con ello la respuesta multidisciplinar que facilita la promoción y prevención de complicaciones en salud.

El PdS busca la reorganización del sistema para una mejor accesibilidad a los servicios y resolución de problemas. Para esto, se potencia la AP que es el nivel de mayor cobertura territorial y, por lo tanto, más accesible. Este punto es crucial ya que la AP desempeña un papel fundamental en la detección de factores que pueden contribuir al desarrollo de trastornos de salud mental y cuenta con la capacidad de implementar intervenciones preventivas(179).

El objetivo es eliminar las barreras de inequidad para garantizar que todas las personas tengan acceso a una atención médica de calidad. Podemos observar que en el PdS 2021-2025 se incide en la importancia de garantizar la equidad territorial, de género y de diversidad social, estable-

ciendo objetivos específicos para abordar este tema. Un punto clave es lograr el acceso universal a la nueva cartera de atención primaria y comunitaria de salud en todo el territorio(25,180).

En esta línea, vemos a través de los resultados extraídos del análisis, que se potencia la creación de guías de práctica clínica y rutas asistenciales con el objetivo de mejorar la experiencia de la persona y ayudar en la prevención de agudizaciones y mejor control de la patología(181). Dentro de las enfermedades seleccionadas se hace un enfoque a las más prevalentes como EPOC, diabetes mellitus, Insuficiencia cardíaca, trastornos mentales graves y muy graves, depresión, demencias, cáncer, nefropatía, dolor crónico y enfermedades del aparato locomotor. Aun así, las rutas asistenciales en abordaje de salud mental son mínimas siendo las más prevalentes las de depresión y ansiedad. No existen este tipo de estrategias enfocadas, o en las que se trate otras patologías mentales como por ejemplo esquizofrenia y su comorbilidad orgánica, como puede ser la adicción al tabaco y EPOC.

La AP sería el nivel asistencial que ha de reducir la presión asistencial que sufre el sistema, liberando la carga hospitalaria, gestionando el paciente crónico y promoviendo la prevención, control de la comorbilidad y correcta autogestión de la enfermedad entre las personas. AP se le otorga un rol principal en la sostenibilidad del sistema, dando un uso adecuado a los recursos existentes(53).

La carga que se pone en la AP es muy elevada y queda mucho por hacer para que pueda disponer de las herramientas necesarias y eficaces que le ayuden en esta labor. Con respecto a las comorbilidades de enfermedad crónica orgánica y la enfermedad mental crónica, son los que tendrá que convivir más a menudo con estos perfiles de personas, aun así, no vemos en el análisis de los PdS estrategias o proyectos concretos para esta área(53). Sí, que se aborda la mejora de las relaciones entre AP y hospitalaria para mejorar la coordinación.

Los altos niveles de frecuentación son uno de los problemas destacados del momento. La salud mental se gestiona principalmente desde atención primaria, se calcula un 70% de personas con enfermedad mental(138), y se calcula que los dispositivos de salud mental tienen un volumen de unas 170.000 personas atendidas aproximadamente durante 2016 datos de la *Central de resultats*(182). En este punto, y teniendo en cuenta este dato, llama la atención la falta de proyectos específicos enfocados a enfermedad crónica orgánica y enfermedad mental en atención primaria.

La integración de los centros sociosanitarios en la gestión de las personas con graves problemas de salud mental, como proveedores intermedios de salud, ha tenido una consideración importante dentro del desarrollo de las políticas sanitarias en Catalunya, si bien se requiere avanzar más en su coordinación(41,183,184).

La atención integrada social y sanitaria como una oportunidad para transformar el sistema, una palanca de cambio hacia una atención de más valor y con más valores.

En el artículo de Contel et al (2012)(185) se refiere a la necesidad de un enfoque que tenga en cuenta las múltiples necesidades de la persona, sus interacciones y la complejidad de su cuidado. Comenta que en el desarrollo de un modelo de atención integrada a los pacientes crónicos es necesaria la colaboración de todos los proveedores de atención sanitaria y social, así como de las personas y sus familias.

En el artículo de Santa Eugènia (2021)(186), se aborda el concepto “techos de cristal” como factores no tangibles que impactan negativamente en el desarrollo de la atención integrada en Cataluña. Refiere que estos factores serían: 1) Co-creación y participación en el desarrollo del modelo de atención integrada, 2) Territorio, gobernanza y liderazgo. Entender el territorio y sus agentes como un microsistema, 3) Financiación, contratación y compra. Combinación de modelos de contratación y compra específicos de cada ámbito de atención con un modelo que establezca fórmulas innovadoras de contratación que favorezcan al modelo de atención integrada. 4) Evaluación, aprendizaje e innovación. garantizar el cumplimiento de los objetivos y acuerdos establecidos. En cuanto al territorio, la gobernanza y el liderazgo, se sostiene que, en Cataluña, a pesar de las propuestas presentadas a lo largo del tiempo por distintos programas de atención integrada, no se cuenta con una visión clara en términos de gobernanza y liderazgo territorial. Esto hace que los proyectos generados en el territorio a partir del liderazgo de los profesionales sanitarios y los servicios sociales, en un enfoque *bottom-up*, se desvanezcan debido a la falta de visión, apoyo y acción por parte de las administraciones (falta de efecto *top-down*).

Del análisis de los resultados surge como tema pendiente la importancia de explorar más a fondo las estrategias de desinstitucionalización de la persona con enfermedad mental.

También se requiere avanzar en la integración de la información clínica compartida entre diferentes niveles asistenciales y servicios, así como tener en cuenta los prestadores de salud privados, que en salud mental tienen un rol importante.

Con respecto a la historia clínica compartida, se puede observar que ha adquirido una gran importancia en su abordaje en el paso del tiempo para lograr un enfoque integral e integrado en la gestión de la cronicidad y por ende la coordinación de los niveles asistenciales, entre ellos la historia social y sanitaria, sin embargo, las regulaciones tanto nacionales como europeas de protección de datos está dificultando el poder abordar este punto, por lo que parece, poco factible por el momento(27,187).

En referencia a los recursos de provisión privada, parece suceder lo mismo que con la historia clínica compartida, no se comunican los sistemas y se desconoce mucha información de estos

proveedores que puede ser de gran importancia para la gestión clínica de la persona. En este punto, el área de salud mental sería un ámbito que se podría ver beneficiado al compartir este tipo de información entre los diferentes proveedores de salud.

Con respecto a la promoción y prevención de la salud entre la población implica un cambio de mentalidad social que se intenta abordar desde todas las políticas.

Hace falta más esfuerzos en la incorporación de las TICs en la gestión de las personas con enfermedad mental.

En este punto, resulta fundamental establecer alianzas con otros sectores como puede ser el educativo. Con el avance de las TICs, se abre un amplio campo para fomentar la salud de la población, el envejecimiento saludable y la equidad en el empoderamiento de las personas(188). Es esencial ampliar las estrategias tipo *Peer-to-peer (Patient Expert, Cuidador Expert...)*, teniendo en cuenta y haciendo uso de todos los agentes vinculados a la salud, como las farmacias comunitarias, asociaciones de pacientes, asociaciones de consumidores, entre otros.

Se requiere seguir trabajando en la eliminación de las desigualdades en salud desde el punto de vista socioeconómico, de acceso territorial o de género, ya que aún existen brechas importantes en estas áreas. Trabajar en estos aspectos requiere una buena coordinación entre las áreas asistenciales y otros ámbitos, lo cual aún no se ha logrado en su totalidad.

En cuanto al rendimiento de cuentas, sigue siendo fundamental y se refleja en todos los PdS analizados. Es esencial para poder evaluar la ejecución y la aplicabilidad de las líneas estratégicas y proyectos propuestos. Debe ser considerado como un eje orientador para los próximos PdS.

En líneas generales, existe escasa literatura relevante acerca de los temas que se tratan en este estudio. Tras realizar una búsqueda exhaustiva en bases de datos de revistas indexadas, se ha constatado la falta de información disponible sobre esta materia, siendo la mayoría de las publicaciones encontradas clasificadas como bibliografía gris y enfocadas principalmente en artículos de opinión.

En resumen, los resultados obtenidos respaldan la hipótesis de que los planes de salud y de cronicidad desde 1993 hasta ahora, no consideran, en su conjunto, las enfermedades mentales crónicas como un ámbito singular y relevante y relacionado con la cronicidad de origen orgánico.

7. Conclusiones

El presente estudio muestra una falta de publicaciones indexadas que ayuden a poner luz en el tema de estudio. Esto indica una brecha en el conocimiento y la comprensión de cómo gestionarlo correctamente.

Además, con respecto a la salud mental, el abordaje que vemos en los documentos analizados es muy superficial y con una gestión distanciada con respecto a la enfermedad orgánica. Esto destaca la necesidad de un enfoque más integrado y completo de la atención médica que reconozca la interconexión entre la salud física y mental.

Después de la realización del *scope review*, se hace evidente que la literatura de investigación disponible no proporciona información suficiente y relevante para abordar el problema de investigación en cuestión, específicamente con respecto a la aplicabilidad y utilidad de los nuevos modelos de gestión propuestos en los PdS. Estos tratan el tema de manera insuficiente, poco clara y fiable. Es probable que las opiniones más valiosas provengan de expertos en el cuidado de las personas afectadas y de las propias personas que sufren el problema. Como resultado, se considera necesario la realización de un estudio Delphi para recopilar opiniones y conocimientos de expertos, seguido de una evaluación cualitativa para obtener una comprensión más clara del estado actual del tema, su relevancia y cómo debe abordarse en el futuro.

En la conclusión global de esta tesis se profundizará de manera integrada en varios aspectos que han sido explorados en los tres estudios llevados a cabo.

2

Estudio

**Consenso mediante método
Delphi de la representación de
la enfermedad mental en las políticas
en cronicidad de Cataluña**

ESTUDIO 2: Consenso mediante método Delphi de la representación de la enfermedad mental en las políticas en cronicidad de Cataluña

1. Hipótesis

1.1 Hipótesis principales

- Las estrategias vigentes en Cataluña sobre cronicidad y enfermedad mental son insuficientes y están excesivamente alejadas entre sí para conseguir una óptima incorporación de la enfermedad mental dentro de la gestión político-sanitaria de las enfermedades crónicas.
- Existe una desconexión entre las estrategias planteadas y la implantación de estas en el día a día del profesional sanitario.
- Existen determinados elementos clave en la óptima incorporación de la dimensión mental en las políticas de cronicidad que aumentarían la efectividad y la eficiencia de los modelos de atención y que reducirían la brecha de salud que sufren las personas con comorbilidad orgánica y mental.

2. Objetivos generales

Evaluar el nivel de inclusión de la enfermedad mental y su comorbilidad orgánica dentro de las políticas sanitarias de gestión de la cronicidad.

Conocer si existe una desconexión entre las estrategias sobre políticas de salud mental y cronicidad planteadas en Cataluña y la implantación de estas en el día a día del profesional sanitario.

Identificar las fortalezas y debilidades en la interacción entre las políticas de salud mental y cronicidad en Catalunya y sugerir elementos de mejora de tal interacción para el futuro.

3. Metodología

El estudio sobre cronicidad y salud mental (Estudio CROSAM) se llevó a cabo usando metodología Delphi adaptada en tiempo real, a través de la plataforma *SmartDelphi* (SD) para *Health Consensus* de la empresa *ONSANITY SOLUTIONS*.

La plataforma *SmartDelphi* es una adaptación digital de la metodología Delphi, que permite alcanzar consensos a través de múltiples fases y retroalimentación individual de un grupo de expertos sobre un tema específico. Esta plataforma permite desarrollar de forma asincrónica un estudio Delphi(189).

En este consenso se recogió la opinión de expertos en entornos de cronicidad, salud mental y social sobre las políticas existentes y/o necesarias para la cronicidad en salud mental. Este tipo de herramientas son ampliamente utilizadas para llegar a consensos sobre elementos clave en la toma de decisiones y la generación de inteligencia colectiva(189). Además, facilitan la participación de expertos cuando las limitaciones de espacio o de tiempo lo dificultan(67), lo que permite una mayor participación y creación colaborativa de conocimiento.

Esta plataforma permite realizar la metodología Delphi modificada, en una plataforma online. Consiste en una encuesta participativa en la que los diferentes elementos de la metodología facilitan la estructura, el debatir y priorizar para generar resultados consensuados entre los participantes. Las preguntas se desarrollan teniendo en cuenta las conclusiones obtenidas tras la revisión bibliográfica.

Para llevar a cabo la metodología Delphi, en primer lugar, se realizó una revisión de la literatura disponible sobre políticas de cronicidad en salud mental. Esta revisión, tal y como hemos visto en el estudio 1, se centra en el análisis de planes de salud y su enfoque en salud mental, llevados a cabo en el territorio de Cataluña durante las últimas décadas.

Una vez analizados los resultados del estudio 1 y detectados los puntos clave encontrados durante la revisión, se elabora un cuestionario con el objetivo de llegar a un consenso entre expertos en el ámbito, implicados en las áreas de cronicidad, salud mental y social.

El cuestionario (tabla 9) estaba compuesto por 16 afirmaciones que abordan puntos clave de interés sobre las políticas de cronicidad y su enfoque en salud mental. Uno de los aspectos de gran interés en este estudio, es determinar la factibilidad y la prioridad de las afirmaciones que involucran acciones específicas. Por este motivo, estas 16 afirmaciones se evaluaron dos veces: en la primera se mide el grado de consenso en cuanto a la factibilidad, mientras que en la segunda se evaluó la misma afirmación en términos de prioridad. Esto significa que el usuario tuvo que evaluar un total de 32 afirmaciones. En este trabajo, el término factibilidad se refiere a la capacidad de llevar a cabo la afirmación propuesta, mientras que la prioridad se refiere al nivel de urgencia en ejecutarla.

Tabla 9. Cuestionario Delphi

CUESTIONARIO DELPHI (Se evaluará la factibilidad y la prioridad de cada afirmación)
Las políticas de cronicidad tendrían que especificar propuestas de protección, prevención y promoción de la salud que tengan en cuenta también a la salud mental.
Las políticas de cronicidad tendrían que contemplar la reducción de desigualdades sociales, incorporando en este abordaje la salud mental.
Para las personas con comorbilidad crónica orgánica y mental, tendrían que definirse propuestas que promuevan las prácticas colaborativas entre ámbitos asistenciales, sanitarios y sociales.
En personas con comorbilidad orgánica y enfermedad mental, las políticas en cronicidad tendrían que incorporar alianzas del sistema sanitario con otros sectores (social, económico, laboral, jurídico...)
Las políticas de cronicidad tendrían que especificar objetivos para el abordaje de la enfermedad mental crónica, tengan o no comorbilidad orgánica.
Los planes de cronicidad tendrían que proponer estrategias de base comunitaria para la desinstitutionalización de las personas, incluyendo las que padecen una enfermedad mental.
Las herramientas de gestión digital de la cronicidad (Historia clínica compartida, la meva salut...) tendrían que considerar las singularidades de las personas que padecen enfermedad mental crónica.
Los paquetes de indicadores en cronicidad tendrían que incluir la enfermedad mental de una manera apropiada.
Se tendría que disponer de una historia clínica compartida sanitaria y social es relevante para las personas con enfermedad mental crónica.
Las estrategias públicas de cronicidad tendrían que promover la coordinación con los proveedores privados de atención a la enfermedad mental crónica. (Proveedores que paga directamente la persona)
En las personas con enfermedad mental crónica se tendría que promover los modelos de toma de decisiones compartidas.
Se tendría que promover estrategias de revisión y conciliación de la polifarmacia en pacientes consumidores de psicofármacos.
El modelo de atención a los pacientes con enfermedad mental crónica y necesidades complejas se tendría que homogeneizar con el enfoque para Pacientes Crónicos Complejos (PCC)
El perfil profesional del gestor de casos que atiende a una persona con comorbilidad orgánica y mental crónica tendría que depender de las necesidades de cada persona en concreto.
Las políticas de cronicidad en patología mental crónica tendrían que estar alineadas con las de la cronicidad relacionadas con patologías orgánicas.
La Historia Clínica Compartida, y la central de resultados de Cataluña tendría que incluir la información de la actividad que prestan todos los proveedores privados.

Nota* Tabla autogenerada

El proceso del consenso se desarrolló a través de dos rondas de votación:

1ª ronda de votación: se realizó un piloto con 5 expertos para revisar la usabilidad y pulir aspectos que dificultaran el entendimiento del cuestionario que se había preparado.

2ª ronda de votación: a los 60 expertos seleccionados, de los ámbitos cronicidad, salud mental y social, para poder cumplimentar dicho formulario.

3.1 Proceso de votación

Se seleccionó un grupo de 65 participantes, elegidos por su experiencia y su amplio conocimiento en diversos ámbitos de influencia relacionados con los objetivos de esta tesis. Estos ámbitos serían el entorno de la cronicidad, la salud mental y el entorno social. Cinco de estos participantes formaron el grupo piloto para probar el cuestionario, mientras que los 60 restantes fueron los participantes finales.

Del ámbito de la cronicidad se seleccionaron 20 expertos (33,3% de la muestra) que son o han sido influenciadores en las políticas diseñadas para la gestión de ese perfil de patologías. Asimismo, se seleccionaron 24 expertos (40% de la muestra) en políticas del área de la salud mental, incluyendo a representantes de 3 asociaciones pacientes. Por último, se escogieron 16 expertos (26,67% de la muestra) en políticas del área social sanitaria. El número de participantes varía según el grupo, dado que se trata de perfiles altamente especializados en los que se valora principalmente la experiencia y los conocimientos, por lo que no hay una cantidad uniforme de individuos por especialidad.

En primer lugar, se les envió un correo electrónico de presentación invitándoles a participar en el consenso, al que llamaremos estudio CROSAM, acrónimos de CRONicidad y SALud Mental. En este correo electrónico se explicaron los objetivos y el interés general de su participación. A continuación, se adjuntó un enlace con las credenciales para acceder a la plataforma (Anexo 3).

Una vez que el participante entró en el sitio web e ingresó las credenciales en la plataforma, se le generó un nombre de usuario y una contraseña específicos que le permitieron acceder al cuestionario en cualquier momento durante el estudio.

El participante fue redirigido a una página en la que se le indicó introducción, objetivos del estudio y entidad responsable. Además de una breve explicación del estudio, se le presentó preguntas sobre su perfil de usuario (tabla 10).

Seguidamente se iniciaba el consenso, cada pregunta se dividía en 2 con criterios de votación diferentes, en una se votaba la factibilidad (como de factible/realizable/viable es) y en la otra la prioridad (como de prioritario/preferente es). Cada pregunta se evaluó utilizando una escala de Likert de 1 a 6, en la que el participante indicó la importancia que consideraba que debía

otorgarse a dicha pregunta en términos de factibilidad y prioridad. Se estimaba que la cumplimentación del cuestionario tenía una duración entre 15 y 20 minutos, y se podía cumplimentar de manera asincrónica y en diferentes etapas, pudiendo adaptarlo a las necesidades de tiempo de los participantes.

Cada vez que se ingresaba un voto, el participante podía ver automáticamente un gráfico con la valoración del resto de participantes, que se basaba en la mediana y el rango intercuartílico de las puntuaciones de los expertos participantes. En este punto, el usuario tenía la opción de revisar su votación o mantener la puntuación inicial otorgada siempre que quisiera.

Tabla 10. Perfil usuario estudio

Edad	De 20 a 69 años	Profesión	Médico de familia
	Más de 69 años		Geriatra
Género	Mujer		Psiquiatra
	Hombre		Otra especialidad médica
Perfil participante	Paciente, Familiar, AAPP		Psicología
	Profesional sanitario asistencial		Enfermería salud mental
	Investigación / Docencia		Enfermería otros
	Gestión sanitaria		Economista
	Administración pública		Abogado
	Profesionales servicios sociales		Otros
		Ámbito	Cronicidad
			Servicios sociales
			Salud mental

*Nota. Datos solicitados a los participantes del estudio CROSAM. Elaboración propia.

3.2 Análisis de los datos

El análisis de resultados se realizó con el programa SPSS-MAC versión 29.

El resultado de las respuestas a las afirmaciones se determinó teniendo en cuenta la media y la mediana, mientras que el grado de consenso se midió a partir de los rangos intercuartiles (RI) obtenidos, RI mínimo de 1 punto se considera "consenso óptimo", 2 "consenso bajo" y por encima de 2 "no consenso"(190). Se utilizaron los estadísticos ANOVA y T-STUDENT para detectar posibles correlaciones entre las variables seleccionadas.

El análisis cuantitativo de los resultados se realizó pregunta por pregunta, considerando tanto la factibilidad como la prioridad de cada elemento. Para presentar los resultados, cada pregunta va acompañada de una imagen que muestra los resultados de Delphi y una tabla que resume el análisis estadístico y el desglose de los resultados por ámbito del participante, cualquier posible correlación detectada se explicó a continuación.

El análisis cualitativo de los comentarios aportados por los participantes se realizó con ayuda de la herramienta *ATLAS.ti* para codificación y selección de los más destacados. El anexo 4 brinda acceso a todos los comentarios realizados por los participantes en su totalidad.

En tabla 12 podemos ver los resultados obtenidos clasificados por pregunta, factibilidad y prioridad, y desglosados por ámbito de experiencia de los participantes del Delphi.

Se emplea una clasificación por colores como indicador de “consenso óptimo” (verde), “consenso bajo” (naranja) y “no consenso” (rojo) (tabla 11).

Tabla 11.- Colores indicadores resultados Delphi

	No consenso
	Bajo consenso
	Consenso óptimo

4. Resultados

La invitación a participar se envía a 60 expertos de los tres ámbitos de interés (cronicidad, salud mental y social) el 17 de diciembre de 2022 con una explicación sobre el motivo y objetivos del estudio, y se incorporaron instrucciones para poder acceder a la plataforma y participar. La plataforma quedó abierta hasta el 02 de enero de 2023. Durante este intervalo de tiempo se realizaron 3 recordatorios a los participantes los días: 22/12/2022, 27/12/2022, y 30/12/2022.

Del total de 60 invitaciones, 46 expertos, (76,67% de la muestra), respondieron el cuestionario 38 de 60 (63,33%) en su totalidad; 8 de los expertos lo completaron parcialmente, y son excluidos del análisis.

De todas las preguntas, se ha alcanzado “óptimo consenso” en 25 de ellas, mientras que las 7 restantes ha sido “bajo consenso”. En la tabla 12 se muestran los resultados detallados por pregunta y ámbito en forma de resumen, con un sistema de semáforos que indica si es:

No consenso / **Bajo consenso** / **Consenso Óptimo**.

Tabla 12. Resultados de consenso por media y mediana. Verde para “consenso óptimo”, naranja para “consenso bajo” y rojo para “no consenso”.

		FACTIBILIDAD			PRIORIDAD				
		TOTAL	CRONICIDAD	SM	TOTAL	CRONICIDAD	SM		
1 y 2	Las políticas de cronicidad tendrían que especificar propuestas de protección, prevención y promoción de la salud que tengan en cuenta también a la salud mental.	Media Mediana	4,80 5,00	4,67 5,00	4,90 5,00	4,12 5,00	5,33 6,00	5,78 6,00	5,50 6,00
3 y 4	Las políticas de cronicidad tendrían que contemplar la reducción de desigualdades sociales, incorporando en este abordaje la salud mental.	Media Mediana	4,10 4,00	3,38 3,50	4,06 4,00	4,62 5,00	5,5 5,50	5,56 6,00	5,69 6,00
5 y 6	Para las personas con comorbilidad crónica orgánica y mental, tendrían que definirse propuestas que promuevan las prácticas colaborativas entre ámbitos asistenciales, sanitarios y sociales.	Media Mediana	4,56 5,00	4,13 4,00	4,67 5,00	4,69 5,00	5,50 5,50	5,78 6,00	5,54 6,00
7 y 8	En personas con comorbilidad orgánica y enfermedad mental, las políticas en cronicidad tendrían que incorporar alianzas del sistema sanitario con otros sectores (social, económico, laboral, jurídico...)	Media Mediana	4,15 4,00	3,38 3,50	4,28 4,00	4,46 4,00	5,25 5,00	5,56 6,00	5,54 6,00
9 y 10	Las políticas de cronicidad tendrían que especificar objetivos para el abordaje de la enfermedad mental crónica, tengan o no comorbilidad orgánica.	Media Mediana	4,67 5,00	4,75 5,00	4,67 5,00	4,62 5,00	4,75 5,00	5,39 5,00	5,23 5,00
11 y 12	Los planes de cronicidad tendrían que proponer estrategias de base comunitaria para la desinstitutionalización de las personas, incluyendo las que padecen una enfermedad mental.	Media Mediana	4,56 5,00	4,50 5,00	4,61 5,00	4,54 5,00	5,50 6,00	5,33 6,00	5,31 6,00
13 y 14	Las herramientas de gestión digital de la cronicidad (Historia clínica compartida, la meva salut...) tendrían que considerar las singularidades de las personas que padecen enfermedad mental crónica.	Media Mediana	4,53 5,00	4,50 5,00	4,61 4,50	4,42 4,50	4,50 5,00	4,94 5,00	4,75 5,00
15 y 16	Los paquetes de indicadores en cronicidad tendrían que incluir la enfermedad mental de una manera apropiada.	Media Mediana	5,05 5,00	5,50 5,50	4,83 5,00	5,08 5,00	5,38 5,00	5,39 6,00	5,08 5,00
17 y 18	Se tendría que disponer de una historia clínica compartida sanitaria y social es relevante para las personas con enfermedad mental crónica.	Media Mediana	4,89 5,00	5,13 5,50	4,78 5,00	4,92 5,00	5,50 6,00	5,61 6,00	5,42 6,00
19 y 20	Las estrategias públicas de cronicidad tendrían que promover la coordinación con los proveedores privados de atención a la enfermedad mental crónica. (Proveedores que paga directamente la persona)	Media Mediana	3,58 4,00	3,13 3,50	3,67 4,00	3,75 3,50	4,75 4,50	4,00 4,00	4,00 4,00
21 y 22	En las personas con enfermedad mental crónica se tendría que promover los modelos de toma de decisiones compartidas.	Media Mediana	4,66 5,00	4,25 4,00	4,89 5,00	4,58 4,00	5,00 5,00	5,44 6,00	5,08 5,00
23 y 24	Se tendría que promover estrategias de revisión y conciliación de la polifarmacia en pacientes consumidores de psicofármacos.	Media Mediana	4,92 5,00	5,25 5,00	4,82 5,00	4,83 5,00	5,38 5,00	5,53 6,00	5,33 6,00
25 y 26	El modelo de atención a los pacientes con enfermedad mental crónica y necesidades complejas se tendría que homogeneizar con el enfoque para Pacientes Crónicos Complejos (PCC)	Media Mediana	4,53 5,00	5,13 5,00	4,24 4,00	4,55 5,00	5,50 5,50	4,71 5,00	4,84 5,00
27 y 28	El perfil profesional del gestor de casos que atiende a una persona con comorbilidad orgánica y mental crónica tendría que depender de las necesidades de cada persona en concreto.	Media Mediana	4,47 5,00	4,25 4,00	4,67 5,00	4,33 4,00	4,00 4,00	5,33 5,50	4,50 4,50
29 y 30	Las políticas de cronicidad en patología mental crónica tendrían que estar alineadas con las de la cronicidad relacionadas con patologías orgánicas.	Media Mediana	4,46 5,00	4,88 5,00	4,11 4,00	4,73 5,00	5,13 5,00	4,56 5,00	4,64 5,00
31 y 32	La Historia Clínica Compartida, y la central de resultados de Cataluña tendría que incluir la información de la actividad que prestan todos los proveedores privados.	Media Mediana	4,00 4,00	3,88 4,00	4,00 4,00	4,08 4,00	4,50 4,50	4,50 4,00	4,67 5,00

*Nota. Tabla elaborada a partir de los resultados obtenidos del cuestionario a expertos. Elaboración propia.

A continuación, se presentan los resultados detallados:

- * Se han incluido los comentarios de los participantes de cada pregunta en el anexo 4 para mejor organización de la información y mejora de la lectura de la tesis.
- ** En la presentación de resultados sólo se muestran aquellos que son estadísticamente significativos.

Pregunta 1 y 2

“Las políticas de cronicidad tendrían que especificar propuestas de protección, prevención y promoción de la salud que tengan en cuenta también a la salud mental”

Figura 17. Resultados pregunta 1 y 2. Extraído plataforma SmartDelphi.

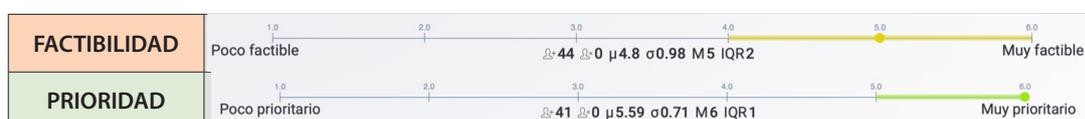


Tabla 13. Resultados pregunta 1 y 2 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	44	9	20	15	41	9	18	14
Media	4,80	4,67	4,90	4,12	5,59	5,33	5,78	5,50
Mediana	5,00	5,00	5,00	5,00	6,00	6,00	6,00	6,00
SD	0,978	1,323	0,718	1,100	0,706	1,000	0,428	0,760
RI	2	2	1	2	1	1	0	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

En términos de factibilidad, en general, se ha llegado a un consenso valorado entre 4 y 6. En los grupos que abordan el ámbito de cronicidad y social, el consenso también ha sido bajo, mientras que, en salud mental, sí se ha llegado al consenso. En cuanto a la prioridad, tanto a nivel general como en los diferentes ámbitos, se ha llegado a un consenso considerando que es altamente prioritario.

Comentarios de los participantes.

Los participantes en esta pregunta enfatizan la necesidad de adoptar un enfoque más social y comunitario para poder considerar este tipo de acciones en las políticas relacionadas con la cronicidad, incluyendo la salud mental. Destaca la interrelación entre los aspectos biológicos y psicosociales, lo que indica que las políticas deben abordarse desde una perspectiva integral y con equipos multidisciplinares más transversales.

Se destaca la importancia de contar con nuevos perfiles en atención primaria con una visión más holística para abordar los problemas de salud mental y los relacionados con la esfera emocional.

Es importante destacar el papel de la enfermería en AP con relación a la promoción y prevención de la salud, tanto primaria como secundaria. Para abordar este punto, se debe brindar más formación a los profesionales, estandarizar procesos y crear un cuadro de mando en los equipos de AP para rendir cuentas y promover la interrelación entre el ámbito de salud mental y AP.

Pregunta 3 y 4.

“Las políticas de cronicidad tendrían que contemplar la reducción de desigualdades sociales, incorporando en este abordaje la salud mental.”

Figura 18.- Resultados pregunta 3 y 4. Extraído plataforma SmartDelphi.



Tabla 14. Resultados pregunta 3 y 4 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	39	8	18	13	39	8	18	14
Media	4,10	3,38	4,06	4,62	5,59	5,5	5,56	5,69
Mediana	4,00	3,50	4,00	5,00	6,00	5,50	6,00	6,00
SD	1,071	1,061	0,938	1,044	0,549	0,535	0,616	0,480
RI	2	2	1	2	1	1	1	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Los resultados indican un bajo consenso en términos de factibilidad con una puntuación que oscila entre 3 y 5, mientras que, en cuanto a priorización, sí que se ha alcanzado un consenso con puntuaciones entre 5 y 6. Parecer haber una valoración más baja en cuanto a la factibilidad de llevar a cabo la acción propuesta, mientras que todos los participantes están de acuerdo en la alta necesidad de implementarla.

Al realizar la prueba ANOVA se observa que existen diferencias significativas entre los tres grupos, en relación con la factibilidad.

Tabla 15. Análisis de la varianza comparando la factibilidad de los 3 grupos.

	Sujetos n =39	p-valor
Atención a patologías crónicas orgánicas	3,38 (1,061)	0,030*
Salud Mental y Adicciones	4,06 (0,938)	
Atención integrada social y sanitaria	4,62 (1,044)	

Nota*: tabla autogenerada. Datos SPSS-MAC versión 29.

En el ámbito social la factibilidad ha puntuado en un 4,62; mientras que en cronicidad ha sido de un 3,38; siendo más factible para el grupo de ámbito social. Vemos que es posible que los ámbitos de cronicidad y social tengan visiones más distanciadas ya que el entorno de la cronicidad parece ser más pesimista en la realización de este punto, posiblemente por lo difícil que ya está resultando llevarlo a cabo.

Se detectan posibles asociaciones entre edad y el nivel de consenso, en la factibilidad y priorización, tras aplicar la prueba *T-Student*, siendo la diferencia estadísticamente significativa, por lo que parece que hay diferencias con relación al consenso en la factibilidad y priorización según edad ($p>0,05$), viéndolo más factible y prioritario el grupo de entre 30 y 60 años.

Tabla 16. Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre grupos de edad en factibilidad.

	Media (DS)	p-valor	IC (Intervalo Confianza) 95%
Sujetos n =39			
Entre 30 y 60	4,44 (1,044)	0,007*	(0,276 ; 1,604)
Más de 60	3,50 (0,855)		

Nota*: tabla autogenerada. Datos SPSS-MAC versión 29.

Tabla 17.- Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre grupos de edad en priorización.

	Media (DS)	p-valor	IC (Intervalo Confianza) 95%
Sujetos n =39			
Entre 30 y 60	5,76 (0,436)	0,008*	(0,133 ; 0,816)
Más de 60	5,29 (0,611)		

Nota*: tabla autogenerada. Datos SPSS-MAC versión 29.

Comentarios de los participantes.-

En los comentarios se enfatiza que las desigualdades no pueden abordarse únicamente desde el departamento de salud, sino que es necesario involucrar a otras áreas para que este objetivo sea alcanzable. Estas áreas deben estar relacionadas con el entorno social(119,191–194).

Se destaca la necesidad del compromiso político para trabajar en conjunto en la resolución de los problemas de salud y el ámbito social. Es fundamental la creación de un proyecto de atención integrado que aborde de manera conjunta las necesidades sanitarias y sociales de la población.

Es importante que se establezcan políticas públicas en las que se involucren diferentes sectores y se trabaje en equipo para mejorar la salud mental y emocional de las personas. Además, se requiere una mayor inversión en los servicios de AP, con el fin de garantizar que los profesionales de la salud tengan los recursos necesarios para brindar una atención de calidad.

En definitiva, se hace hincapié en la importancia de establecer un enfoque integrado que aborde las necesidades de las personas desde diferentes ámbitos, y en el que la atención primaria juegue un papel clave. Es necesario que se fomente el trabajo colaborativo y se establezcan políticas que promuevan la equidad y la justicia social en la atención sanitaria (194).

Pregunta 5 y 6.

“Para las personas con comorbilidad crónica orgánica y mental, tendrían que definirse propuestas que promuevan las prácticas colaborativas entre ámbitos asistenciales, sanitarios y sociales.”

Figura 19. Resultados pregunta 5 y 6. Extraído plataforma SmartDelphi.

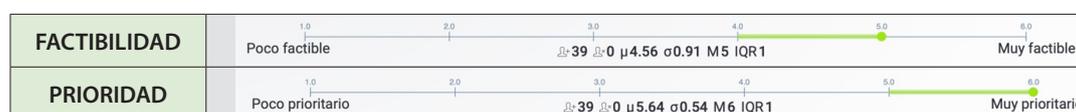


Tabla 18. Resultados pregunta 5 y 6 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	39	8	18	13	39	8	18	13
Media	4,56	4,13	4,67	4,69	5,64	5,50	5,78	5,54
Mediana	5,00	4,00	5,00	5,00	6,00	5,50	6,00	6,00
SD	0,912	0,835	0,840	1,032	0,537	0,535	0,548	0,519
RI	1	2	1	2	1	1	0	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

En general, hay consenso tanto sobre la factibilidad como la priorización, siendo la primera una calificación más baja entre 4-5, y la priorización siendo valorada más alta entre 5-6. Sin embargo, a nivel de ámbitos específicos, tanto la cronicidad como el área social muestran un menor nivel de consenso en cuanto a factibilidad. Esto puede deberse a la complejidad que implica

implementar los aspectos sociales en las políticas de cronicidad, lo que hace que las prácticas colaborativas sean más difíciles de implementar de lo que deberían ser.

Comentarios de los participantes.-

Uno de los puntos destacados en los comentarios es el impacto que tiene la voluntad política en la lucha contra las desigualdades sociales y en la implementación de prácticas colaborativas. También se resalta la necesidad de considerar otros ámbitos además del de la salud y lo social, como el educativo, en el desarrollo de líneas de trabajo.

La valoración de factibilidad se ve afectada negativamente por la influencia de las políticas, lo que indica que no es solo la voluntad del profesional lo que puede generar cambios. Esta percepción podría reflejar una falta de confianza en la capacidad de la macrogestión para impulsar cambios significativos.

Pregunta 7 y 8.-

“En personas con comorbilidad orgánica y enfermedad mental, las políticas en cronicidad tendrían que incorporar alianzas del sistema sanitario con otros sectores (social, económico, laboral, jurídico...)”

Figura 20. Resultados pregunta 7 y 8. Extraído plataforma SmartDelphi.

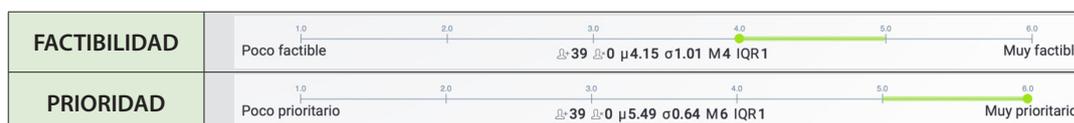


Tabla 19. Resultados pregunta 7 y 8 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	39	8	18	13	39	8	18	13
Media	4,15	3,38	4,28	4,46	5,49	5,25	5,56	5,54
Mediana	4,00	3,50	4,00	4,00	6,00	5,00	6,00	6,00
SD	1,014	0,744	0,895	1,127	0,644	0,707	0,616	0,660
RI	1	1	1	2	1	1	1	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

El general, el consenso en este punto es elevado, con puntajes de factibilidad entre 4-5 y puntajes de prioridad entre 5-6.

Al realizar la prueba ANOVA se observa que existen diferencias significativas entre los tres grupos, con relación a la factibilidad.

En factibilidad, para que se ve más complicada su realización, sobre todo en el ámbito de la cronicidad que lo puntúan con una media de 3,38, mientras que el ámbito social parece verlo más posible.

Tabla 20.- Análisis de la varianza comparando la factibilidad de los 3 subgrupos.

	Sujetos n =39	p-valor
Atención a patologías crónicas orgánicas	3,38 (0,744)	
Salud Mental y Adicciones	4,28 (0,895)	
Atención integrada social y sanitaria	4,46 (1,127)	0,041*

Nota*: tabla autogenerada. Datos SPSS-MAC versión 29.

T-Student significativa en Edad en prioridad:

Se detectan posibles asociaciones entre edad y el nivel de consenso, en la factibilidad y priorización, tras aplicar la prueba *T-Student*, siendo la diferencia estadísticamente significativa, por lo que parece que hay diferencias con relación al consenso en la factibilidad y priorización según edad ($p > 0,05$), viéndolo más prioritario el grupo de 30 a 60 años.

Tabla 21.- Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre grupos de edad en prioridad.

	Media (DS)	p-valor	IC (Intervalo Confianza) 95%
Sujetos n =39			
Entre 30 y 60	5,64 (0,569)		
Más de 60	5,21 (0,699)	0,046*	(-0,008 ; 0,843)

Nota*: tabla autogenerada. Datos SPSS-MAC versión 29.

Comentarios de los participantes.-

El sector salud y social deberían tener una gobernanza única para poder cubrir todas las necesidades de la población de forma integral e integrada. También se deberían establecer alianzas en otras áreas como puede ser la laboral, jurídica o educación.

Pregunta 9 y 10.

“Las políticas de cronicidad tendrían que especificar objetivos para el abordaje de la enfermedad mental crónica, tengan o no comorbilidad orgánica.”

Figura 21. Resultados pregunta 9 y 10. Extraído plataforma SmartDelphi.

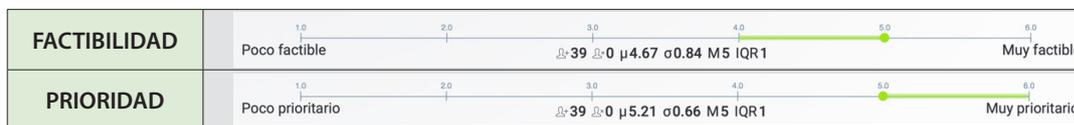


Tabla 22. Resultados pregunta 9 y 10 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	39	8	18	13	39	8	18	13
Media	4,67	4,75	4,67	4,62	5,21	4,75	5,39	5,23
Mediana	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
SD	0,838	1,035	0,686	0,961	0,656	0,707	0,608	0,599
RI	1	2	1	1	1	1	1	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

En general hay un consenso tanto sobre la factibilidad como sobre la prioridad. En cuanto a la factibilidad, la puntuación sería un poco más baja entre 4,5, mientras que en prioridad estaría en 5-6.

A pesar de que es claramente necesario llevar a cabo estos cambios, parece haber una percepción negativa cuando se trata de materializarlos.

Comentarios de los participantes.-

Se considera que la pregunta en cuestión se basa en aspectos biomédicos, lo que lo hace inadecuado para ser abordado de manera transversal con respecto a la cronicidad. Se opina que este sesgo se podría estar reflejando en la elaboración del cuestionario, lo que nos hace reflexionar y ser más cuidadosos en el análisis que se está llevando a cabo para evitar un posible impacto negativo.

Pregunta 11 y 12.

“Los planes de cronicidad tendrían que proponer estrategias de base comunitaria para la desinstitucionalización de las personas, incluyendo las que padecen una enfermedad mental.”

Figura 22. Resultados pregunta 11 y 12. Extraído plataforma SmartDelphi.

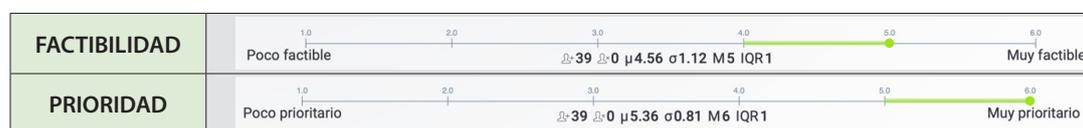


Tabla 23. Resultados pregunta 11 y 12 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	39	8	18	13	39	8	18	13
Media	4,56	4,50	4,61	4,54	5,36	5,50	5,33	5,31
Mediana	5,00	5,00	5,00	5,00	6,00	6,00	6,00	6,00
SD	1,119	1,309	1,037	1,198	0,811	0,756	0,840	0,855
RI	1	3	1	2	1	1	1	2

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Se ha alcanzado un consenso tanto en la factibilidad como en la prioridad, pero al examinar los diferentes ámbitos, en el grupo de cronicidad en factibilidad no ha habido consenso al respecto. Existe más diversidad de opinión, por lo que sugiere que algunos lo ven más factible que otros.

Como en el resto de las preguntas, la factibilidad obtiene una puntuación menor entre 4-5 a la priorización de 5-6.

Comentarios de los participantes.

El desarrollo de las diversas propuestas parece ser más difícil ya que precisa de un cambio en las políticas sociales y comunitarias en salud mental importante para satisfacer las necesidades de las personas y de los familiares en el caso de una desinstitucionalización. Este punto ha sido objeto de mucha controversia entre familiares y cuidadores de pacientes.

Pregunta 13 y 14.

“Las herramientas de gestión digital de la cronicidad (Historia clínica compartida, La Meva Salut...) tendrían que considerar las singularidades de las personas que padecen enfermedad mental crónica.”

Figura 23. Resultados pregunta 13 y 14. Extraído plataforma SmartDelphi.

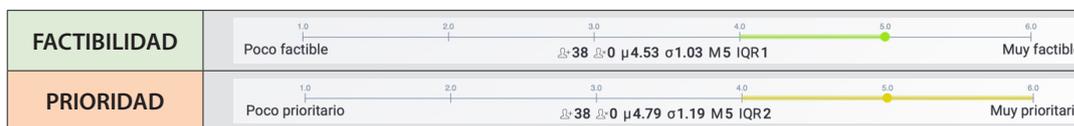


Tabla 24. Resultados pregunta 13 y 14 por ámbito participantes.

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	38	8	18	12	38	8	18	12
Media	4,53	4,50	4,61	4,42	4,79	4,50	4,94	4,75
Mediana	5,00	5,00	4,50	4,50	5,00	5,00	5,00	5,00
SD	1,033	1,604	0,850	0,900	1,189	1,512	1,110	1,138
RI	1	2	1	1	2	1	1	2

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Con respecto a la priorización (puntuación entre 4-6) hay un consenso bajo, con este resultado entendemos que se ve la necesidad de hacer este tipo de adaptaciones, pero no se considera un punto urgente dentro de la agenda. Lo mismo sucede con la factibilidad (4-5) aunque aquí sí que llegan a consenso.

Comentarios de los participantes.-

En esta afirmación no se ha realizado ningún tipo comentario al respecto.

Pregunta 15 y 16.-

“Los paquetes de indicadores en cronicidad tendrían que incluir la enfermedad mental de una manera apropiada.”

Figura 24. Resultados pregunta 15 y 16. Extraído plataforma SmartDelphi.

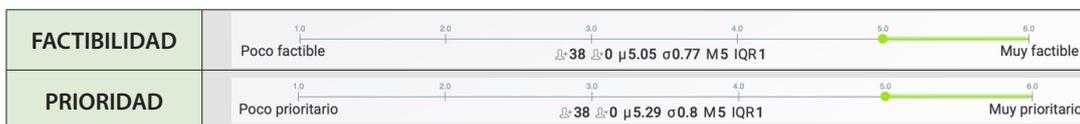


Tabla 25. Resultados pregunta 15 y 16 por ámbito participantes.

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	38	8	18	12	38	8	18	12
Media	5,05	5,50	4,83	5,08	5,29	5,38	5,39	5,08
Mediana	5,00	5,50	5,00	5,00	5,00	5,00	6,00	5,00
SD	0,769	0,535	0,924	0,515	0,802	0,518	1,037	0,515
RI	1	1	2	0	1	1	1	0

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Ha habido unanimidad en las respuestas, con consenso tanto en la factibilidad como en la prioridad con puntuaciones de 5-6.

Comentarios de los participantes.

En esta afirmación no se ha realizado ningún tipo comentario al respecto.

Pregunta 17 y 18.

“Se tendría que disponer de una historia clínica compartida sanitaria y social es relevante para las personas con enfermedad mental crónica.”

Figura 25. Resultados pregunta 17 y 18. Extraído plataforma SmartDelphi.



Tabla 26. Resultados pregunta 17 y 18 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	38	8	18	12	38	8	18	12
Media	4,89	5,13	4,78	4,92	5,53	5,50	5,61	5,42
Mediana	5,00	5,50	5,00	5,00	6,00	6,00	6,00	6,00
SD	0,831	0,991	0,808	0,793	0,687	0,926	0,502	0,793
RI	2	2	1	2	1	2	1	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Se evalúa con altas puntuaciones tanto en factibilidad (4-6) como en prioridad (5-6), siendo bajo consenso en factibilidad, pero con puntuaciones altas.

Comentarios de los participantes.-

Los participantes han señalado que uno de los grandes problemas está relacionado con la Ley Orgánica de Protección de Datos 7/2021(195), que dificulta el intercambio de información entre los diferentes servicios implicados en la salud de un individuo. Comentan el sin sentido de que la ciudadanía solicita y consideran necesario el compartir esa información y que los servicios asistenciales no puedan hacerlo por la complejidad jurídica existente, aún a sabiendas que tendrían mejores resultados y podrían proporcionar mejor atención a las personas.

Pregunta 19 y 20.-

“Las estrategias públicas de cronicidad tendrían que promover la coordinación con los proveedores privados de atención a la enfermedad mental crónica. (Proveedores que paga directamente la persona).”

Figura 26. Resultados pregunta 19 y 20. Extraído plataforma SmartDelphi.

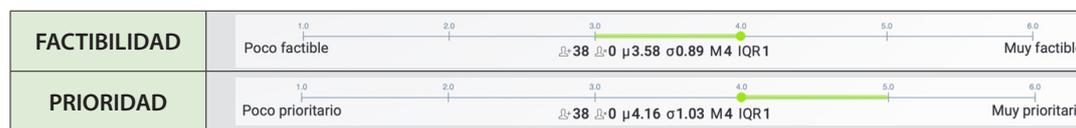


Tabla 27. Resultados pregunta 19 y 20 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	38	8	18	12	38	8	18	12
Media	3,58	3,13	3,67	3,75	4,16	4,75	4,00	4,00
Mediana	4,00	3,50	4,00	3,50	4,00	4,50	4,00	4,00
SD	0,889	1,126	0,686	0,965	1,027	0,886	1,188	0,739
RI	1	2	1	1	1	2	2	2

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Se llega a consenso en priorización, pero con una puntuación de 4-5, y con respecto a factibilidad hablamos de una puntuación de 3-4, por lo que se ve como algo complejo y más difícil de lo que parece.

Comentarios de los participantes.

Uno de los participantes ha comentado la dificultad que existe en la coordinación dentro del sistema público, lo que genera dudas sobre su viabilidad en el sector privado. En general, se considera prioritario lograr la coordinación dentro sistema público antes que buscarla en el sector privado.

Pregunta 21 y 22.

“En las personas con enfermedad mental crónica se tendría que promover los modelos de toma de decisiones compartidas.”

Figura 27. Resultados pregunta 21 y 22. Extraído plataforma SmartDelphi.

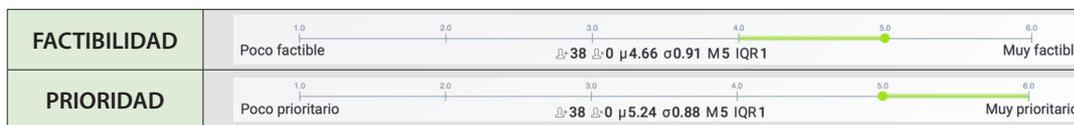


Tabla 28. Resultados pregunta 21 y 22 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	38	8	18	12	38	8	18	12
Media	4,66	4,25	4,89	4,58	5,24	5,00	5,44	5,08
Mediana	5,00	4,00	5,00	4,00	5,00	5,00	6,00	5,00
SD	0,909	0,707	0,900	0,996	0,883	1,069	0,784	0,900
RI	1	1	1	2	1	2	1	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Hay consenso en ambos puntos, teniendo puntuación más alta la prioridad con 5-6.

Comentarios de los participantes.

Un participante comentaba que, si queremos alinearnos con las políticas de la OMS, deberíamos centrarnos en la toma de decisiones con apoyo. El objetivo es que la persona pueda tomar sus propias decisiones respecto a su salud, habiendo accedido a la formación e información necesaria antes de tomarla. En general, aún existen barreras a nivel organizativo y cultural, así como preferencias de los individuos, ya que algunos no quieren ser los que toman la decisión.

Pregunta 23 y 24.

“Se tendría que promover estrategias de revisión y conciliación de la polifarmacia en personas consumidoras de psicofármacos.”

Figura 28. Resultados pregunta 23 y 24. Extraído plataforma SmartDelphi.

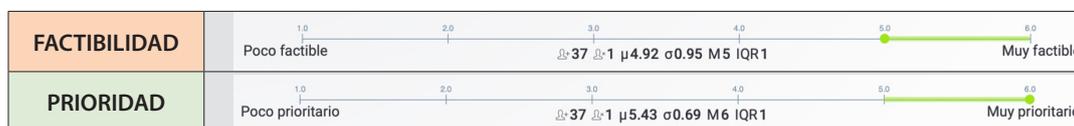


Tabla 29.- Resultados pregunta 23 y 24 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	37	8	17	12	37	8	17	12
Media	4,92	5,25	4,82	4,83	5,43	5,38	5,53	5,33
Mediana	5,00	5,00	5,00	5,00	6,00	5,00	6,00	6,00
SD	0,954	0,707	1,131	0,835	0,689	0,518	0,514	0,985
RI	2	1	2	1	1	1	1	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Se llega a consenso absoluto tanto en factibilidad como en prioridad, con puntuaciones altas de nivel de importancia en 5-6.

T-Student prioridad sexo significativa:

Se detectan posibles asociaciones entre el sexo y el nivel de consenso, en opción prioridad, tras aplicar la prueba *T-Student*, siendo la diferencia estadísticamente significativa, por lo que parece que hay diferencias en relación con el consenso en la prioridad según sexo ($p > 0,05$), siendo que los hombres lo ven más prioritarios que las mujeres.

Tabla 30. Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre sexos en prioridad.

	Media (DS)	p-valor	IC (Intervalo Confianza) 95%
Sujetos n =37			
Hombre	5,65 (0,489)	0,035*	(0,035 ; 0,912)
Mujer	5,18 (0,809)		

Nota*: tabla autogenerada. Datos SPSS-MAC versión 29.

Comentarios de los participantes.-

El mayor objetivo sería evitar la sobremedicación de la persona. De este punto, uno de los participantes abre el debate de los pacientes cronicados por una sobremedicación.

Pregunta 25 y 26.

“El modelo de atención a las personas con enfermedad mental crónica y necesidades complejas se tendría que homogeneizar con el enfoque para Pacientes Crónicos Complejos (PCC).”

Figura 29. Resultados pregunta 25 y 26. Extraído plataforma SmartDelphi.

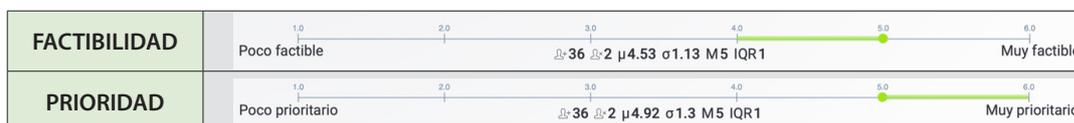


Tabla 31. Resultados pregunta 25 y 26 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	36	8	17	11	36	8	17	11
Media	4,53	5,13	4,24	4,55	4,92	5,50	4,71	4,84
Mediana	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,50	5,00	5,00
SD	1,134	0,991	0,903	1,440	1,296	0,535	1,359	1,537
RI	1	1	2	1	1	1	2	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Esta es otra pregunta donde hay consenso, con puntuaciones alta, factibilidad 4-5 y prioridad 5-6.

Comentarios de los participantes.

Uno de los participantes comenta la necesidad de incluir a los pacientes dentro de las rutas asistenciales.

Pregunta 27 y 28.

“El perfil profesional del gestor de casos que atiende a una persona con comorbilidad orgánica y mental crónica tendría que depender de las necesidades de cada persona en concreto.”

Figura 30.- Resultados pregunta 27 y 28. Extraído plataforma SmartDelphi.

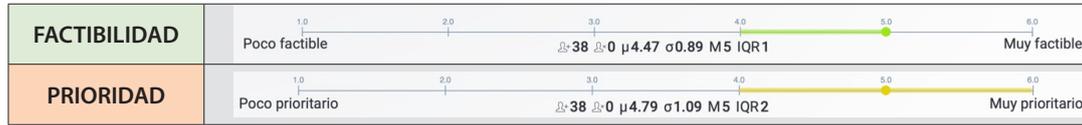


Tabla 32.- Resultados pregunta 27 y 28 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	38	8	18	12	38	8	18	12
Media	4,47	4,25	4,67	4,33	4,79	4,00	5,33	4,50
Mediana	5,00	4,00	5,00	4,00	5,00	4,00	5,50	4,50
SD	0,893	1,035	0,970	0,651	1,094	1,512	0,767	0,798
RI	1	2	1	1	2	2	1	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Se llega a un consenso sobre la factibilidad con una puntuación de 4-5, pero hay un bajo consenso sobre la priorización con puntuaciones que van entre 3 y 6. En general, parece factible, pero no habría mucho acuerdo sobre el grado de preferencia de su implantación.

Se detectan posibles asociaciones entre edad y el nivel de consenso, en la factibilidad, tras aplicar la prueba *T-Student*, siendo la diferencia estadísticamente significativa, por lo que parece que hay diferencias con relación al consenso en la factibilidad según edad ($p > 0,05$), viéndolo más factible el grupo de 30 a 60 años.

Tabla 33. Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre grupos en factibilidad.

	Media (DS)	p-valor	IC (Intervalo Confianza) 95%
Sujetos n =38			
Entre 30 y 60	4,76 (0,831)		
Más de 60	3,92 (0,760)	0,005*	(0,277 ; 1,397)

Nota*: tabla autogenerada. Datos SPSS-MAC versión 29.

Con respecto a la ANOVA en prioridad existen diferencias significativas entre los tres grupos.

Podemos ver que existen diferencias significativas entre la visión del ámbito de la cronicidad y el ámbito de salud mental sobre la priorización de esta afirmación, siendo más prioritaria para el grupo del ámbito de salud mental.

Tabla 34. Análisis de la varianza comparando la priorización de los 3 subgrupos.

	Sujetos n =38	p-valor
Atención a patologías crónicas orgánicas	4,00 (1,512)	0,006*
Salud Mental y Adicciones	5,33 (0,767)	
Atención integrada social y sanitaria	4,50 (0,798)	

Nota*: tabla autogenerada. Datos SPSS-MAC versión 29.

Se detectan posibles asociaciones entre el sexo y el nivel de consenso, en opción prioridad, tras aplicar la prueba *T-Student*, siendo la diferencia estadísticamente significativa, por lo que parece que hay diferencias en relación con el consenso en la prioridad según sexo ($p>0,05$), siendo que los hombres lo ven más prioritario que las mujeres.

Tabla 35.- Análisis bivariado (t-student) comparando asociaciones entre sexos en priorización.

	Media (DS)	p-valor	IC (Intervalo Confianza) 95%
Sujetos n =38			
Hombre	5,14 (0,854)	0,025*	(0,106 ; 1,474)
Mujer	4,35 (1,222)		

Nota*: tabla autogenerada. Datos SPSS-MAC versión 29.

Comentarios de los participantes.-

Algunos participantes consideran que el perfil más adecuado sería el de enfermería por sus competencias más transversales vinculadas a diferentes ámbitos como por ejemplo el comunitario o el social. El objetivo sería mejorar la salud de la persona de manera eficaz y eficiente, reducir costos y mejorar la atención.

Pregunta 29 y 30.

“Las políticas de cronicidad en patología mental crónica tendrían que estar alineadas con las de la cronicidad relacionadas con patologías orgánicas.”

Figura 31. Resultados pregunta 29 y 30. Extraído plataforma SmartDelphi.



Tabla 36.- Resultados pregunta 29 y 30 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	37	8	18	11	37	8	18	11
Media	4,46	4,88	4,11	4,73	4,7	5,13	4,56	4,64
Mediana	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
SD	0,96	0,835	0,963	0,905	1,151	0,641	1,338	1,120
RI	1	2	1	1	1	1	1	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Se ha llegado a consenso tanto en factibilidad como en priorización con las puntuaciones de 4 y 5.

Comentarios de los participantes.-

Se destaca la falta de alineamiento de estas políticas y lo difícil que es implementarlas en patologías orgánicas, destacando que las mentales siguen siendo utópicas y cargadas de estigma en las propias políticas. Alcanzar este punto implicaría un cambio de estructura y forma de pensar que por el momento será difícil.

Pregunta 31 y 32.

“La Historia Clínica Compartida, y la central de resultados de Cataluña tendría que incluir la información de la actividad que prestan todos los proveedores privados.”

Figura 32. Resultados pregunta 31 y 32. Extraído plataforma SmartDelphi.



Tabla 37. Resultados pregunta 31 y 32 por ámbito participantes

	FACTIBILIDAD				PRIORIDAD			
	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social	Total	Cronicidad	Salud Mental	Social
N	38	8	18	12	38	8	18	12
Media	4,00	3,88	4,00	4,08	4,55	4,50	4,50	4,67
Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,50	4,50	4,00	5,00
SD	1,065	1,246	1,029	1,084	1,201	1,512	1,249	0,985
RI	2	2	1	2	2	3	2	1

*Nota. Análisis estadístico de resultados. Elaboración propia.

Se ha llegado a un consenso bajo tanto en factibilidad como en priorización, la diversidad de opiniones se hace evidente en los resultados de factibilidad que van entre 3-5 y los puntajes de priorización que van entre 4 y 6.

Por ámbito profesional destaca la falta de consenso en priorización del grupo de cronicidad.

Comentarios de los participantes.-

En general, se considera necesaria la coordinación con el ámbito privado, pero se considera como un tema muy complejo, por lo que se tienen pocas esperanzas de incluirlo en la gestión de este grupo de individuos.

5. Discusión

Este estudio confirma las hipótesis previamente expuestas. Durante la investigación, se observa que las políticas relacionadas con la cronicidad y la salud mental resultan insuficientes. Además, los resultados indican una desconexión entre las estrategias propuestas y su implementación en la práctica diaria. Sin embargo, a la luz de los hallazgos, parece viable implementar estrategias y agregar elementos que mejoren la calidad de vida de las personas con comorbilidad orgánica y mental.

Para evaluar el nivel de inclusión de la enfermedad mental y su comorbilidad orgánica dentro de las políticas sanitarias de gestión de la cronicidad, se realizó un consenso con metodología Delphi, partiendo de la premisa que las estrategias vigentes en Cataluña sobre cronicidad y enfermedad mental son insuficientes para conseguir una óptima incorporación de la enfermedad mental dentro de la gestión político-sanitaria de las enfermedades crónicas. Se plantea que existe un divorcio entre las estrategias planteadas y la implantación de estas en el día a día del profesional sanitario. Este estudio, al que denominamos CROSAM (acrónimo de CRonicidad y SALud Mental), se basa en la opinión de expertos en cronicidad, salud mental y social sobre las políticas existentes y/o necesarias para la óptima gestión de la cronicidad en salud mental.

De 60 expertos invitados a participar del consenso, en un breve período de tiempo (2 semanas), participaron 46 (76,67% de la muestra). La alta participación se puede atribuir al compromiso de los expertos consultados con respecto a este tema, y a que se enviaron 3 recordatorios de participación por parte del equipo investigador.

Finalmente, 38 de 60 (63,33%) expertos respondieron el cuestionario en su totalidad, mientras que 8 de los expertos lo completaron parcialmente, por lo que finalmente son excluidos del análisis.

De las 32 de preguntas analizadas se alcanzó "óptimo consenso" en 25 de ellas, y "bajo consenso" en las 7 restantes, lo cual le da mayor consistencia a los resultados que se pueden extraer del estudio CROSAM.

En general, el estudio CROSAM muestra que hay un cierto nivel de consenso en la inclusión de la salud mental en las políticas de cronicidad. No hay ningún ítem que se haya considerado poco factible, o poco prioritario. Hay una visión general de que todos los temas propuestos son factibles y prioritarios, con algunas matizaciones sobre el grado de factibilidad y prioridad que se explican a continuación.

En lo que respecta a los ámbitos de trabajo (social, cronicidad, y salud mental), se observó un menor nivel de consenso entre los participantes del área de cronicidad, seguidos por los del área social. Los profesionales del ámbito de la salud mental alcanzaron un mayor grado de

consenso. Se identificaron dos preguntas en las que no se alcanzó consenso (marcado en color rojo): en cronicidad, las preguntas 11 y 12 sobre factibilidad, así como las preguntas 31 y 32 sobre prioridad.

En general, hay un cierto nivel de consenso en la inclusión de la salud mental en las políticas de cronicidad. No hay ningún ítem que se haya considerado poco factible, o poco prioritario. Hay una visión general de que todos los temas propuestos son factibles y prioritarios, con algunas matizaciones que se explican a continuación.

En cuanto a los ámbitos de trabajo, se observa menor consenso entre los participantes del área de cronicidad, seguidos por los de social. Los profesionales del ámbito de la salud mental habrían llegado más a consenso. Será en cronicidad donde haya dos respuestas en las que no se ha llegado al consenso en la pregunta 11 y 12 en factibilidad y la pregunta 31 y 32 en prioridad.

A continuación, se pasa a analizar pregunta por pregunta.

Pregunta 1 y 2. Las políticas de cronicidad tendrían que especificar propuestas de protección, prevención y promoción de la salud que tengan en cuenta también a la salud mental.

En los resultados se observa que en general se ha alcanzado un consenso valorado entre 4 y 6 en cuanto a la factibilidad. Sin embargo, en los grupos enfocados en cronicidad y aspectos sociales, el consenso ha sido bajo, mientras que en el ámbito de la salud mental se ha llegado a un consenso. En cuanto a la prioridad, tanto a nivel general como en los diferentes ámbitos, se ha llegado a un alto consenso, considerándolo muy prioritario. Por lo tanto, aunque existen diferencias en los grados de consenso, se concluye que la realización de este punto es factible y muy prioritario.

En esta línea, es crucial para nuestra sociedad promover, prevenir y proteger la salud mental. El objetivo debe ser fomentar entornos saludables y apoyar el bienestar emocional y psicológico de las personas, mediante medidas como el acceso a servicios de salud mental de calidad, sensibilización y educación, apoyo social, autocuidado y acceso al entorno laboral. Las políticas de salud deben centrarse en fomentar el bienestar emocional y psicológico de las personas y prevenir la aparición de trastornos mentales. La promoción, prevención y protección de la salud mental son puntos clave para nuestra sociedad, y deben ser abordados mediante medidas específicas para apoyar el bienestar emocional y psicológico de las personas(97,100).

Para lograr esto, se requiere una perspectiva más holística y multidisciplinaria que considere factores sociales y comunitarios que influyan en la salud. Además, el sistema debe proporcionar

a las personas herramientas para fomentar su autocuidado. Es necesario que las políticas de salud incorporen la implicación de la persona y una visión más amplia para abordar las necesidades de salud de manera integral(129,196–199).

Pregunta 3 y 4. Las políticas de cronicidad tendrían que contemplar la reducción de desigualdades sociales, incorporando en este abordaje la salud mental.

En cuanto a la reducción de las desigualdades sociales, se ha llegado a un bajo consenso en cuanto a su factibilidad, con un intervalo de puntuación entre 3 y 5. Sin embargo, en cuanto a su priorización, se ha llegado a un consenso óptimo con una puntuación entre 5 y 6. Esto indica que existe cierta incertidumbre acerca de su realización, y poca diversidad de opiniones, pero todos los participantes están de acuerdo en su necesidad.

Vemos que es posible que los ámbitos de cronicidad y social tengan visiones más distanciadas ya que el entorno de la cronicidad parece ser más pesimista en la realización de este punto, posiblemente por lo difícil que ya está resultando llevarlo a cabo. En el último PdS 2021-2025(25) se presta especial atención a las desigualdades que surgen como resultado de las diferencias económicas en nuestra sociedad actual, identificando la vejez como una de las áreas más vulnerables (119,192).

Con respecto a la edad, parece ser que los participantes más jóvenes son más optimistas con respecto a la factibilidad y la prioridad de este punto. Teniendo los más mayores, un foco un poco más pesimista en este objetivo.

Las desigualdades no pueden abordarse únicamente desde el ámbito de la salud, sino que es necesario involucrar a otras áreas y sectores sociales para que se pueda alcanzar el objetivo. De hecho, se requiere un enfoque intersectorial para abordar la influencia que tienen factores como la educación, la vivienda, el empleo y el medio ambiente en la salud de las personas(119,191–194). En consecuencia, es fundamental trabajar de manera conjunta y coordinada entre las distintas áreas para logra una mayor equidad en salud.

Se destaca la importancia del compromiso político en la necesidad de abordar los problemas de salud y sociales de manera conjunta. Para ello, se requiere la creación de un proyecto de atención integrado que permita una coordinación adecuada entre los diferentes sectores implicados(41,194).

Pregunta 5 y 6. Para las personas con comorbilidad crónica orgánica y mental, tendrían que definirse propuestas que promuevan las prácticas colaborativas entre ámbitos asistenciales, sanitarios y sociales.

En relación con la colaboración entre ámbitos sanitarios y sociales para el cuidado de la persona con comorbilidad orgánica y mental, se observa un consenso generalizado tanto en factibilidad como en priorización, teniendo la primera una puntuación más baja con 4-5, la priorización siendo valorada más alta entre 5-6. A nivel de ámbitos y con respecto a la factibilidad, se observa que tanto la cronicidad como el área social muestran un bajo consenso. Esto podría deberse a la percepción de complejidad de la aplicación de políticas sociales en el ámbito de la cronicidad, lo que dificultara la implementación de prácticas colaborativas. Parece ser importante continuar trabajando en la mejora de la coordinación entre los ámbitos sanitario y social para garantizar una atención integral y de calidad a las personas con comorbilidad orgánica y mental.

Se ha evidenciado la importancia de las prácticas colaborativas en la gestión efectiva de la cronicidad, reflejado en los tres planes de salud analizados en el primer estudio(25,129,138,194), así como en el documento de la OMS sobre propuestas para la creación de nuevos PdS en Cataluña(119).

La voluntad política es un aspecto crucial no sólo en el abordaje de las desigualdades sociales, sino también en este punto. Es necesario implementar líneas de trabajo que consideren no sólo el ámbito de la salud y social, sino que involucren otros sectores como el educativo y el laboral. Que aborde a la persona como un todo. El PdS 2016-2020(129) ya abordaba “salud en todas las políticas” en el programa PINSAP(142). La factibilidad se valora de forma más baja por el impacto que tienen las políticas en este punto, y no depender únicamente de la voluntad del profesional para generar cambios. Se puede llegar a entrever una falta de esperanza en los cambios que se han de articular desde una perspectiva de macrogestión. La necesidad de que los políticos y gestores transformen su forma de trabajar es un requisito que se sigue alargando en el tiempo sin haberse logrado cambios significativos(57).

Pregunta 7 y 8.- En personas con comorbilidad orgánica y enfermedad mental, las políticas en cronicidad tendrían que incorporar alianzas del sistema sanitario con otros sectores (social, económico, laboral, jurídico...).

Con respecto a las alianzas del sistema sanitario con otros gestores, como se ha comentado en el punto anterior, parece ser necesaria. El abordaje integral e integrado del individuo con estas características requiere de este tipo de enfoque para poder cubrir todas las necesidades que le acompañan. La persona es un todo que recibe impactos diversos del entorno a lo largo de su vida, desarrollando necesidades muy diversas que tendrán un alto impacto en sus resultados en salud. Para tener esa visión holística se han de llevar a cabo este tipo de alianzas.

El consenso en este punto es general, siendo la factibilidad de un 4-5 y la prioridad de un 5-6. Como vemos, existen diferencias significativas entre grupos en factibilidad, viendo más complicada su realización sobre todo en el ámbito de la cronicidad que lo puntúan con una media de 3,38, mientras que el ámbito social parece verlo más posible.

Con respecto a la edad, parece ser que los participantes más jóvenes son más optimistas con respecto a la factibilidad y la prioridad de este punto. Teniendo los más mayores, un foco un poco más pesimista en este objetivo.

Pregunta 9 y 10. Las políticas de cronicidad tendrían que especificar objetivos para el abordaje de la enfermedad mental crónica, tengan o no comorbilidad orgánica.

Con respecto a los objetivos para el abordaje de la enfermedad mental crónica con o sin comorbilidad orgánica. En general hay un consenso tanto a ser factible como prioritario. Con respecto al factibilidad la puntuación sería un poco más baja entre 4-5, mientras que en prioridad estaría en 5-6.

Parece ser, que hay una percepción más negativa a la hora de que se lleguen a materializar los cambios a pesar de tener muy claro la necesidad de que se lleven a cabo.

Tal como muestra Druss et al (2011)(99), las personas con problemas de salud mental tienen peores resultados en salud y en el ámbito social, por lo que se debería poner especial atención a este perfil de personas a través de modelos de atención integrada que aborden las necesidades mentales, físicas y sociales de este perfil de individuo. Los trastornos mentales a menudo coexisten con condiciones médicas, lo que conduce a peores resultados de salud y mayores costos de atención médica(79,81,99).

Pregunta 11 y 12. Los planes de cronicidad tendrían que proponer estrategias de base comunitaria para la desinstitucionalización de las personas, incluyendo las que padecen una enfermedad mental.

Al abordar la desinstitucionalización desde los planes de salud con enfoque de base comunitario, en general vemos que se ha llegado a consenso tanto en factibilidad como en prioridad. Si ampliamos y nos fijamos en ámbitos, en el grupo de cronicidad en factibilidad no ha habido consenso al respecto, encontramos más diversidad de opinión, por lo que se interpreta que algunos lo ven más factible que otros.

Como en el resto de las preguntas, la factibilidad obtiene una puntuación menor entre 4-5 a la priorización de 5-6. El desarrollo de las diferentes propuestas parece que se ve más complicado, en este caso en concreto precisa un cambio en las políticas sociales y comunitarias en salud mental importante para poder cubrir las necesidades de la persona y de los familiares en el caso de una desinstitucionalización. Este sería un punto muy cuestionado por familiares y cuidadores.

La desinstitucionalización lleva implícito mejorar los recursos para las personas y cuidadores que entran el proceso. El sistema debe proveer alternativas que permitan a las personas integrarse en la sociedad y establecer objetivos y herramientas que les ayuden a lograr una vida más plena e independiente. Como consecuencia de la desinstitucionalización y el cambio hacia un nuevo modelo de atención centrado en la persona en la SM, es fundamental dotar a los profesionales sanitarios de nuevas opciones y recursos para adaptarse a los cambios(81).

Pregunta 13 y 14. Las herramientas de gestión digital de la cronicidad (Historia clínica compartida, La Meva Salut...) tendrían que considerar las singularidades de las personas que padecen enfermedad mental crónica.

Sobre las herramientas de gestión digital adaptadas a las singularidades de las personas con enfermedad mental, con respecto a la priorización (puntuación entre 4-6) hay un consenso bajo, con este resultado entendemos que se ve la necesidad de hacer este tipo de adaptaciones, pero no se considera un punto urgente dentro de la agenda. Lo mismo sucede con la factibilidad (4-5) aunque aquí sí que llegan a consenso.

La utilización de herramientas digitales teniendo en cuenta las singularidades de la gestión de la salud mental puede ser un factor determinante en el control y manejo de la enfermedad. Los recursos de las personas en salud mental son limitados, contar con herramientas de este tipo puede ayudar en el proceso de tratamiento de este tipo de individuos, así como la asignación de recursos y promoción de la equidad en el acceso a los mismos. Además, puede mejorar la calidad de vida al permitirles un mayor control sobre su enfermedad y una mayor autonomía en el proceso de tratamiento (200–202).

Pregunta 15 y 16. Los paquetes de indicadores en cronicidad tendrían que incluir la enfermedad mental de una manera apropiada.

Con respecto a los indicadores en cronicidad que incluyan la enfermedad mental, las respuestas han sido unánimes, ha habido consenso tanto en factibilidad y prioridad con puntuaciones de 5-6.

Tener acceso a estos indicadores debería mejorar los procesos de atención y los entornos asistenciales. Con la necesidad de trabajar en diferentes niveles de atención y en diferentes entornos, estos indicadores pueden ayudarnos a definir e implementar un enfoque más estructurado para abordar las enfermedades crónicas y la salud mental. Los factores socioeconómicos, como los bajos ingresos y el bajo nivel educativo, están asociados con los trastornos mentales y las condiciones médicas. Existe una asociación inversa consistente entre el nivel socioeconómico y una variedad de indicadores de salud, comportamientos de salud y mortalidad. Las personas con un nivel socioeconómico bajo son más propensas a adoptar conductas de salud adversas, como comer una dieta deficiente, fumar y falta de ejercicio, lo que facilita el desarrollo de enfermedades crónicas(99).

Se han desarrollado herramientas de sistema de información para monitorear indicadores, que permiten calcular datos para poblaciones específicas utilizando información agregada de regiones y área de atención primaria(27).

Pregunta 17 y 18. Se tendría que disponer de una historia clínica compartida sanitaria y social es relevante para las personas con enfermedad mental crónica.

La necesidad de tener una historia clínica compartida sanitaria y social para las personas con enfermedad mental crónica, se evalúa con altas puntuaciones tanto en factibilidad (4-6) como en prioridad (5-6), habiendo bajo consenso en factibilidad, pero con puntuaciones altas.

Los participantes comentan que uno de los grandes problemas está en la Ley Orgánica de Protección de Datos 7/2021(195) que complica el compartir la información entre los diferentes servicios implicados en la salud de un individuo. Comentan el sin sentido de que la ciudadanía solicita y consideran necesario el compartir esa información y que los servicios asistenciales no puedan hacerlo por la complejidad jurídica existente, aún a sabiendas que tendrían mejores resultados y podrían proporcionar mejor atención a las personas(202,203)

Pregunta 19 y 20. Las estrategias públicas de cronicidad tendrían que promover la coordinación con los proveedores privados de atención a la enfermedad mental crónica. (Proveedores que paga directamente la persona).

Con respecto a la coordinación con los proveedores privados de atención a la enfermedad mental, se llega a consenso en priorización, pero con una puntuación de 4-5, y con respecto a factibilidad hablamos de una puntuación de 3-4, por lo que se ve como algo complejo y más difícil de lo que parece. De hecho, uno de los comentarios de un participante es la dificultad que existe en la coordinación dentro del sistema público, como va a ser factible en el ámbito privado. En general, se entiende como un objetivo postpuesto a conseguir la coordinación del sistema público antes.

Pregunta 21 y 22. En las personas con enfermedad mental crónica se tendría que promover los modelos de toma de decisiones compartidas.

Con respecto a la toma de decisiones compartidas, hay consenso en ambos puntos, teniendo puntuación más alta la prioridad con 5-6.

Un participante comentaba que, si queremos alienarnos con las políticas de la OMS, deberíamos apostar por las decisiones con apoyo. El objetivo es que la persona pueda tomar sus propias decisiones respecto a su salud, habiendo accedido a la formación e información necesaria antes de tomarla(204). En general, todavía hay muchas barreras a nivel organizativo y culturales, a parte de las preferencias que tenga el individuo, ya que algunos no quieren ser ellos los que tomen la decisión(205).

Pregunta 23 y 24. Se tendría que promover estrategias de revisión y conciliación de la polifarmacia en personas consumidoras de psicofármacos.

En la revisión y conciliación de la polifarmacia hay un consenso absoluto tanto en factibilidad y prioridad con puntuales altas de nivel de importancia en 5-6.

El mayor objetivo sería evitar la sobremedicación del paciente. De este punto, uno de los participantes abre el debate de los individuos cronificados por una sobremedicación(206).

En el análisis estadístico se han detectado asociaciones entre el sexo y el grado de consenso, viéndolo más prioritario los hombres que las mujeres. Podría deberse a que la mujer tiene peor percepción de su salud con respecto a los hombres y también tiene un consumo mayor de medicamentos de prescripción(207,208).

Pregunta 25 y 26. El modelo de atención a las personas con enfermedad mental crónica y necesidades complejas se tendría que homogeneizar con el enfoque para Pacientes Crónicos Complejos (PCC).

La homogeneización de la persona con enfermedad mental como PCC es otro de los puntos donde hay consenso y con puntuaciones alta, factibilidad 4-5 y prioridad 5-6.

El incluirlo en el enfoque PCC facilitaría la elaboración de rutas asistenciales concretas que puedan realizar el abordaje integral del individuo(193). Es necesario una atención integrada para este perfil de personas que cubra todas las necesidades que pueda precisar desde el punto social y asistencial para conseguir mejores resultados en salud y ser más eficientes.

Pregunta 27 y 28. El perfil profesional del gestor de casos que atiende a una persona con comorbilidad orgánica y mental crónica tendría que depender de las necesidades de cada persona en concreto.

Con respecto al perfil del profesional que ha de gestionar los casos de personas con comorbilidad orgánica y mental, vemos que se llega a consenso en factibilidad, pero con una puntuación de 4-5, respecto a la priorización hay un consenso bajo estando las puntuaciones entre 3 y 6. En general, parece ser que se ve como realizable, pero no habría mucho acuerdo sobre el grado de preferencia de su implantación.

Existen diferencias significativas entre la visión del ámbito de la cronicidad y el ámbito de salud mental sobre la factibilidad de esta afirmación, siendo más factible para el grupo del ámbito de salud mental.

Con respecto a la edad de los participantes, parecer ser que los ven más factible el grupo de edad más joven. Y a nivel de sexo, parece que los hombres son los que lo ven más prioritario. Por lo que serían los hombres de edad más joven los que verían más posible y prioritario el definir un perfil de gestor que pueda encargarse de este tipo de personas.

Algunos participantes opinan que uno de los perfiles más adecuado sería el de enfermería por sus competencias más transversales vinculadas a diferentes ámbitos como el comunitario, social... El objetivo es mejorar la salud del individuo siendo eficaz y eficiente, reduciendo coste y mejorando la atención(209,210).

Pregunta 29 y 30. Las políticas de cronicidad en patología mental crónica tendrían que estar alineadas con las de la cronicidad relacionadas con patologías orgánicas.

Sobre si las políticas de cronicidad y salud mental deberían estar alineadas, tanto en factibilidad como en priorización se ha llegado a consenso con las puntuaciones de 4 y 5.

Se destaca la falta de alineación de estas políticas y lo difícil que resulta con patologías orgánicas, destacando que en las mentales sigue siendo utópico y cargado de estigma en las propias políticas. El poder llevar este punto a cabo implicaría un cambio de estructura y forma de pensar que por el momento aún costará mucho.

Pregunta 31 y 32. La Historia Clínica Compartida, y la central de resultados de Cataluña tendría que incluir la información de la actividad que prestan todos los proveedores privados.

Con respecto a la historia clínica compartida y la central de resultados, y sobre la información de los proveedores privados que deberían reflejar, hay un consenso bajo tanto en factibilidad como en priorización. La diversidad de opiniones se evidencia en los resultados de factibilidad entre 3-5 y los 4 y 6 de priorización.

Si bajamos al ámbito destaca el no consenso en el ámbito de cronicidad en la priorización.

En general, parece ser que se considera necesario, pero parece que todo lo que está vinculado a coordinación con el ámbito privado se convierte en algo muy complejo, en se pone pocas esperanzas para llegar a incluir en la gestión de este grupo de personas.

En resumen, este estudio respalda la hipótesis de la falta de políticas sanitarias que tengan en cuenta la yuxtaposición de la enfermedad mental y la orgánica, y la falta de consideración de los clústers para poder trabajar conjuntamente.

6. Conclusiones

Este estudio ha permitido obtener una visión de los expertos en tres ámbitos claves sobre la necesidad de invertir en sistema de atención a la salud que reconozcan y aborden la comorbilidad entre enfermedades mentales y afecciones físicas crónicas. Existe una necesidad de prevenir el impacto en el sistema del aumento continuado de las enfermedades crónicas y los problemas de salud mental asociados.

El estudio muestra que la introducción de la salud mental dentro de las políticas de cronicidad depende en gran medida de la existencia de una gobernanza adecuada y de una voluntad política fuerte. Para ahondar en este objetivo diseñamos el tercer estudio en el cual entrevistamos a los responsables máximos de la sanidad catalana durante un largo período de tiempo.

En la conclusión global de esta tesis se profundizará de manera integrada en varios aspectos que han sido explorados en los tres estudios llevados a cabo.

3

Estudio

**Macrogestión de la salud mental
y la cronicidad: la visión de
los antiguos responsables de políticas
sanitarias en Cataluña**

ESTUDIO 3: Macrogestión de la salud mental y la cronicidad: la visión de los antiguos responsables de políticas sanitarias en Cataluña

Durante el periodo democrático, diversas personas han ostentado el poder en Cataluña, lo que ha influido en las políticas sanitarias en función de las opiniones y tendencias políticas de los consejeros responsables, así como de las condiciones de gobernanza de cada momento histórico. El Consejero de Salud de Cataluña dispone de información, técnicos y recursos que le permiten conocer de primera mano la situación del sistema sanitario catalán. En su rol, se enfrenta a decisiones muchas veces difíciles, lo que le proporciona una experiencia valiosa, una visión y una opinión sumamente enriquecedoras.

1. Hipótesis

Se plantean estas hipótesis:

- La consulta a máximos responsables que fueron del ámbito de las políticas públicas en sanidad aporta valor adicional a las conclusiones del Delphi, de manera que las claves de manejo del futuro de cronicidad y salud mental tenga más opción de éxito.
- Existen limitaciones y/o reticencias que pueden dificultar la implementación de políticas y decisiones por parte de los órganos decisores.
- Existen determinados elementos clave en la óptima incorporación de la dimensión mental en las políticas de cronicidad que aumentarían la efectividad y la eficiencia de los modelos de atención y que reducirían la brecha de salud que sufren las personas con comorbilidad orgánica y mental con visión a futuro.

2. Objetivos

- Complementar las aportaciones del Delphi mediante consulta a responsables políticos.
- Averiguar si existe una desconexión entre las estrategias planteadas en las políticas de salud mental y cronicidad y la implantación de estas.
- Definir con mayor garantía de éxito, propuestas para el futuro de una planificación más ampliada de políticas de cronicidad y salud mental.

3. Metodología

Se ha utilizado la metodología cualitativa descriptiva con el objetivo de mantener una presentación del fenómeno de estudio que se aproxime a los datos recopilados y con un nivel de interpretación reducido.

La técnica utilizada en el estudio ha sido la entrevista semiestructurada por su capacidad para obtener información detallada y relevante sobre las experiencias de los profesionales entrevistados, lo que permitirá realizar una descripción en un lenguaje similar a los informantes(211,212).

Según señala Flick (2012)(213), la entrevista a expertos ha sido descrita por Meuser y Nagel (1991)(214) como una forma específica de aplicar entrevistas semiestructuradas. A diferencia de las entrevistas biográficas, en las entrevistas a expertos, el interés principal está en la calidad del entrevistado como persona entendida en un campo de actividad específico, es decir, el valor del entrevistado es su experiencia, y no tanto en su persona en su totalidad.

3.1 Elaboración entrevista

Se ha desarrollado un marco conceptual a través de la información recopilada durante el proceso de los dos estudios realizados previamente (*scoping review* y *delphi online*), en base a los resultados obtenidos se ha situado el contexto del estudio y se ha diseñado el guion de entrevistas semiestructuradas utilizado (se presenta en la tabla 38). Este guion ha sido utilizado para conducir las entrevistas y ha permitido identificar experiencias y percepciones relacionadas con el objetivo del estudio.

La entrevista se centró en preguntas abiertas que permitieran conocer la opinión y experiencia de los entrevistados con respecto a ciertas cuestiones abordadas en el estudio previo Delphi. Además, se incluyó una pregunta que permitiera a los entrevistados proponer ideas o sugerencias para un futuro plan de salud.

Tabla 38. Guion entrevista semiestructurada.

PARTICIPANTES: Consejeros sanidad de Cataluña
TIEMPO DE RESPUESTA: 30 – 45
METODOLOGÍA: Entrevista semiestructurada
<p>El objetivo de esta entrevista es que, después de ver los resultados del Delphi (consenso) realizado a profesionales de la salud en el ámbito de cronicidad, salud mental y social, comparta con nosotros su opinión al respecto desde su conocimiento, no tan solo por su experiencia como consejero; y hacer una reflexión respecto al futuro de estas políticas.</p>
PREGUNTAS
Visión presente (Resultados Delphi):
<ul style="list-style-type: none">- ¿Cómo valora, globalmente, los consensos que han establecidos los participantes? ¿Le parecen congruentes con su punto de vista sobre la materia?- ¿Hay algún elemento de consenso que le parece especialmente importante?- ¿Hay algún elementos de consenso en que no coincide con el consenso que ha surgido del Delphi?- De los comentarios aportados por los participantes, ¿hay algún de estos que le haya parecido importando a destacar?
Visión futura (Opinión desde su experiencia y conocimientos):
<p>Si tuviera que preparar el plan de salud 2026 – 2030, y teniendo en cuenta los resultados del consenso a profesionales y sus conocimientos y experiencia:</p> <ul style="list-style-type: none">- De los temas tratados en el Delphi, ¿cuáles serían ámbitos prioritarios que trabajar en este futuro plano de salud?- ¿Cómo piensa que haría falta plantea la interacción/integración de las políticas en salud mental y las de cronicidad?- En función de los planteamientos y propuestas que nos ha dado en las dos preguntas anteriores, ¿qué líneas de trabajo serían más factibles de instaurar?- En función de los planteamientos y propuestas que nos ha dado en las preguntas anteriores, ¿qué líneas de trabajo serían más urgentes de instaurar?

Nota* tabla autogenerada.

3.2 Participantes

En este estudio se seleccionó como participantes a responsables de la gestión sanitaria a nivel macro en Cataluña, ya que se consideró que este perfil permitiría cumplir con el objetivo de conocer la visión de la salud mental en el marco de las políticas de cronicidad desde una perspectiva de macrogestión.

Los criterios de inclusión en este estudio fue haber ocupado el cargo de Consejero de Sanidad en Cataluña entre los años 1996 y 2022. Tener plenas capacidades cognitivas y de comunicación, y haber aceptado voluntariamente la participación en el estudio mediante consentimiento informado.

Como excepcionalidad, se decidió que uno de los directores de esta tesis, quién había sido consejero entre 2010 y 2016, no sería entrevistado debido a su posible implicación en el estudio. Como alternativa, se incluyó a un participante que había ocupado un cargo de alto nivel en la consejería durante ese período, y que aportó información y experiencias de gran valor para la investigación.

3.3 Realización de las entrevistas

Las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal (IP), entre febrero y marzo de 2023. Las entrevistas siguieron la guía de entrevista presentada en la tabla 3 y fueron grabadas en formato audio para su posterior transcripción. Con el fin de evaluar la idoneidad de la guía de entrevista y capturar información relevante, el IP también registró manualmente las observaciones (*self-debriefing*) en formato audio después de cada una de las entrevistas.

La duración de las entrevistas osciló entre 45 y 70 minutos, con una media aproximada de 1 hora. La recogida de datos finalizó cuando se alcanzó el punto de saturación, que fue identificado a través de la repetición del discurso.

3.4 Análisis de datos

Para el análisis de los datos se ha seguido la estrategia de 6 pasos para estudios cualitativos descriptivos presentada por Miles et al(215).

1. Recopilación de datos: recopilar todos los datos obtenidos durante la investigación, incluyendo transcripciones de entrevistas, notas de campo y otros materiales.
2. Revisión de datos: revisar los datos para comprender mejor la información recopilada y verificar la exactitud y consistencia de los datos.

3. Creación de categorías: agrupar los datos en categorías para facilitar la identificación de patrones y temas recurrentes.
4. Identificación de temas: identificar los temas principales y secundarios que surgen de los datos.
5. Desarrollo de un marco conceptual: desarrollar un marco conceptual que explique los temas y patrones identificados en los datos.
6. Informe de resultados: informar los resultados del estudio utilizando los temas y patrones identificados, el marco conceptual desarrollado y ejemplos de los datos recopilados.

El análisis de los datos se ha realizado con la ayuda del programa Atlas.ti, versión 23.0.1 (©2023 ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Alemania).

El tipo de análisis ha sido *el qualitative content analysis*, un proceso reflexivo, iterativo y dinámico de análisis de los datos transcritos, así como las notas y observaciones para sintetizar el contenido informativo de los datos (216). Los hallazgos obtenidos en este estudio se derivaron directamente de los datos recopilados, sin haber sido establecidos previamente. Después de una lectura detenida de las entrevistas, se asignaron códigos a cada unidad de análisis identificada, y posteriormente se procedió a su depuración. Finalmente quedaron 174 citas de las cuales se seleccionarán las más significativas como verbatims y 33 códigos.

3.5 Consideraciones éticas

Todos los participantes recibieron email informativo con el objetivo del estudio, el motivo de su participación, la técnica de recogida de datos y la captura de estos, los de confidencialidad el mismo día de entrevista. Antes de comenzar la entrevista se repasaron las dudas e implicaciones. Todos los participantes aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

3.6 Rigor

El rigor se refiere a la calidad y fiabilidad de los resultados obtenidos, como la credibilidad, la dependencia, la confirmabilidad y la transferibilidad.

La credibilidad, confianza en los resultados, se ha logrado realizando una descripción detallada del estudio, tanto de los participantes, así como los contextos y las técnicas de análisis utiliza-

das. Se han incorporado las observaciones realizadas, y se han incorporado ejemplos particulares surgidos de las entrevistas mediante *verbatim*s.

Las entrevistas se realizaron en catalán, por lo que los *verbatim*s utilizados durante el análisis están en catalán. Sin embargo, se puede encontrar una traducción al español en el anexo 5.

En referencia a la reflexividad, el IP ha tenido en cuenta su estatus como investigador y profesional de la salud, y ha optado por mantener una actitud abierta e imparcial, alejándose de sus opiniones políticas.

La confirmabilidad, objetividad y transparencia, se ha logrado mediante la recogida mecánica de la información mediante grabaciones, así como la posterior realización de transcripciones textuales literales.

La transferibilidad, capacidad de aplicar los resultados en otros contextos, se ha asegurado mediante la descripción de la población y muestra y mediante el muestreo de conveniencia por selección de mejores informantes.

3.7 Triangulación

Con el objetivo de tener una visión más completa del fenómeno a estudiar, se aplicó la técnica de triangulación de la información. Esta técnica consiste en utilizar múltiples métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), fuentes de datos, teorías, investigadores o ambientes para estudiar un fenómeno. Al emplear esta técnica se espera que las debilidades de cada estrategia no se superpongan, sino que se sumen sus fortalezas, lo que aumenta la validez y confiabilidad de los resultados. Cuando se utiliza una única estrategia, los estudios pueden ser más vulnerables a sesgos y limitaciones metodológicas. La triangulación ofrece la oportunidad de examinar un problema desde diferentes perspectivas para obtener una comprensión más completa del fenómeno de estudio(215,217).

En este caso, a lo largo del estudio, se realiza una triangulación de investigadores mediante la codificación e interpretación de una misma entrevista por dos investigadores (IP y CB).

4. Resultados y discusión

Se entrevistó a cinco de los 7 máximos responsables de la sanidad catalana, (4 exconsejeros y al *Director General de Planificació i Recerca Sanitàries del Departament de Salut*, ya que uno de los consejeros durante ese período de gobierno forma parte de la dirección de esta tesis).

Los resultados del estudio se han clasificado de la siguiente manera (tabla 39), teniendo en cuenta los resultados del primer estudio y el análisis de otras investigaciones realizadas sobre el tema(3,218).

Tabla 39. Codificación de contenidos de la entrevista.

Integración asistencial	Prácticas colaborativas
	Cambios organizativos
	Integración salud mental
	Desigualdades
	Sistema privado
	Desinstitucionalización
	Asumir riesgos
	Atención primaria
	Gestor de casos
Modelo atención clínica	Historia clínica
	Integral e integrado
	Geriatría y demencias
	Decisiones compartidas
	Fármacos
Políticas de salud	Prevención y promoción de la salud
	Profesionales
	Plan de salud
Visión de futuro	

*Nota: Elaboración propia

Dada la naturaleza del estudio, y para un mejor entendimiento de los resultados, se realiza la discusión de cada una de las respuestas obtenidas en las entrevistas semiestructuradas a los expertos. De esta manera, el apartado “Resultados” y “Discusión” se fusionan, en aras de una mayor claridad conceptual.

Para proporcionar una descripción más completa de los resultados, se ha integrado una discusión sobre los hallazgos en cada una de las preguntas.

Los resultados del presente estudio avalan las hipótesis planteadas previamente en las que se planteaba que las entrevistas semiestructuradas con los antiguos máximos responsable en políticas de sanitarias han aportado valor adicional a los resultados de los anteriores estudios, confirman la existencia de limitaciones y/o reticencias que dificultan su desarrollo, y el hecho de aplicar una serie de estrategias consideran que podrían mejorar la brecha existente entre patologías de salud mental y orgánicas

A continuación, se muestran los resultados y análisis, según codificación presentada.

4.1 Integración asistencial

La atención integral se entiende como un modelo de atención que garantiza el manejo integral de las necesidades físicas, funcionales, psicológicas y sociales de la persona, a partir de una evaluación exhaustiva(6,50). Por otro lado, la atención integrada unifica la planificación, la gestión clínica y la prestación de servicios sociales y sanitarios, garantizando la calidad como una práctica colaborativa dirigida a obtener buenos resultados en salud, la utilización adecuada de los servicios y mejorar la calidad y satisfacción del usuario. Tiene en cuenta a todos los agentes implicados (ciudadanos, profesionales, agentes comunitarios, gestores...) para prestar servicios adaptados a las necesidades de las personas y de la comunidad(6,50).

Entendemos la integración asistencial como la coordinación y colaboración entre diferentes profesionales de la salud y servicios asistenciales para brindar una atención integral e integrada en la persona. La integración asistencial puede incluir la colaboración entre profesionales de diferentes ramas, como médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, entre otros. También puede involucrar la integración de servicios sanitarios como atención primaria y especializada, así como la conexión entre diferentes niveles de atención, desde la prevención y el diagnóstico hasta el tratamiento y la rehabilitación, y otros sectores(50).

El objetivo de la integración asistencial es lograr una atención sanitaria más efectiva, eficiente y centrada en la persona, mejorando la continuidad de la atención y la coordinación entre los diferentes profesionales y servicios involucrados en el cuidado de la salud.

4.1.1. Prácticas colaborativas

Dentro del área de integración asistencial las prácticas colaborativas entre ámbitos asistenciales, sanitarios y sociales toman un peso destacado durante las entrevistas.

En general, todo los entrevistados insisten en la necesidad y urgencia de consolidar alianzas con otros sectores y mejorar las prácticas colaborativas entre ámbitos asistenciales, sanitarios y sociales. A pesar de que ha mejorado con el paso del tiempo, se considera muy difícil de implantar debido a la complejidad y al gran número de interlocutores involucrados, lo que dificulta en gran medida su adecuado funcionamiento.

El estudio de Fraguas et al (2021)(191) enfatiza la necesidad de crear y/o mejorar protocolos de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. Esto permitiría establecer rutas de atención que prioricen la accesibilidad, la equidad y la continuidad asistencial, lo que ayudaría a la

sostenibilidad de ambos ámbitos y a la atención de personas en situación de vulnerabilidad y riesgo social.

E2: "Parlem de vivenda aquí o no, en el treball, per exemple, en drets, en justícia, és a dir, des d'aquest punt de vista tothom té un valor prioritari. Certament factible ho és poc, com no canviïn estructures que van molt més enllà del món de la salut i del món social pròpiament."

E2: "El que també és cert quan tu t'ho mires des de la macro gestió, com tu abans comentaves, és que els canvis són, difícilment són d'avui per demà. Són canvis que porten temps, perquè has de guanyar i has de vèncer resistències que pugui haver-hi, situacions establertes, etcètera. Però és factible clarament perquè és una visió molt de salut i molt social."

E3: "...quan tu tens, en l'àmbit sanitari i social, quan tu tens dos departaments que resulta que estan finançant això i tens un centre, que aquest li passa la tarifa sanitària, aquest li pasa la tarifa social, que tens una diferent, una intensitat de necessitats que a més a més es va transformant d'una manera molt clara. És a dir, hi ha moments en què és molt sanitària i una mica social, i després va baixant, i aquesta sanitària... normalment no baixa, es manté, però la social que havia començat molt baixa, doncs cada vegada és més gran i al final [...] poden haver hi 40.000 combinacions que es poden produir en aquestes circumstàncies, doncs clar, costa molt d'entendre que això està sota dues batutes quan estem parlant de la mateixa persona."

Respecto al área educativa, se trata de un ámbito muy vinculado a la promoción y prevención de la salud, y que se ha de potenciar dentro de esa visión integral de la salud de la población infanto juvenil para mejora del impacto en la cronicidad futura.

E1: "Jo crec que seria lo ideal que els hi hagués cursos de formació, perquè els docents que estan en contacte contínuament amb els alumnes, potser poguessin detectar, perquè potser hi ha famílies que no ho detecten. I llavors, jo crec que en col·legis grans, i tal..."

4.1.2 Cambios organizativos

Se menciona la necesidad de realizar cambios organizativos, especialmente en el ámbito de la atención primaria, con el fin de poder satisfacer las crecientes necesidades que surgen en nuestra sociedad.

E2: "Les necessitats socials cada vegada van avançant més perquè també cada vegada ens fem més grans, perquè cada vegada estem més dependents, perquè cada vegada tenim més cronicitat en el sentit entès de la comorbiditat, etcètera.... Per tant, l'atenció primària a la seva organització també ha de canviar i aquest és un dels reptes que té el país clarament."

La persona con enfermedad crónica es un todo, no solo se trata de su estado de salud físico, sino que su condición puede afectar diversos aspectos de su vida, como su capacidad para trabajar, su vida social, su estado emocional y su calidad de vida en general. Por lo tanto, para proporcionar una atención efectiva a los pacientes crónicos, es necesario considerar no solo sus necesidades médicas, sino también sus necesidades psicológicas, sociales y económicas. La atención centrada en la persona debe ser integral y abordar todas estas necesidades, con un enfoque en mejorar la calidad de vida del individuo en general. Además, es importante tener en cuenta que los pacientes crónicos a menudo requieren atención a largo plazo y un seguimiento continuo para manejar adecuadamente su enfermedad y prevenir complicaciones.

E1: "El malalt crònic és un malalt que en un moment pot tenir unes necessitats socials, i aquí és quan travessa la porta del departament, ... però continua sent un malalt."

E1: "Bueno, és que hi hauria d'haver aquests recursos socials més medicalitzats que altres."

E2: "hi ha una necessitat a la ciutadania i aquesta és clara, perquè la gent, el seu problema social, no comença un cop acaba el problema de salut o al revés, el problema de salut comença quan acaba el social, això és un continu."

E4: "...en general, les malalties cròniques si no tens resolt el context laboral i el context social són molt més dures que les altres malalties."

En cuanto a las comorbilidades y las prácticas colaborativas integradas, siguen viéndose dificultades que a menudo derivan de la historia de cada centro y de problemas de distribución de espacios que dificultan la comunicación entre los profesionales sanitarios.

E1: "... comorbiditat amb altres, per exemple, potser... Bueno, cardiopaties, etcètera. I aquí és també on sembla que costa una mica que el sistema faci aquesta continuïtat amb el pacient, és com que està allà en el psiquiàtric i aleshores no..."

E4: "El que fa més per les col·laboracions, es estar juntets."

Los expertos entrevistados ven con claridad el impacto global que la enfermedad mental tiene en la vida de la persona y la influencia de los obstáculos en las prácticas colaborativas.

E2: "Jo crec que aquest és un dels grans problemes que en aquests moments hem d'afrontar, que és la integració social i sanitària, especialment en els entorns de cronicitat i de salut mental. Quan abans estava parlant, per exemple, de salut mental o parlava de vivenda, de drets, estem parlant, per exemple, de tot el que és un àmbit social i això és una integració clara."

E2: "... es que hi haurà gent que a lo millor no tindrà capacitat de treballar, o no tindrà capacitat o la vivenda mateix."

E3: "...com aconseguim que visquin la seva vida amb una certa normalitat....no? i, per tant són polítiques que van en l'àmbit de la salut mental, també en l'àmbit sanitari, en l'àmbit de l'educació, en l'àmbit de l'habitatge, en l'àmbit de..."

E4: "... la malaltia crònica i afegeixes trastorn mental, si afegeixes problemes socials, cronicitat social, laborals, etc. Tenen molt menys renda."

E4: "Això té, bueno, en general, les malalties cròniques si no tens resolt el context laboral i el context social són molt més dures que les altres malalties. [...] si això ho ha de sustentar molt la família o només la família i els amics,[...]. Llavors hi ha molta més solitud, moltes més dificultats i és un cercle que..."

Los entrevistados expresaron una creciente preocupación por el tema de la "cronicidad social", entendiéndola como la cronificación de la adversidad social. Este fenómeno se ha vuelto cada vez más prevalente y su impacto es mayor entre las personas de edad avanzada, enfermedad crónica, dependencia, trastornos mentales asociados y adversidad social.

E4: "El tema és la cronificació social d'això. Per tant, com més intervinguem, doncs amb suport a domicili, que puguin anar a treballar amb un treball més o menys adaptat, amb supervisió, i tot això que sabem, amb més o menys intensitat psicològica, psiquiàtrica, de gestió de la complexitat [...] Tant a l'etapa d'adolescència com a l'etapa adulta.

S'ha de prevenir la cronicitat social, moltes vegades molt més associada al trastorn mental. I també, tenir una mirada més sistèmica, de que aquelles persones amb trastorns mentals també tenen altres coses de salut."

Los participantes destacaron la necesidad de un enfoque integral para abordar la "cronicidad social", que implica considerar la interacción entre los determinantes sociales de la salud y las necesidades físicas, funcionales, psicológicas y sociales de las personas. La prestación de atención integrada y coordinada en múltiples sectores y niveles de atención es crucial para abordar las necesidades complejas y multifacéticas de las personas.

E4: Això no ens enganyem, els serveis socials són febles, no ens equivoquem

E2: "[hablando de sanidad] Que per moltes mancances que puguem tenir, doncs és un pilar del benestar sòlid. De fet, és el més sòlid que tenim, segurament juntament amb les pensions. I en canvi, el que són drets socials, la part social té un desenvolupament molt més feble. [...] això

també fa més difícil la integració, perquè aleshores es tendeix a pensar o a posar molt més la balança en salut..."

E5: "...crec que serveis socials i sanitat no s'havien d'haver separat mai. [...] Separar-ho jo crec que és un error perquè hi ha masses coses que uneixen les dues coses."

4.1.3 Integración salud mental

Con respecto a la integración de la salud mental en las políticas de cronicidad, hay un claro consenso entre los entrevistados de que hoy por hoy no existe, ya que la salud mental se sigue tratando como un grupo de patologías con una clara distinción en su gestión respecto al resto de enfermedades. Los entrevistados refieren que el modelo sanitario actual de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Atención socio-sanitaria y Salud mental, ya es la principal barrera.

El estudio de Ngo et al (2013)(3) aborda la necesidad de rediseñar los sistemas de salud, con el objetivo que reconocer y abordar la comorbilidad entre los trastornos mentales y las enfermedades orgánicas crónicas antes de que nos veamos abrumados por la creciente carga de la cronicidad y las condiciones de salud mental.

E3: "...atenció primària de salut, hospitals, sociosanitari i salut mental. Això és normalització?. Perquè clar, nosaltres aquí no parlem d'atenció primària i salut hospital i no sé què i cardiologia o oncologia o cirurgia o nefrologia o neurologia. No, no. Però sí que parlem de salut mental. Per tant, som els primers que no ens ho creiem, perquè si ens ho creiessim de veritat, això estaria aquí, aquí i aquí."

"Però la transformació també és molt dràstica, no? I dius, i t'és suficient? No. Hem d'assumir més riscos i, per tant, jo jo aspiraria a això. No ho sé, és que no ho sé. De veritat, si algú m'explica que té molt sentit, jo que sé, el sistema es configura en quatre nivells primària, hospitalària, socio sanitària i salut mental. Però jo no ho entenc, francament."

E4: "...aquí tenim un model sanitari, a diferència d'altres països, que té una xarxa d'atenció primària, una xarxa d'hospitals d'aguts, una xarxa sociosanitària i una xarxa de salut mental pròpia comunitària."

"Quan preval la malaltia mental, doncs val, i aquesta persona a més a més és un cardiòpata. Bé, com que és un malalt mental, [...], la seva relació amb el d'aquí [hospital], eh, o amb el d'aquí de primària, [...], és menor."

E4: "Hem fet en bona fe, però continuem tenint una xarxa segregada i a vegades físic, a la majoria de les vegades físicament de xarxa comunitària. Per donar hi més valor. Però ara jo replantejaria això, mira, ara parlo, evidentment, necessitat d'especialització però, juntets."

La gestión de la salud mental de personas mayores de 65 años con enfermedades mentales y su posible categorización como demencia es un asunto crucial en el ámbito de la atención médica en general. A medida que la población envejece, es común que aumente la prevalencia de enfermedades crónicas, incluyendo trastornos mentales. Sin embargo, hay un debate sobre si las personas mayores de 65 años con enfermedades mentales reducen su asistencia a los centros de salud mental de adultos y si el sistema los maneja juntamente con las demencias, lo que puede dar lugar a la pérdida de un seguimiento específico de la patología mental de estas personas. Es esencial abordar adecuadamente el manejo y seguimiento de la enfermedad mental en las personas mayores para evitar la posible categorización como demencia y garantizar una atención integral y adecuada. Es importante realizar una valoración integral del individuo en la categorización como demencia, y adaptar y optimizar dicha categorización si es necesario.

E4: "Quants pacients de més de 65 anys es visiten al Centre de Salut Mental d'Adults?"

4.1.4 Desigualdades

Con respecto a las desigualdades sociales, los entrevistados se muestran muy de acuerdo en que son el resultado de una serie de factores, incluyendo la pobreza, la falta de acceso a la educación y la salud, la discriminación y la desigualdad en la distribución de la riqueza y los recursos, que afecta tanto a la salud mental como a la orgánica. Las desigualdades sociales pueden tener un impacto significativo en la vida de las personas y en la cohesión social. Por esta razón, es fundamental analizar y abordar las causas subyacentes de las desigualdades y trabajar para reducir las brechas en el acceso a oportunidades y recursos para todos los miembros de la sociedad. En el estudio de Codony et al (2007) se hace referencia a la elevada proporción de personas afectadas por trastornos mentales que no recibían ningún tipo de atención sanitaria o que incluso visitándose no recibían tratamiento, esto podía suceder por tratarse de colectivos como personas "sin techo", pacientes psicóticos y/o pacientes ambulatorios.

E2: "La desigualtat social ve per un altre element, ve de quina és la teva educació, de quin és el teu, la teva capacitat adquisitiva, no? De quin és el teu entorn social. Tot això, tot això és el que fa que hi hagin desigualtats. Dit d'una altra manera i molt, molt molt planera la pobresa se hereda, la pobresa passa de pares i mares a fills i filles."

E2: "Depèn d'un canvi realment en les estructures socials i de, com deia, de mecanismes de producció i, per tant, que puguis d'alguna manera reduir aquestes desigualtats. I a la vegada, i especialment en salut mental, això és claríssim, és a dir, en salut mental, el problema que tenim és que parlem molt de la salut mental des de la vessant mèdica, des de la vessant salut. I en canvi la salut mental, tenir més psicòlegs o psicòlogues o psiquiatres o infermeres és important, certament. Però el problema està també, també i molt important, en la vivenda."

E2: Sí, perquè les desigualtats socials van més enllà, repeteixo, del món de la salut. Jo sempre dic que són desigualtats socials i econòmiques que impacten sobre la salut.

E4: Imagina't a l'altre sense llar. Quan tu analitzes sense llar, tenen cronicitats múltiples de tot tipus, hepàtiques, no se que els hi passa, no se que, tenen addiccions a l'alcohol i otros i tenen evidentment inequitat social [...]. És que dir la desigualtat, empitjora molt la qualitat de vida de la persona crònica. Home, és una variable clarament rellevant.

E4: "...les malalties cròniques si no tens resolt el context laboral i el context social són molt més dures que les altres malalties. [...] Llavors hi ha molta més solitud, moltes més dificultats i és un cercle

4.1.5 Sistema privado

Cataluña es la segunda comunidad autónoma con un nivel más elevado de personas con cobertura de salud privada, después de Baleares. Según los datos publicados por el Instituto Español de Estadística (INE) correspondientes a 2020, un 25% de la población cuenta con cobertura mixta en Cataluña. En el caso particular de la salud mental en el ámbito privado, no hay datos que indiquen su utilización en Cataluña.

Un tema crucial en el que los entrevistados están de acuerdo es el intercambio de datos entre los sistemas de atención médica pública y privada. Esto es esencial para la atención de la persona, ya que permitiría un correcto continuum asistencial al combinar ambas vías de atención médica. Además, esto también beneficiaría al profesional médico que atiende a la persona, ya que tendría acceso a toda la información y evitaría posibles errores o pruebas duplicadas. A pesar de su importancia, aún existen muchas reticencias en este campo

E1: "Si el malalt va a una clínica privada perquè vol una segona opinió, doncs escolta, autoritza aquest metge o aquella persona, això queda gravat, o sigui, se sap que el doctor tal ha entrat en aquesta història clínica i escolta."

E1: "El sistema privat no el prohibirem i el sistema públic, malauradament, no el dona suport a tot. O sigui, que són dos sistemes que s'han d'entendre."

E2: "Home, la persona té la llibertat de poder escollir i si té la capacitat i els recursos, té la capacitat d'escollir. Per tant, que es pugui arribar a compartir també aquesta informació és normal."

Se está de acuerdo en que la falta de intercambio de información o acceso a las historias clínicas de las personas entre el sistema público y el privado tiene consecuencias en la gestión de datos epidemiológicos, ya que no se dispone de toda la información necesaria sobre la incidencia de patologías.

E2: "Per tant, tu tens dades de registre d'atenció pública, només, no la part privada."

E4: "Jo estic totalment a favor de compartir la història amb l'empresa, si ho vol el pacient. Que hi hagi una única història que és propietat del pacient i que sigui compartit amb la pública i amb la privada i a on ell consideri."

E4: "Amb trastorns mentals que van a la privada. Totalment a favor de compartir ho, no hi ha hagut manera humana"

E4: "No només d'epidemiologia, sinó d'altres coses, de fluxes, de comportaments..."

Por otro lado, se considera que es importante tener en cuenta que, aunque se compartieran los datos, cabe la posibilidad de que los indicadores sean diferentes entre el sistema público y el privado debido a que cada uno utiliza diferentes criterios y elementos de evaluación. Es fundamental considerar estas diferencias en el caso de llegar a compartir datos.

E2: Després també s'ha d'entendre, és important, però s'ha d'entendre també que el sector privat té uns elements que no són comparables amb el de la sanitat pública. Per tant els indicadors tampoc serien comparables.

4.1.6 Desinstitucionalización

En referencia a la desinstitucionalización los entrevistados están de acuerdo que queda mucho por hacer, ya que una acción de este tipo implica tener un soporte social importante para cubrir las necesidades que puedan tener esas personas fuera del sistema. Ferrer et al (1992)(219) abordan el surgimiento de los servicios comunitarios como una alternativa a la atención psiquiátrica de "manicomio", para satisfacer las diversas necesidades de las personas con patología mental desinstitucionalizados. Resaltan la importancia de considerar diferentes opciones que se adapten a la necesidad de la persona, familia y/o sociedad.

En cuanto a la resistencia por parte de algunos profesionales del proceso de desinstitucionalización, es comprensible por la transición de la atención institucional a la comunitaria pudiendo haber cambios en las demandas de ciertos roles laborales, lo que podría llevar a la pérdida o reestructuración del trabajo. Sin embargo, es importante reconocer que la desinstitucionalización puede presentar oportunidades para los profesionales de la salud mental para trabajar en la comunidad en entornos más generalistas y no tan especializados. Además, la desinstitucionalización puede aumentar la necesidad de servicios de atención sanitaria y atención a largo plazo, lo que puede crear nuevas oportunidades de empleo. Es importante que se brinde un apoyo adecuado a los profesionales para que puedan adaptarse a los cambios y proporcionar una atención de calidad a sus pacientes en los nuevos entornos.

E2: *"Això evidentment, a darrere hi ha d'haver un suport social molt important, molt important. Tu em sembla que abans posaves algun exemple, de dir, es que hi haurà gent que a lo millor no tindrà capacitat de treballar, o no tindrà capacitat o la vivenda mateix."*

E2: *"... i això vol dir també guanyar les resistències que puguin tenir aquelles entitats, i institucions, que el que tenen són hospitals mentals, que els estàs dient, bueno, és que haurem de passar de hospitals o no hospitals. Vol dir també reciclar tota una sèrie de persones que hi treballen en un entorn molt més comunitari..., des del punt de vista de que qui guanyi sigui el pacient i que qui no perdi siguin les persones que treballen a les institucions i a les institucions pròpiament."*

E2: *"els professionals que d'alguna manera porten igual 20 anys, més o menys, alguns, treballant en un hospital, una institució mental, psiquiàtrica. Clar, ara li dius, ets de treballar en un altre entorn, és difícil."*

E4: *Encara en tenim, com 500 llits, em sembla. Ara hi ha un problema, el problema és quina alternativa social tens. Perquè en realitat, aquest pacient amb trastorn mental sever que tenim, que fa 40 anys que viu allà, hi ha una part que són discapacitats, també, i l'altre és un pacient geriàtric, també. No dic que no tingui.*

E4: *"...els pisos estiguin compartits, però... Aquí has de segmentar uns amb més o menys intensitat psiquiàtrica, de contenció, no contenció, de tractament. Els altres pues més geriàtics, més trastorns mentals, els altres discapacitat, bueno. Però això de moment que és més social que sanitat, més de la comunitat, em sap greu anar lent, anar lent. També, i per tant, el tema és prevenir institucionalització, però realment sense tornar..."*

Es cierto que la institucionalización prolongada puede llevar a una cronificación de la persona y dificultar su reinserción en la sociedad. Además, es importante destacar que no siempre es la única opción disponible para el cuidado de las personas con problemas de salud mental. En muchos casos, se pueden implementar estrategias de cuidado en la comunidad que permitan una mayor integración social del individuo y eviten la institucionalización prolongada.

E2: *Clar, perquè de fet, quan tu estàs dient institucionalitzo, estàs dient estic fora de l'entorn comunitari, estic fora del que és el que passa en el meu entorn social. I tu dius, escolti, desinstitucionalitzar, vol dir que estarem en aquest entorn social. Per tant, has de tenir una mirada i uns recursos molt diferents. Institucionalització, escolti tinc el llit, tinc la cuina o si no em portaran al càtering. Tinc, tinc, tinc... Queda tot en aïllar i el malalt es va cronificant. Tu el que dius és que els de... Es pot cronificar, si, però en un entorn social comunitari i lligat a la vida real.*

E2: *"Per què la institució igual ha de canviar l'hospital per altres entorns, per pisos més tutelats, és a dir, és.... per això dic, que es pot fer amb la visió de que guanyi la persona i també amb la*

visió de que no perdin els professionals ni les institucions, perquè si perden els professionals i les institucions, la persona no acabarà guanyant.”

E3: “Per tant, has de treure cap enfora la teva patologia. I és difícil, sobretot en els primers estadios, perquè ja tens gent aquí dins que porta no sé quants anys i que sembla que ja sigui com un camí irreversible. [...] Hem d’assumir més riscos.”

4.1.7 Asumir riesgos

Se aborda el tema de la asunción de riesgos como un factor clave en la gestión del cambio organizativo en la atención sanitaria. Estos cambios pueden ser poco populares y pueden encontrarse con resistencias por parte de los profesionales y/o usuarios, pero son necesarios para lograr una atención integral e integrada de la persona.

La asunción de riesgos implica la capacidad de tomar decisiones informadas y asumir las consecuencias de esas decisiones. Los líderes están obligados a tomar decisiones, son los únicos que lo pueden hacer por el cargo que ocupan, y deben estar preparados para asumir las consecuencias de esas decisiones, incluso si las cosas no salen como se esperaba.

La asunción de riesgos también puede implicar la implementación de nuevas tecnologías o prácticas de atención que aún no se han probado ampliamente. En estos casos, los responsables de la organización deben ser capaces de evaluar los riesgos y beneficios potenciales y tomar una decisión informada sobre si implementar o no la nueva tecnología o práctica.

E3: “...però assumir riscos vol dir assumir el risc de que pots equivocar, que pot anar no tan bé com tu pensaves, que a vegades no és fàcil, que hi ha resistències al canvi i que per tant has de transformar.”

E3: “Jo crec que d’entrada ve perquè no sempre s’està disposat a assumir riscos. I el risc l’assumeix el que impulsa.”

E3: “...manar, assumir riscos i modelitzar, tenir clara la idea..., són aspectes que no són delegables per part de la gent que està ni en el Departament ni en el Servei Català de Salut. Per què? Doncs perquè si no ho fan ells, no ho fa ningú. És a dir, qui té la capacitat de modelitzar, de fer que les coses rutllin d’una manera diferent [...] la responsabilitat és molt alta.”

E3: “...Perquè només tu pots fer ho. Per tant, si només tu pots fer ho, la senyora, aquella que hi passa per aquell carrer d’allà no pot decidir si fa més formació sanitària especialitzada o no pot o segurament no sap si què faria amb la salut mental o no sap si...”

“L’única cosa que podem fer amb ella és donar-li eines perquè sigui una usuària o un usuari amb cap i que ho faci bé i que sàpiga quan ha d’anar. També li hem de facilitar, però hem de posar els instruments.”

E3: “...I després et pots equivocar, perquè no es tracta tant de dir, no, escolta.... també jo tinc la convicció que si poses a cinc persones que sàpiguen de què parlen, sortirà un bon producte, però s’ha de rematar, eh? Vol dir assumir riscos.”

4.1.8 Atención Primaria

Durante las entrevistas surge la atención primaria como nivel asistencial fundamental en la prevención y promoción de la salud, incluyendo la salud mental. Los equipos de AP son los que pueden detectar los signos tempranos de problemas mentales y proporcionar estrategias y cuidados preventivos, no sólo tratamientos farmacológicos, prescripción social. Buitrago et al (2018)(220) destaca el importante papel de la atención primaria en la prevención y la promoción de la salud mental. Naylor et al (2012)(97) identifica a la atención primaria como un área crucial para actuar en la promoción de la salud mental en personas con enfermedades crónicas. También es el principal apoyo formal para las personas identificadas con problemas de salud mental y que no son derivadas a centros especializados.

E1: “On s’hauria de fer aquesta prevenció de la salut mental? [...] Si admetem que tots aquests aspectes de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia són una exclusivitat dels equips d’atenció primària, doncs els haurien de fer des dels equips d’atenció primària, no des de la xarxa de salut mental.”

E4: “..és que la salut mental no la podem deixar pel CSMIJ o pel CSMA. Aquí a la primària, recorda que és com van posar psiquiatres i psicòlegs, consultors de primària. Val, perquè és clar, és al llarg de la vida que passen coses i això.”

Aun así, existe una opinión general de que la AP, especialmente después de la pandemia de COVID-19, no está en su mejor momento para poder dar una atención adecuada a sus usuarios, puesto que se enfrenta a grandes desafíos como la elevada carga de trabajo y la falta de recursos económicos y de personal. Es necesaria una reestructuración y reorganización de la AP para adaptarla a las nuevas necesidades de la población y a los recursos de los que dispone. Este enfoque se observa en el trabajo de Ngo et al (2013)(3), quienes destacan la necesidad de implementar estrategias de integración para incluir la salud mental y la cronicidad, y para promover un enfoque colaborativo para el manejo de múltiples condiciones por parte de atención primaria.

E1: "l'atenció primària està en tensió, està convulsionada, no sé com està, però que necessita replantejar moltes coses. Perquè sí que tampoc veig que aquesta prevenció s'hagi fet des de la xarxa. No, no, no. Es té que fer des de l'atenció primària, perquè és la porta d'entrada."

E1: "No, jo crec que la cronicitat i l'entorn de la cronicitat i de l'atenció social i sanitària, o sanitària i social, ha d'anar a l'entorn d'atenció primària. El que passa és que nosaltres hem de començar a pensar en un altre tipus, amb un altre, més que tipus, perdó, amb un altre desenvolupament de l'atenció primària."

E2: "El que passa és que el desenvolupament pròpiament organitzatiu que té avui en dia l'atenció primària no està d'acorde amb les necessitats que hi han..."

E2: "Les necessitats socials cada vegada van avançant més perquè també cada vegada ens fem més grans, perquè cada vegada estem més dependents, perquè cada vegada tenim més cronicitat en el sentit entès de la comorbiditat, etcètera.... Per tant, l'atenció primària a la seva organització, també ha de canviar i aquest és un dels reptes que té el país clarament."

4.1.9 Gestor de Casos

Durante las entrevistas surge la importancia del gestor de casos, que ha de garantizar una atención coordinada y continua del individuo, y en el caso del paciente crónico con enfermedad orgánica y comorbilidad mental, o viceversa; en este contexto se considera la enfermería de salud mental la más adecuada para desempeñar este rol, ya que está capacitada para evaluar y manejar los problemas de salud mental, así como coordinar la atención con otros profesionales de otros ámbitos de salud o trabajadores sociales. En el artículo de Naylor et al (2016)(221) se hace referencia a la necesidad de una correcta gestión de la persona con comorbilidad orgánica y mental para un correcto manejo de la enfermedad del individuo y de los recursos del sistema.

E2: "hi haurà coses que podrà fer a l'infermeria i coses que podrà fer el metge de capçalera i altres coses que el metge de capçalera, si les ha de fer, les haurà de fer amb un professional de xarxa de salut mental al costat, perquè no té habilitat per fer tot."

E4: "Fixa't, en la gestió del cas, la infermera gestora de cas, molt rarament n'hem parlat d'una gestora de cas de malaltia mental. [...] la infermera experta en salut mental, diguent, és la que hauria de fer acompanyar aquest pacient, perquè aquest pacient té moltes altres coses."

4.2 Modelo de atención clínica

4.2.1 Historia Clínica

Hay un acuerdo general acerca de la necesidad de compartir la historia clínica del paciente entre todos los profesionales que colaboran en su atención y cuidado. La necesidad de compartir la información del ámbito social con los profesionales sanitarios es una necesidad urgente que mejoraría significativamente la gestión del paciente, especialmente en el ámbito de la salud mental. Al igual que el intercambio de información entre el sector público y el privado de la salud, que sigue siendo un tema pendiente.

En general, no consideran que la ley de protección de datos deba ser un obstáculo en este tema, ya que la historia clínica pertenece a la persona y bastaría con su autorización para compartir la información.

También se abordó la posible existencia de barreras tecnológicas en el intercambio de información entre los diferentes agentes. Sin embargo, se concluyó que actualmente no se considera un problema, ya que la pandemia de COVID-19 ha impulsado la adopción de tecnologías como la telemedicina y la digitalización de registros médicos, lo que ha mejorado significativamente la accesibilidad y la eficiencia en la atención sanitaria.

E1: "Hauria de ser un gran acord entre els dos, entre la privada i la pública, i la privada, de dir bueno doncs compartim dades."

E1: "Si el malalt va a una clínica privada perquè vol una segona opinió, doncs escolta, autoritza aquest metge o aquella persona, això queda gravat, o sigui, se sap que el doctor tal ha entrat en aquesta història clínica..."

E1: "La qüestió de manteniment, d'aquesta cuota de poder... Sí, perquè sino perdo el control, no. Doncs, jo crec que és això. Però no hauria de ser un problema. Perquè a més a més, si diguéssim, no és que la història de salut mental és més sensible, ja estem caient, no podem caure. No, no, la salut mental és com lo altre. És tot com lo altre."

E2: "Això és cert, però això també vol dir fer un canvi legislatiu, com sempre que hi han reformes, sempre gairebé inclou algun canvi legislatiu. També, evidentment, sota la visió de que no tothom te que veure tot."

E2: "O sigui, no anava a dir que per a tothom és rellevant, però evidentment per a les persones amb malaltia mental, segurament encara més o per les persones amb cronicitat, que perquè aquests elements de necessitat que té la persona no són només de salut, no és només que et vegi una infermera, una metgessa, que et donin un tractament, no és això, necessites tot el que és la cura."

E2: "Home, la persona té la llibertat de poder escollir i si té la capacitat i els recursos, té la capacitat, té la capacitat d'escollir. Per tant, que es pugui arribar a compartir també aquesta informació és normal."

E3: 2Ha anat millorant però aquest no potser un tema ni de servidors, no és un tema tecnològic. És un tema de voluntats, pur i dur.[...] Però vaja, jo crec que aquest és un tema que hem de continuar picant pedra i que, vaja, que s'ha de tenir, perquè entre altres coses la informació no és ni d'aquest ni d'aquest, la informació és del ciutadà."

E4: "Jo estic totalment a favor de compartir la història amb l'empresa, si ho vol el pacient, eh? Que hi hagi una única història que és propietat del pacient i que sigui compartit amb la pública i amb la privada i a un ell consideri."

E4: "Amb trastorns mentals que van a la privada. Totalment a favor de compartir ho, no hi ha hagut manera humana."

E4: "En principi hi ha secret professional entre els professionals sanitaris que treballen en els motors laborals i en els centres que tenen professionals sanitaris i, per tant, això s'hauria de resoldre per la bona praxis professional. No vol dir que l'empresa tingués les dades d'aquella persona. Però entre professionals, bueno, aquest és un dels reptes."

E5: (hablando de ámbito social y sanitario) Compartir històries clíniques, jo crec que és bàsic, no té sentit que no hi hagi una història clínica en conjunt, que pot tenir subapartats, però és evident que té una gran lògica. S'ha d'acostumar tothom a saber utilitzar la història clínica.

E5: (hablando de sistema público y privado) "Hi ha una informació obligatòria. I desprésclar, cada metge individual té la seva manera de fer les coses. És molt difícil obligar. És veritat que si està dintre d'un servei públic encara que sigui privat pues ho ha de fer tal com està reglat. Però el metge que visita a casa seva, el psiquiatre que visita a casa seva, i que fa la història clínica que li agrada."

4.2.2 Integral e integrada

Durante las entrevistas se comenta la necesidad de que la atención integral e integrada del paciente crónico tenga en cuenta la complejidad y diversidad de necesidades tanto sanitarias, como emocionales, sociales y/o de estilos de vida. La necesidad del abordaje holístico de la persona implica una coordinación y gestión efectiva de los servicios sanitarios y de los profesionales de la salud. En los últimos años, la situación ha mejorado, sin embargo, todavía existen barreras y obstáculos que dificultan la coordinación de la atención, falta de comunicación y

colaboración entre servicios. Esto coincide con la opinión de Patel et al (2013)(4) que indican la necesidad de un tratamiento holístico de la persona para evitar una mayor morbilidad y mortalidad, mayores costos de atención médica y una menor productividad por parte del individuo causado por bajas laborales.

E1: "Bueno, és que hi hauria d'haver aquests recursos socials més medicalitzats que altres."

E1: "Aquí aniríem a l'altre, també dintre del sistema sanitari, bueno, doncs és que el sistema, a vegades els hospitals no es parla com s'haurien de parlar amb els centres d'atenció primària. [...] Tu vas a l'especialista i et cita al cap de sis mesos més i llavors com si diguéssim, doncs el metge de capçalera t'hauria d'anar seguint les directrius o posant el seu criteri."

E2: "Jo crec que aquest és un dels grans problemes que en aquests moments hem d'afrontar, que és la integració social i sanitària, especialment en els entorns de cronicitat i de salut mental."

E3: "Això és normalització?. Perquè clar, nosaltres aquí no parlem d'atenció primària i salut hospital i no sé què i cardiologia o oncologia o cirurgia o nefrologia o neurologia. No, no. Però sí que parlem de salut mental. Per tant, som els primers que no ens ho creiem, perquè si ens ho creiessim de veritat, això estaria aquí, aquí i aquí."

E3: "També la integració, per exemple, o fer pactes, per dir ho així, amb altres àmbits, potser en infant o juvenil, amb tota l'àrea d'educació i també podria ser una àrea important."

E3: "Però clar, a nivell de, per exemple, de cronicitat i salut mental, la integració de l'àmbit social seria fonamental."

E4: "Vull dir, ara fins i tot amb l'atenció integrada social i sanitària. Costa molt. Hem continuat fent a l'àmbit geriàtric, a l'àmbit de la salut mental."

E4: "S'ha de prevenir la cronicitat social, moltes vegades molt més associada al trastorn mental. I també, tenir una mirada més sistèmica, de que aquelles persones amb trastorns mentals també tenen altres coses de salut."

4.2.3 Geriatria y demencias

Se aborda el tema de las demencias y el gran impacto que tiene en el sistema sanitario, social y familiar, y la importancia crucial de reorganizar el sistema de residencias que atienden a estas personas para brindar una correcta cobertura y cubrir las necesidades de salud mental que a menudo quedan pendientes en el tratamiento de estas patologías. Durante la pandemia de COVID-19, se han evidenciado las deficiencias en la atención sanitaria que presentan estas residencias, y la necesidad de colaboración con la atención primaria.

Enfocados en la salud mental, en las entrevistas se aborda el problema de la falta de asistencia de adultos mayores de 65 años a los centros de salud mental. Se ha observado que, en algunos casos, estos individuos son tratados como cualquier otro paciente crónico con morbilidad orgánica, sin tener en cuenta la enfermedad mental. La falta de atención especializada para los trastornos mentales en esas personas puede tener consecuencias en su bienestar emocional y físico. Es fundamental que se aborde la inclusión de la salud mental en la gestión de la cronicidad para garantizar una atención adecuada para estas personas.

E1: "demències, que suposa un gran impacte per al sistema."

E4: "Jo crec que aquí el tema geriàtric, que hi ha estudis que pots buscar, en els centres de salut mental d'adults... desapareixen les persones a partir dels 65 anys. Per què els situem com a crònics i en canvi és com si la psicòsis, aquella que portaves o trastorn bipolar, és igual, o una depressió."

És a dir, com si l'etiqueta de crònics, en alguna, totalment necessària, hagi tapat l'alta prevalença de trastorns, disfuncions, simptomatologia o malaltia mental."

E4: "Però és que quan a algú li posem el crònic, que tendim a pensar que el crònic és sobretot geriàtric, és com si la salut mental no fos una prioritat. No, no, és que jo crec que ha passat això. I si t' mires, de veritat, hi ha uns estudis publicats del Centre de Salut Mental d'Adults, quines són les edats de la gent que hi va. Què passa? Si tu busques cohorts de més de 65 anys, pràcticament en tenim molt pocs. De persones que continuen anant allà on havien anat sempre que era amb el seu psiquiatre, etcètera."

E4: "Fixa't, clar, quan la cronicitat genèrica sanitària. Quan la cronicitat, és degut a l'èpoc, com puc dir, eh? A sobre és pobre i a sobre, pues, té ansietat de la mateixa malaltia, de la situació econòmica i tal, bueno, això ja és òbviament. És que és òbviament, no? Jo crec quede debò crec que una de les coses que en bona fe, en bona fe, ens ha condicionat és l'associació cronicitat amb geriatria."

E4: "Perquè quan ens hi posem l'etiqueta de malalt mental, és com si lo altre desapareixi, desaparegui. Igual que quan els hi posem l'etiqueta de pacient geriàtric, la malaltia mental desapareix."

4.2.4 Decisiones compartidas

Existe un consenso generalizado entre los entrevistados sobre la importancia de fomentar la toma de decisiones compartidas con los pacientes. Sin embargo, es fundamental proporcionar a la persona información y formación adecuada para que pueda tomar decisiones informadas

sobre su salud. Además, es esencial respetar la decisión del individuo, incluso si decide no tomar ninguna decisión. En última instancia, el objetivo de la toma de decisiones compartidas es mejorar la calidad de la atención médica y garantizar que la persona esté involucrada activamente en su propio cuidado de salud. La toma de decisiones compartidas se basa en una comunicación abierta y honesta entre el paciente y el profesional de la salud, lo que ayuda a mejorar la satisfacción de la persona y la calidad del cuidado de la salud.

E2: "Una altra cosa és que aquesta persona la pugui i la vulgui compartir. I és bo que la comparteixi amb les persones que la cuiden. I això és bo, però la decisió és última sempre és de la persona. Tingui una malaltia mental o tingui més igual una malaltia, un càncer. El que sigui, la decisió és de la persona. I pensar que una persona amb salut mental no té la capacitat de decidir, és equivocar-se."

E2: "Sempre. És a dir, la decisió és de la persona."

E2: "Una altra cosa, repeteixo que moltes vegades, com que hi ha un coneixement asimètric entre la persona que cuida i la persona cuidada, aquesta persona demani vostè, tu, què faries? Escolta, és l'opció, però decideixo jo."

E4: "Però el tema de les decisions anticipades, és un tema que s'està començant a incorporar a la malaltia mental crònica."

4.2.5 Fàrmacos

Los ansiolíticos son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en los países desarrollados. España es uno de los países con mayor consumo de psicofármacos del mundo. Este consumo va en aumento. Según datos de la Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios (AEMPS) el consumo de psicofármacos paso de 83.000 en 2010 a 93.000 en 2021(222).

Durante las entrevistas, se mencionó el preocupante alto consumo de psicofármacos en nuestro país, no solo por los efectos secundarios que pueden tener sino también por las posibles interacciones con otros medicamentos que este tomando el individuo, riesgo que aumenta en el caso de un paciente crónico polimedicado y con comorbilidades. El papel del gestor de casos puede ser esencial para abordar el problema de la falta de comunicación entre los profesionales de la salud en cuanto a la gestión de los medicamentos de las personas, y así poder ayudar al individuo a gestionar correctamente sus medicamentos. Igualmente, se destaca el rol del equipo de primaria en la conciliación de la medicación.

E2: "Sí, de fet nosaltres som el país, parlo ara, el país, jo crec que érem el número 2 en quant a consum de psicofàrmacs..."

E4: "Ara, però, tenim una sobre medicalització bestial de psicofàrmacs i a més amb moltes interaccions amb els altres medicaments. Ara sí que en els metges de famílies és els hi surt a la pantalla, obligatòriament que han de revisar perquè a més hi ha moltes efectes secundaris i moltes interaccions entre fàrmacs."

E4: "Els psicofàrmacs, totalment necessaris moltes vegades, però s'ha de fer una bona indicació, un bon seguiment. Una cosa és la cronicitat que requerirà, doncs tot això s'ha d'anar revisant. I l'altre és la prescripció fora dels especialistes que n'hi ha molta."

E4: "Aquest és un motiu més, perquè per exemple la gestora de casa també podria fer aquest acompanyament, inclús a l'oficina de farmàcia. Podrien fer aquesta revisió. En alguns llocs es fa, però no de manera molt sistèmica, eh? Diríem. Perquè potser és un món que encara pensem que el prescriu un psiquiatre i això inclús que també, eh? Però no és veritat. Només els psicofàrmacs són prescrits per a moltíssims professionals."

La pandemia del COVID-19 ha provocado un incremento del consumo de psicofármacos en España(223), por lo que es aún más urgente incidir en este aspecto desde el punto de vista de las políticas sanitarias.

4.3 Políticas de salud

4.3.1 Prevención y promoción de la salud

Los participantes coinciden en que la prevención y promoción de la salud son cruciales para la sostenibilidad del sistema y para la adecuada gestión de la enfermedad por parte de la persona. En un sistema fragmentado donde la información no se comparte, el empoderamiento del individuo en su propia enfermedad se vuelve aún más necesario.

En el estudio de March (2015)(224) se hace referencia a que los personas activas, informados, formados y responsables pueden mejorar al propio sistema por aumentar la confianza en el mismo. Este enfoque menos paternalista se centraría en la participación del ciudadano tanto en la toma de decisiones como en el autocuidado.

E1: "El millor lloc on ho pots fer és a l'escola, perquè aquell nen o aquella nena no hi van al centre de salut."

E1: A nivell de l'atenció primària, el metge primari ha de tenir les eines per detectar els malalts, els coneixements i derivar a la xarxa corresponent i després ja el tornarà a seguir. I suposo que les activitats que es pugui fer de promoció o de prevenció les hauria de fer l'equip d'atenció primària."

E2: “És prioritària. Jo crec que això ho veu tothom. És factible, clarament. El que també és cert quan tu t’ho mires des de la macro gestió, com tu abans comentaves, és que els canvis són, difícilment són d’avui per demà. Són canvis que porten temps, perquè has de guanyar i has de vèncer resistències que pugui haver hi, situacions establertes, etcètera. Però és factible clarament perquè és una visió molt de salut i molt social.”

E3: “La promoció i la prevenció de la salut, educar a la població per tenir aquests cuidados,.. i així millorar els resultats de futur.”

E3: “I jo crec que hi ha una cosa que ens falta que és posar més l’accent en la prevenció de la cronicitat. I estic parlant de prevenció quan ja estàs en la cronicitat.”

E4: “Per tant, si té alguna cosa que sabem, doncs sabem també el pronòstic, sabem prevenir, diríem els brots, bueno o almenys ho intentem, diríem, i sobretot prevenir la distorsió social que això comporta amb la intervenció educativa, amb la intervenció familiar, si o no.”

E5: “Jo crec que l’única cosa que jo crec que no es fa suficientment són les campanyes sobre temes molt controvertits i que són molt preocupants.”

4.3.2 Profesionales

La falta de profesionales sanitarios es un problema que surge durante las entrevistas. Se espera que el envejecimiento de la población en los próximos años genere una mayor demanda de atención sanitaria y social, lo que requerirá de soluciones inteligentes y sostenibles. Es necesario una reestructuración con enfoque integrado y coordinado que permita hacer frente a los retos actuales y futuros en materia de salud y atención sanitaria.

Es necesario poner el foco en el cuidado del profesional sanitario, en la atracción de talento, en una mejora de las condiciones laborales y retributivas que permita a Cataluña ser competitiva con otras CCAA y con otros países. Los sueldos médicos en España siguen a la cola de las economías avanzadas. El informe *Remuneraciones de los Médicos en la Unión Europea, España y Comunidades Autónomas*, elaborado por la Fundación Gaspar Casal(225), revelaba que, en 2021, España se situaba a la cola de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en cuanto a remuneración médica (menos de la mitad que en Reino Unido o Francia). La baja remuneración de los profesionales respecto a otros países ha provocado que la emigración de médicos al extranjero se haya convertido, desde la crisis del 2008 en uno de los mayores problemas de la sanidad española, que en los últimos cinco años ha visto como 11.000 médicos se marchaban al exterior. La mayor parte de los médicos emigrados son menores de 36 años (43,5%). En 2021, la comunidad de la que se fueron más médicos fue Cataluña, con un total de 1.163 médicos (el 28% del total).

Las mismas consideraciones valen para otros profesionales sanitarios.

A esto hay que sumar la previsión de jubilaciones de profesionales médicos prevista para los próximos años, así como los cambios demográficos en los alumnos y nuevos licenciados de profesiones sanitarias.

Esto pone en jaque al sistema sanitario catalán, y representa un importante desafío para los gestores sanitarios.

E3: Hem de repensar el sistema, és a dir, no en format professional, doncs segurament ens hauríem de reiventat. O sigui, hi ha una cosa que és molt clara, si nosaltres portem el mateix rumb i la mateixa velocitat anem contra la roca. [...] nosaltres tenim una capacitat, per exemple, de formació de personal sanitari en formació sanitària especialitzada determinada, que és el potencial és més gran, que no l'estem exhaurint i fins i tot en aquestes, moltes són per gent que ve de fora, que sabem que vénen, formen i se'n van.

4.3.3 Plan de salud

Respecto a los planes de salud, durante las entrevistas los consejeros comentan que son instrumentos esenciales para garantizar una gestión eficaz y eficiente del sistema de salud. Deben considerarse como documentos vivos y dinámicos que reflejen las necesidades, problemas y preocupaciones del sistema de salud en un momento dado. Han de adaptarse a las nuevas circunstancias y cambios en el entorno sanitario, social y ambiental.

Deberían incluir objetivos claros, metas específicas y estrategias detalladas para lograr una atención sanitaria de alta calidad y accesible para todos.

La rendición de cuentas la consideran como un elemento clave en la elaboración y ejecución de los planes de salud. Los gobiernos y autoridades sanitarias tienen la responsabilidad de garantizar que los recursos destinados a la atención sanitaria se utilicen de la manera más eficaz y eficientes, y que los objetivos y estrategias establecidos en los planes se cumplan.

E3: "Perquè els plans, aquí dèiem una cosa, mira els plans són vius, que vol dir que el podem canviar quan vulguem, són per a l'acció, per tant han de passar coses i els hem d'avaluar. Feien rendiment de comptes, que vol dir us explicarem què hem aconseguit i què no hem aconseguit en tota aquesta història i per tant, això li dóna també credibilitat a la cosa."

E3: "Perquè això dels plans de salut va, la lògica era no treballarem per estructures, no..., treballarem per problemes de salut."

E3: *“El tema de la salut en totes les polítiques, que en el fons volia dir, escolta, l'àmbit de la salut està molt bé, però hi ha moltes coses de les que maneguem en aquest negociat de la salut que estan, que impregnen totes les polítiques. I això anava també per al tema de l'exercici físic, alimentació, és a dir, una visió molt més, molt més àmplia de la jugada.”*

E3: *“...el pla de salut sempre és una cosa que té... és reflexió, plasmació i per tant compromís, moviment i treball, és a dir, transformar, avaluar si està funcionant i amb aquesta avaluació reflexió de com continua caminant.”*

E3: *“Pla de Salut és una eina per transformar, no és una eina per fer més visites de primària o dir que hem de créixer. No, és per transformar. I per exemple quan fèiem això, doncs vàrem dir, escolta, una de les línies de transformació va ser tot el tema de la cronicitat i es van fer unes coses xulíssimes.”*

E5: *“Abans la gent no ha anat a l'avaluació, tot i que qui és vostè per avaluar el que jo faig? Ara ja tothom està d'acord que coses com s'avalua, però tothom està d'acord en que s'ha d'avaluar i que les coses s'han de fer ben fetes.”*

4.4 Visión de futuro

Finalmente, a los entrevistados se les preguntó sobre los puntos que consideran más urgentes a abordar en el futuro. Hay una cierto en consenso en la necesidad de hacer un plan de salud y social plenamente conjunto.

E2: *“Salut sanitària, la social, etc. Però sí que tu estàs donant una idea, tu estàs focalitzant una idea. Per tant, jo diria que fos un pla de salut sanitari i social i social i li deixaria de salut, perquè la part social també és salut.”*

E4: *“Com revisar si les xarxes segregades de salut mental, ens han comportat més dificultat d'atenció integral de la salut i dels determinants socials a les persones amb malaltia mental. I com això ho capgirem. I a l'últim és tenir en compte això, de que hem d'acceptar que hem de tenir una mirada centrada en la persona, la seva família i el seu entorn, però també que, com que segur que anirà a diferents professionals públics i privats, hem de tenir informació de tot el que fa cada un d'aquests professionals. I jo crec que, com que jo crec que la història és propietat del pacient, si ell autoritza, tots els professionals que estiguin col·legiats i siguin sanitaris, amb autorització haurien de poder entrar a la història clínica.”*

La necesidad de potenciar la atención domiciliar social y sanitaria como elemento clave. Y la información compartida entre proveedores de servicios tanto sanitarios como sociales, privados y públicos.

E2: *“atenció domiciliària, sanitària i social. Aquest és un element molt clar. I l’altre és el de la informació compartida.”*

E2: *“Tècnicament és possible, és més difícil del que a vegades ens creiem, no? Parlo des d’un punt de vista tècnic, però que és un tema en el que s’ha d’avançar i que en poc temps.”*

E4: *“En principi hi ha secret professional entre els professionals sanitaris que treballen en els motors laborals i en els centres que tenen professionals sanitaris i, per tant, això s’hauria de resoldre per la bona praxis professional. No vol dir que l’empresa tingués les dades d’aquella persona. Però entre professionals, bueno, aquest és un dels reptes.”*

Así mismo, destacan la necesidad de potenciar la promoción y prevención de la salud y/o cronicidad y hacen hincapié en el empoderamiento del paciente en la gestión de su enfermedad.

E3: *“I jo crec que hi ha una cosa que ens falta que és posar més l’accent en la prevenció de la cronicitat. I estic parlant de prevenció quan ja estàs en la cronicitat.”*

E3: *“Que és el tema de l’empoderament personal, és a dir, la gent, el que estem dient és quan tinguis això, vine aquí, ostres tu, no pots, crec que l’enfocament és un altre i per tant, en tots els, en tota l’escalat de problemes de salut, el nivell de responsabilitat personal i d’assumpció d’un rol diferent ha d’estar present, perquè si no anirem posant recursos i recursos i no arribarem.”*

Los cambios de los últimos años determinan la imperiosidad de reinventar el sistema, adaptándolo a las nuevas necesidades.

E3: *“Hem de repensar el sistema és a dir, no en format professional, doncs segurament ens haurém de reiventar. O sigui, hi ha una cosa que és molt clara, si nosaltres portem el mateix rumb i la mateixa velocitat anem contra la roca. Per tant, no ho sé, o maquines tot en contra, o comencem a virar una mica o fem alguna cosa, perquè és que anem... . Clar, farem el sistema insuficient i per tant, no ho sé, jo crec que hem de començar a intentar... O sigui, nosaltres tenim una capacitat, per exemple, de formació de personal sanitari en formació sanitària especialitzada determinada, que és el potencial és més gran, que no l’ estem exhaurint i fins i tot en aquestes, moltes són per gent que ve de fora, que sabem que vénen, formen i se’n van.”*

E3: *“però jo crec que s’ha de transformar més, és a dir, hem d’assumir riscos, assumir.”*

E3: *“Doncs és això, és a dir, no ho sé. I després et pots equivocar, perquè no es tracta tant de dir, no, escolta.... també jo tinc la convicció que si poses a cinc persones que sàpiguen de què parlen, sortirà un bon producte, però s’ha de rematar, eh? Vol dir assumir riscos.”*

Como líneas futuras, los consejeros también destacan la necesidad de elaboración de protocolos específicos para la gestión del paciente crónico con comorbilidades.

E4: “En aquelles persones que tenen malaltia mental crònica, aquí se’ls hi ha també generar processos, potser amb gestió de xarxes cooperatives, però no és una qüestió d’adults. No és una qüestió d’adults, però és una qüestió de cooperatives, perquè estic segura que o bé desapareixen dels centres de salut mental d’adults quan els hi posem l’etiqueta de geriàtrica o bé infra diagnostiquen altres comorbiditats. Per tant, en aquestes persones que els coneixem perfectament des de fa anys amb un diagnòstic de trastorn mental crònic, hi ha ciència aquí, hem de treballar bàsicament amb l’atenció primària, perquè no se’ns escapin i no fem infradiagnòstic, i a més a més, ha d’haver hi protocols específics, perquè sabem per exemple que tenen molta més prevalença de malaltia circulatoria, per la pròpia malaltia mental, pel sobrepès que en general tenen, pels efectes secundaris de la medicació, per l’estigma, perquè en general són més sanitaris, més fumadors.”

E4: “Clarament protocols de salut en general, específics i que, i aquesta persona, tant el seu psiquiatre, el seu psicòleg, el seu infermer, és igual de xarxa mental, ha de saber fer detecció però també l’atenció primària, també han de veure que aquest és un pacient més que igual que un EPOC, també pot tenir una neo de colon. Doncs el pacient amb trastorn mental sever també pot patir d’altres coses.”

E5: “...la més important és buscar nous sistemes de finançament. Segon, la reunió amb els professionals. Tercer, donar un paper molt preponderant a la prevenció i per tant en els temes de salut pública. Això per l’administració és molt important i està a sobre. I tercer, i després si tu vols tenir una sanitat de primera has d’estimular la recerca i la innovació. Sense recerca i innovació tindràs una sanitat total feble.”

En resumen, los resultados de la investigación respaldan las hipótesis previamente planteadas en el estudio.

5. Conclusiones

Este estudio muestra la experiencia y visión enriquecedora de los antiguos máximos responsables en políticas sanitarias de la sanidad catalana en la gestión de la cronicidad y la salud mental, y permite trazar líneas futuras de los cambios necesarios en la política sanitaria de Cataluña para poder afrontar el reto del aumento continuado de las enfermedades crónicas y los problemas de salud mental asociados.

Se confirma que es necesaria la existencia de una gobernanza adecuada y de una voluntad política fuerte para ahondar en este objetivo.

En la conclusión global de esta tesis se profundizará de manera integrada en varios aspectos que han sido explorados en los tres estudios llevados a cabo.

7. Discusión general

Como hemos visto a lo largo de los tres estudios, se postula que existe una relación entre la salud mental y la cronicidad, pero las estrategias políticas vigentes son insuficientes y están alejadas entre sí para poder realizar un abordaje integral e integrado adecuado para estos perfiles de personas.

En **el estudio 1**, el *scoping review* sobre los Planes de Salud, y tal como se ha desarrollado en su apartado de resultados y discusión, se ha mostrado que, hasta el momento, en Cataluña se han elaborado los siguientes PdS: 1991; 1993-1995; 1996-1998; 1999-2001; 2002-2005; 2011-2015; 2016-2020; 2021-2025. En 2011-2014 se elaboró un Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC). Vemos que sólo en tres PdS se hace un abordaje directo a la gestión de la cronicidad, a parte del documento PPAC. Estos PdS son 2011-2015; 2016-2020 y 2021-2025; son los únicos que plantean la cronicidad como una línea de abordaje en la que utilizar estrategias para un mejor control y gestión. Se realizó un análisis crítico de estos planes, mediante un cuestionario estructurado, centrándonos en aspectos de la gestión de la cronicidad y el papel de la salud mental dentro de esas políticas, enfocándose en aquellas que impliquen líneas de promoción y prevención de la salud, coordinación entre niveles asistenciales y alianzas con otros sectores en los que se tengan en cuenta la salud mental. Los PdS de los períodos 2011-2015 y 2016-2020 tienen un carácter más operativo que de planificación sanitaria, mientras que el PdS 2021-2025 tiene un enfoque más estratégico en la planificación.

El PdS 2011-2016 desarrolla iniciativas centradas en patologías crónicas que requerían de una coordinación interdepartamental, incluso con la participación de dispositivos comunitarios como las farmacias. Encontramos ejemplos de iniciativas a llevar a cabo, tales como el *“Plan de actividad física, deporte y salud (PAFDS)”*, el *“Programa de promoción de la alimentación mediterránea (AMED)(149)”* y el *“Pla Integral per a la promoció de la salut mitjançant l’activitat física i l’alimentació saludable (PAAS)(150)”*.

El PdS 2016-2020 se centra, principalmente, en cambios organizativos y de atención, y por este motivo, y no se aborda directamente la cronicidad. Se enfoca en aspectos necesarios para una vida saludable en general, tales como la actividad física, el control alimentario, el tabaquismo, etc., sin poner énfasis en las patologías crónicas o en las enfermedades mentales.

A nivel de prevención y promoción de la salud, el PdS más completo con respecto a realización de propuestas tanto en cronicidad como en salud mental sería el PdS 2021-2025, aunque se enfoca en áreas muy concretas. Para ello, desarrolla el *“Programa de bienestar emocional i salut comunitària a l’atenció primària de salut(152)”* y el *“Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025(85,226)”*. En cuanto a la SM, el enfoque se limita al suicidio, sin abordar otras enfermedades mentales de manera específica.

En general, los PdS incluyen la promoción y prevención de la salud a nivel general (tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad y sedentarismo). Sin embargo, en cuanto a salud mental, el enfoque se limita principalmente al suicidio, y no se aborda la prevención de otras patologías como los trastornos de la conducta alimenticia (TCA). Es importante tener en cuenta que, con estrategias de promoción y prevención en cuidados generales en salud, como por ejemplo promoviendo y facilitando el acceso al deporte, se puede mejorar la incidencia de algunas patologías mentales(153).

Respecto al seguimiento del paciente crónico con patología mental, únicamente se hace referencia en el PdS 2016-2020, en ***Projecte 6.5 Atenció integrada al pacient crònic complex de salut mental***, lo cual es de gran trascendencia, teniendo en cuenta que el 2% de la población catalana cumplen criterios de paciente crónico de salud mental y paciente crónico complejo(129).

Sobre la desinstitucionalización de la persona con enfermedad mental, no se hace un abordaje directo en los PdeS. Únicamente en el PdS 2021-2025 se hace referencia como un punto a desarrollar: ***Reforçar l’orientació comunitària en la salut mental i adiccions***.

Ninguno de los planes aborda hasta ahora el uso y creación de TIC’s que tengan en cuenta las características de las personas con enfermedad mental.

En cuanto a las estrategias de incentivación en cronicidad y salud mental, sólo vemos una referencia directa en el PdS 2011-2015 en ***Línea de actuación 6: Nuevo modelo de contratación de la atención sanitaria más orientado a resultados en salud***.

Respecto a la historia clínica compartida, en el PdS 2011-2015 se trata sobre su abordaje y su ampliación al resto de proveedores, pero no se hace un abordaje concreto de la cronicidad o la salud mental. El PdS 2016-2020 lo aborda desde diferentes áreas (maltrato, drogadicción, cronicidad y salud mental). En el ***Projecte 6.5. Atenció integrada al pacient crònic complex de salut mental***, se trabaja en la identificación directa de este perfil de individuos en la historia clínica compartida.

Podemos observar cómo se le da una gran (y justificada) importancia a la historia clínica compartida.

Las decisiones compartidas se abordan con diversidad de enfoques. El PdS 2011-2015 se refiere a la toma de decisiones compartidas desde el enfoque de la rendición de cuentas, como el nivel de interés del usuario en conocer información respecto a su salud, como puede ser qué esperar del tratamiento, qué alternativas existen y qué centro tiene mejores resultados.

En el PdS 2016-2020 aparecen tres proyectos en el que se focalizan en este punto: **“Projecte 1.1. Operativització de la nova Carta de drets i deures de Catalunya”**, **“Projecte 1.4. Autoresponsabilització, autocura i foment de l'autonomia de les persones”** y **“Projecte 6.1. Implementació d'un model d'atenció integral i centrat en les persones amb malalties cròniques i amb necessitats complexes, des d'una òptica poblacional”**. Las decisiones compartidas tienen como objetivo proporcionar a las personas información sobre las diversas alternativas disponibles para una intervención / tratamiento / diagnóstico de salud y también mostrar las ventajas y desventajas de la decisión final. El objetivo final es que las decisiones sean tomadas a través de un proceso deliberativo entre el individuo y el profesional de la salud(129). Esto puede tratarse en diferentes aspectos del proceso salud-enfermedad. Así, el PdS 2021-2025 lo enfoca al final de la vida: **“3.8.31 Redefinir la xarxa actual d'atenció sanitària”**, promoviendo las decisiones compartidas y con voluntades anticipadas. Mientras que en el objetivo **“4.11.37 Continuar desenvolupant estratègies i eines per reforçar la presa de decisions compartides, la qualitat de vida i l'empoderament de les persones”** se potencian programas de soporte entre iguales (peer-2-peer), grupos de ayuda mutua, programa **“Cuidador Expert Catalunya(161)”** y **“Pacient Expert Catalunya(162)”**.

Dado el gran impacto que tiene el gasto farmacéutico en el presupuesto sanitario, la polifarmacia y prescripción es un tema recurrente en los PdS, siendo fundamental para garantizar la sostenibilidad del sistema. Es un área que puede generar inequidad y de la que hay que responsabilizar a las personas.

El PdS 2011-2015 trabaja el **“Proyecto 2.6. Implantar programas de uso racional del medicamento”**, buscando el uso eficiente de los medicamentos, la calidad de la prescripción y la optimización de recursos(138). En el PdS 2016-2020 se aborda ampliamente dentro de la **“Línia 5: Política farmacéutica i del medicament.”**, en la que se proponen proyectos enfocados al acceso a la innovación farmacológica, revisión de políticas de prescripción y dispensación para asegurar la seguridad del paciente, compra y financiación de los medicamentos y riesgo compartido para un mejor control de gasto, utilización de medicamentos y corresponsabilización de la persona y del profesional, y la evaluación de resultados en el uso de medicamentos.

El PdS 2021-2025 en el *“Objectiu 1.2.8 Intensificar mesures no farmacològiques per afrontar els problemes”* busca potenciar las intervenciones no farmacológicas y la prescripción social en la atención primaria. Se potencia el seguimiento de la calidad y adecuación de tratamiento farmacológicos, poniendo especial atención en la prescripción de antibióticos.

Podemos concluir que hay una clara evolución de la gestión de las enfermedades mentales y crónicas en los Planes de Salud (PdS) en España. Se destaca que los planes iniciales se centraron en patologías con alta morbilidad y carga social, mientras que el PdS 2021-2025 es más completo y holístico en cuanto a la prevención y promoción de la salud. Del estudio surge también la importancia de un enfoque integral e integrado de la salud para un adecuado abordaje de las enfermedades crónicas, así como la necesidad de coordinación entre el área sanitaria y el ámbito social. La integración de la salud mental en los PdS es una necesidad no resuelta y aún queda mucho por hacer. Además, se destaca la importancia de la Atención Primaria en la detección y prevención de trastornos de salud mental y la eliminación de barreras de equidad para garantizar el acceso a una atención sanitaria de calidad para todas las personas.

Es necesario que integrar la atención a la salud mental en el cuidado de las enfermedades crónicas, dado que hay una alta incidencia conjunta de estas afecciones, y la existencia de desigualdades y obstáculos en el acceso a la atención. Y, sobre todo, es fundamental que se aborde esta integración antes de que la epidemia de enfermedades crónicas se haga aún más evidente.

Los expertos técnicos involucrados en la integración y la cronicidad han mantenido una posición estable a lo largo de los años. En los PdS del período analizado, ha habido diferentes consejeros de diferentes partidos con la consiguiente alternancia política, lo que ha llevado a que ningún consejero haya implementado más de un PdS. La ausencia de continuidad puede haber llevado a la priorización de los enfoques de relato político frente a los basados en la prevención y la previsión epidemiológica.

Una de las principales dificultades que deben enfrentar las personas con enfermedades mentales es tener que lidiar con problemas de salud orgánica al mismo tiempo. Esta condición comórbida puede afectar drásticamente tanto la calidad como la esperanza de vida. Puede resultar preocupante que la comorbilidad orgánica-mental no sea considerada un argumento relevante en los planes de cronicidad o de salud en general.

La salud mental sigue siendo un término encubierto, ya que el ámbito de la salud es propio de la promoción y prevención, lo cual no está presente como debería en la salud mental. Se hace

referencia a salud mental, pero en realidad es un enfoque al tratamiento psicopatológico. Es esencial trabajar en aspectos promotores y preventivos durante la edad “preadulta” para garantizar una buena salud mental en la sociedad del futuro.

Las actuaciones del *Plan Director en Salud Mental y Adicciones* parece actuar de manera autónoma y muy enfocado a adicciones, a pesar de que han de definir sus estrategias teniendo en cuenta la determinación de los objetivos marcados en el PdS. Vemos que el área de la salud mental sigue siendo considerado un ámbito aparte, aislado, y valorado por el sector de la salud mental para consolidar sus recursos y su propio discurso. La búsqueda de la especificidad de la salud mental se vuelve en contra de las personas, ya que descuida las acciones de promoción y prevención, subestima la comorbilidad y separa la red de salud mental de la red sanitaria “orgánica”. De hecho, cuanto más grave es el caso de una persona con morbilidad mental, más tiende a ser exclusivo de la red SM y se produce una falta de coordinación en el modelo de atención que debería ser integrado.

Debemos evitar que las políticas de integración social y sanitaria fracasen reiteradamente, ya que la coordinación entre los sistemas de salud y los servicios sociales a menudo es insuficiente. Hay que evitar una atención fragmentada y descoordinada, especialmente en casos de personas con múltiples necesidades de salud y sociales, lo que puede resultar en una atención insuficiente y poco efectiva, y esquivan la dimensión mental de la morbilidad poblacional. Como consecuencia, se perpetúa la brecha entre los servicios de salud mental y servicios sociales, lo que agrava aún más la situación. Esta falta de integración puede favorecer que se perpetúe la estigmatización entre los profesionales sanitarios y la sociedad hacia las personas que padecen con problemas de salud mental. Los PdS deben abogar por disminuir esa brecha.

Es crucial el papel de la atención primaria como puerta de entrada para personas con problemas de enfermedad orgánica y comorbilidad mental. Para ser más eficaces y sostenibles, es necesario dotar a la atención primaria con más recursos y formación. Los PdS deben conseguir que los profesionales de atención primaria de diferentes áreas, como la orgánica, mental y social, trabajen juntos de manera colaborativa. Los PdS deben incluir la evaluación de resultados y tener acceso a todos los datos para llevar a cabo análisis globales en el ámbito de la salud.

Después de analizar los resultados del *scoping review*, resulta evidente que el alcance de la investigación no proporciona la información suficiente que se necesita para abordar el problema de nuestra investigación. Los PdS tratan la cronicidad y la salud mental de manera insuficiente, o muy general o teórica. Es probable que opiniones muy valiosas provengan de expertos en el

cuidado de las personas afectadas, así como de las propias personas que sufren el problema. Por esta razón, se justifica la necesidad de realizar un Delphi y una evaluación cualitativa posterior al Delphi para obtener una comprensión más clara de lo que realmente se ha logrado en este tema, determinar su relevancia y establecer cómo debería enfocarse en el futuro.

En el **estudio 2** Delphi online denominado **CROSAM** y tal como se ha desarrollado en su apartado de resultados y discusión, se enfoca en evaluar el nivel de inclusión de la enfermedad mental en las políticas sanitarias de gestión de la cronicidad en Cataluña a través de un consenso con metodología Delphi. El estudio 2 ha permitido obtener una visión de los expertos en tres ámbitos claves sobre la necesidad de invertir en sistema de atención a la salud que reconozcan y aborden la comorbilidad entre enfermedades mentales y afecciones físicas crónicas. Existe una necesidad de prevenir el impacto en el sistema del aumento continuado de las enfermedades crónicas y los problemas de salud mental asociados.

El objetivo de este estudio es determinar el nivel de consenso entre los expertos en cronicidad, salud mental y social sobre las políticas existentes y/o necesarias para la óptima gestión de la cronicidad en salud mental. El estudio parte de la premisa de que las estrategias actuales en Cataluña sobre cronicidad y enfermedad mental son insuficientes para conseguir una óptima incorporación de la enfermedad mental dentro de la gestión político-sanitaria de las enfermedades crónicas.

En total, se invitaron a participar 60 expertos, y de ellos, 46 (76,67% de la muestra) aceptaron participar en el estudio en un breve período de tiempo de dos semanas. Esta alta tasa de respuesta se atribuyó al compromiso de los expertos consultados con respecto a este tema y a que se enviaron tres recordatorios de participación por parte del equipo investigador.

De las 32 preguntas analizadas, se alcanzó "óptimo consenso" en 25 de ellas, lo que le da mayor consistencia a los resultados que se pueden extraer del estudio CROSAM. Las 7 preguntas restantes alcanzaron "bajo consenso".

En general, el estudio CROSAM muestra que hay un cierto nivel de consenso en la inclusión de la salud mental en las políticas de cronicidad en Cataluña. No hay ningún ítem que se haya considerado "poco factible" o "poco prioritario". Hay una visión general de que todos los temas propuestos son factibles y prioritarios, aunque hay algunas matizaciones sobre el grado de factibilidad y prioridad. En cuanto a los ámbitos de trabajo, se observó un menor nivel de consenso entre los participantes del área de cronicidad, seguidos por los del área social. Los profesionales del ámbito de la salud mental alcanzaron un mayor grado de consenso. Dos preguntas

en la cronicidad no alcanzaron consenso en la pregunta 11 y 12 sobre factibilidad, así como en las preguntas 31 y 32 sobre prioridad.

En resumen, el estudio CROSAM sugiere que las políticas actuales en Cataluña sobre cronicidad y enfermedad mental son insuficientes para conseguir una óptima incorporación de la enfermedad mental dentro de la gestión político-sanitaria de las enfermedades crónicas. Se observa que hay un cierto nivel de consenso entre los expertos respecto a la inclusión de la salud mental en las políticas de cronicidad, y la necesidad de abordar su comorbilidad orgánica.

Los resultados sugieren que existen estrategias insuficientes en Cataluña para lograr una óptima incorporación de la enfermedad mental dentro de la gestión político-sanitaria de las enfermedades crónicas, y que existe un divorcio entre las estrategias planteadas y su implementación en el día a día del profesional sanitario. Además, el estudio CROSAM destaca la importancia de una perspectiva integrada y coordinada entre los diferentes ámbitos de trabajo (social, cronicidad y salud mental) para lograr una atención más efectiva y centrada en la persona. En general, los resultados de este estudio pueden ser útiles para mejorar las políticas sanitarias en relación con la cronicidad y la salud mental, y para desarrollar estrategias más efectivas en la atención de individuos con comorbilidad orgánica y enfermedad mental.

Luego de la visión de personas, agentes sociales y personal sanitario involucrados en la micro y en la mesogestión, quisimos saber la opinión de los máximos responsables de estas políticas sanitarias de cronicidad y salud mental, así como su visión de futuro, partiendo de la premisa de claridad y experticia que puede dar la trayectoria, la experiencia, la formación, la información manejada y la capacidad de los ex consejeros de sanidad de Cataluña. Se buscó complementar las aportaciones del Delphi mediante consulta a líderes políticos para definir con mayor garantía de éxito propuestas para el futuro de una planificación más amplia de políticas de cronicidad y salud mental y averiguar si existe una desconexión entre las estrategias planteadas en las políticas de salud mental y cronicidad y su implantación efectiva.

Así, el **estudio 3** y tal como se ha desarrollado en su apartado de resultados y discusión, intenta abordar la macrogestión de la cronicidad y la salud mental desde una perspectiva constructiva, con intención de marcar el rumbo de las próximas líneas de trabajo futuro en salud mental y cronicidad. La consulta a máximos responsables del ámbito de las políticas sanitarias en sanidad puede aportar valor adicional a las conclusiones del Delphi. Esto puede ayudar a que el manejo futuro de cronicidad y salud mental tengan más opción de éxito. Sin embargo, también se identificaron limitaciones y/o reticencias que pueden dificultar la implementación de políticas y decisiones por parte de los órganos decisores.

Además, se identificaron determinados elementos clave en la óptima incorporación de la dimensión mental en las políticas de cronicidad que aumentarían la efectividad y la eficiencia de los modelos de atención y reducirían la brecha de salud que sufren las personas con comorbilidad orgánica y mental.

Podemos concluir que existe una necesidad y urgencia en consolidar alianzas con otros sectores y mejorar las prácticas colaborativas entre ámbitos asistenciales, sanitarios y sociales, lo que es difícil de implementar debido a la complejidad y al gran número de interlocutores involucrados.

Resulta patente que se requieren cambios organizativos en el ámbito de la atención primaria para satisfacer las crecientes necesidades de la sociedad, en particular para la atención integral de pacientes crónicos que tienen necesidades médicas, psicológicas, sociales y económicas.

Las personas con patología crónica a menudo requieren atención a largo plazo y un seguimiento continuo para manejar adecuadamente su enfermedad y prevenir complicaciones.

Existe una preocupación creciente por la cronicidad social, que implica considerar la interacción entre los determinantes sociales de la salud y las necesidades físicas, funcionales, psicológicas y sociales de las personas.

La integración de la salud mental en las políticas de cronicidad aún no se ha completado, y se considera que el modelo sanitario y social actual es la principal barrera.

Por otro lado, la gestión adecuada de la salud mental en las personas mayores es un desafío, dada la comorbilidad de demencia y el deterioro cognitivo con otras comorbilidades, lo cual requiere garantizar una atención integral y adecuada.

Los entrevistados están de acuerdo en que las desigualdades sociales son causadas por varios factores, como la pobreza, la falta de acceso a la educación y la salud, la discriminación y la desigualdad en la distribución de la riqueza y los recursos, y que estas desigualdades pueden tener un impacto significativo en la vida de las personas y en la cohesión social, y pueden provocar o empeorar un deterioro de la salud mental. Por lo tanto, es esencial analizar y abordar las causas subyacentes de las desigualdades y trabajar para reducir las brechas en el acceso a oportunidades y recursos para todos los miembros de la sociedad. Hay que evitar la falta de atención sanitaria en personas con trastornos mentales, especialmente en colectivos como personas sin hogar, pacientes psicóticos y pacientes ambulatorios.

En Cataluña, el 25% de la población cuenta con cobertura mixta de salud pública y privada. El intercambio de información entre el sistema público y privado es crucial para la atención de la persona y la gestión de datos epidemiológicos. Sin embargo, no hay datos disponibles sobre el uso de servicios de salud mental privados en la región. Los entrevistados están de acuerdo en que es crucial el intercambio de datos entre los sistemas público y privado de atención médica para garantizar una atención adecuada a la persona y evitar errores o duplicidades, pero aún hay reticencias en este ámbito. Aunque se consiguiera compartir datos, los indicadores pueden ser diferentes debido a que cada sistema utiliza diferentes criterios y elementos de evaluación. Es importante considerar estas diferencias al compartir datos, y trabajar con criterio unicista.

En relación con la desinstitucionalización, los entrevistados reconocen que aún queda mucho por hacer, ya que implica la necesidad de un soporte social importante para cubrir las necesidades de las personas. La resistencia de algunos profesionales a la desinstitucionalización puede ser comprensible debido a la transición de la atención institucional a la comunitaria, pero es importante proporcionar un apoyo adecuado a los profesionales para que puedan adaptarse a los cambios y brindar atención de calidad a sus pacientes en nuevos entornos. La institucionalización prolongada puede cronificar al individuo y dificultar su reinserción en la sociedad, y no siempre es la única opción, ya que se pueden implementar estrategias de cuidado en la comunidad que permitan una mayor integración social de la persona y eviten la institucionalización prolongada.

Un tema importante es la asunción de riesgos en la gestión del cambio organizativo en la atención sanitaria, que puede encontrarse con resistencias por parte de los profesionales y usuarios, pero es necesario para lograr una atención integral e integrada de la persona. La asunción de riesgos implica tomar decisiones informadas y asumir las consecuencias de esas decisiones, incluso si las cosas no salen inicialmente como se esperaba. También se habla de la implementación de nuevas tecnologías o prácticas clínicas, y la necesidad de evaluar los riesgos y beneficios potenciales antes de tomar una decisión informada sobre su implementación.

Durante las entrevistas, se destaca el papel fundamental de la atención primaria en la prevención y promoción de la salud mental. Los equipos de atención primaria pueden detectar los signos tempranos de problemas mentales y proporcionar estrategias y cuidados preventivos, además de tratamientos farmacológicos y prescripción social. Sin embargo, se reconoce que la atención primaria se enfrenta a grandes desafíos, como la elevada carga de trabajo y la falta de recursos. Es necesaria una reestructuración y reorganización de la atención primaria para adaptarla a las nuevas necesidades de la población y a los recursos de los que dispone. Se

destaca la necesidad de implementar estrategias de integración para incluir la salud mental y la cronicidad y promover un enfoque colaborativo para el manejo de múltiples condiciones por parte de atención primaria.

Durante las entrevistas se destaca la importancia del gestor de casos para garantizar la atención coordinada y continua de la persona, especialmente en el caso de pacientes crónicos con enfermedades orgánicas y comorbilidad mental. Se considera que la enfermería de salud mental es la más adecuada para desempeñar este rol debido a su capacidad para evaluar y manejar problemas de salud mental y coordinar la atención con otros profesionales de la salud y agentes sociales.

Existe un consenso en la necesidad de compartir la historia clínica de la persona entre los profesionales que colaboran en su atención y cuidado, incluyendo la información del ámbito social. La ley de protección de datos no debería ser un obstáculo, ya que la historia clínica pertenece a la persona y su autorización sería suficiente para compartir la información. No se considera que las barreras tecnológicas sean un problema, ya que la pandemia de COVID-19 ha impulsado la adopción de tecnologías como la telemedicina y la digitalización de registros médicos, mejorando la accesibilidad y eficiencia en la atención sanitaria.

Durante las entrevistas se enfatiza la importancia de abordar de manera integral las necesidades de los pacientes crónicos, incluyendo las sanitarias, emocionales, sociales y de estilo de vida. Se necesita una coordinación efectiva de los servicios de salud y de los profesionales para lograr este enfoque holístico. Aunque ha habido mejoras, todavía existen barreras y obstáculos que dificultan la coordinación y la colaboración entre servicios.

En las entrevistas surge la importancia de reorganizar el sistema de residencias que atienden a personas con demencia para ofrecer una cobertura adecuada y cubrir las necesidades de salud mental que a menudo quedan pendientes en el tratamiento de estas patologías. También se menciona la evidencia de deficiencias en la atención sanitaria de estas residencias durante la pandemia de COVID-19 y la necesidad de colaboración con la atención primaria.

Por otro lado, se aborda el problema de la falta de atención especializada para los trastornos mentales en adultos mayores de 65 años, que a menudo son tratados como cualquier otro paciente crónico con morbilidad orgánica. La falta de atención especializada puede tener consecuencias en el bienestar emocional y físico de estas personas, por lo que es fundamental abordar la inclusión de la salud mental en la gestión de la cronicidad para garantizar una atención adecuada.

Los entrevistados coinciden en que la toma de decisiones compartidas con las personas es importante para mejorar la calidad de la atención médica y garantizar la participación del individuo en su cuidado de salud. Se destaca la importancia de proporcionar a la persona información adecuada y respetar su decisión, incluso si decide no tomar ninguna decisión.

También se aborda el alto consumo de psicofármacos en España y su preocupante aumento a lo largo del tiempo. Durante las entrevistas, se discutió sobre los efectos secundarios y las posibles interacciones de estos medicamentos, especialmente en pacientes crónicos polimedados. Se destaca el papel del gestor de casos y del equipo de atención primaria en la gestión y conciliación de la medicación, y la importancia de una comunicación adecuada entre los profesionales de la salud en la gestión de los medicamentos de los individuos.

También se resalta la importancia de la prevención y promoción de la salud para la sostenibilidad del sistema de salud y una gestión adecuada de las enfermedades por parte de la persona. Además, se destaca la necesidad de empoderar al paciente en su propia enfermedad, especialmente en un sistema fragmentado donde la información no se comparte. Se menciona un estudio que indica que los pacientes activos, informados, formados y responsables pueden mejorar el sistema de salud al aumentar la confianza en el mismo. Se sugiere un enfoque menos paternalista que involucre al ciudadano tanto en la toma de decisiones como en el autocuidado.

Durante las entrevistas, se mencionó que la falta de profesionales sanitarios es un problema que se agravará en los próximos años debido al envejecimiento de la población y la mayor demanda de atención sanitaria y social. Se requiere una reestructuración con un enfoque integrado y coordinado para abordar los retos actuales y futuros en materia de salud y atención sanitaria. Es necesario mejorar las condiciones laborales y retributivas para atraer y retener talento y evitar la emigración de profesionales al extranjero. La baja remuneración de los profesionales respecto a otros países ha provocado la emigración de médicos, lo que representa un desafío importante para los gestores sanitarios.

Durante las entrevistas, se destaca que los planes de salud son herramientas esenciales para garantizar una gestión efectiva y eficiente del sistema de salud. Deben ser dinámicos y adaptarse a los cambios en el entorno sanitario, social y ambiental. Los planes deben incluir objetivos claros, metas específicas y estrategias detalladas para lograr una atención sanitaria de alta calidad y accesible para todos. La rendición de cuentas es considerada un elemento clave en la elaboración y ejecución de los planes de salud, asegurando la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos destinados a la atención sanitaria.

Por último, los entrevistados coinciden en la necesidad de abordar puntos urgentes en el futuro próximo, como hacer un plan de salud y social conjunto, potenciar la atención domiciliaria, compartir información entre proveedores, promover la prevención de la salud y empoderar a la persona en la gestión de su enfermedad. Destacan la necesidad de adaptar el sistema a las nuevas necesidades y elaborar protocolos específicos para la gestión del paciente crónico con comorbilidades.

En resumen, esta tesis y sus estudios respaldan las hipótesis planteadas poniendo el foco en la necesidad de implementar políticas de cronicidad que consideren la enfermedad mental como un área más de alto impacto en el sistema, y se incorporen al igual por ejemplo que la EPOC. A través de los diferentes estudios realizados, se ha observado que el tener en cuenta esta variable podría mejorar la gestión de este tipo de patologías y, por ende, el seguimiento de la enfermedad y calidad de vida de la persona. En los estudio se observa que a pesar de que existe cierta presencia tímida en la documentación, aún persisten deficiencias en su incorporación en la práctica clínica.

A pesar de manifestarse en este estudio una voluntad clara de priorizar la salud mental e integrarla dentro de las políticas de cronicidad, no siempre “el quiero va de la mano del puedo” y a pesar de la voluntad política existente, han podido haber circunstancias de diversa índole que condicionen la acción.

8. Consideraciones metodológicas y limitaciones

Esta tesis no es una tesis política, aunque sí se centra en las políticas sanitarias.

A lo largo de los tres estudios se ha pretendido mantener la objetividad y el rigor en la información presentada.

Dada la naturaleza de este tema, los estudios pueden estar influenciados por la opinión de expertos, más que fundados en datos cuantitativos objetivables; la interpretación de estos resultados puede conllevar un componente subjetivo que se ha intentado minimizar mediante herramientas metodológicas expuestas durante los trabajos de la tesis.

Un dato destacable es la escasez de publicaciones indexadas centradas en el tema de estudio de esta tesis.

Para la revisión bibliográfica se han utilizado buscadores académicos y buscadores generales habituales como pubmed, scopus, google académico, etc. pero podría haber algún documento relacionado con el tema que no estuviese indexado en esos buscadores.

Desde el inicio de esta tesis hasta la fecha de su depósito han aparecido nuevos documentos de interés que si bien no han podido ser utilizados en los estudios se han incorporado en la discusión final.

En el segundo estudio ha participado una asociación de pacientes, por lo cual la representación de las personas en el grupo experto es escasa. Esto puede significar un sesgo, dada la diferente perspectiva de gestores clínicos y usuarios. Además, también faltaría la contribución de los clínicos de primera línea.

9. Conclusiones finales de la tesis

Los tres estudios presentados muestran una notable similitud en cuanto a la identificación del problema y su tratamiento, evidenciando la importancia del tema. Sin embargo, resulta necesario reflexionar sobre las razones que obstaculizan el avance en este ámbito.

Si bien en las últimas décadas se produjeron importantes avances en Cataluña en política sanitaria, aún parece necesario realizar un mayor esfuerzo por integrar la atención a la salud mental en contexto del cuidado de las enfermedades crónicas, dado que hay una alta incidencia conjunta de estas afecciones, y la persistencia de obstáculos en el acceso a la atención. Esta integración es urgente, antes de que las enfermedades crónicas se hagan aún más prevalentes, y dificulten esta integración.

Al analizar los PdS de Cataluña, se puede observar una clara línea de trabajo para abordar la cronicidad, habiéndose conseguido una cierta coherencia en los enfoques utilizados. Sin embargo, es importante señalar que esta progresión no está suficientemente sustentada en las diferentes áreas de gestión involucradas. Dada la situación actual, y el conocimiento adquirido, es esencial reconocer la necesidad de seguir avanzando en esta integración de la cronicidad y la salud mental.

Los expertos técnicos involucrados en la integración y la cronicidad han mantenido una posición estable a lo largo de los años. En el período analizado, ha habido diferentes consejeros de diferentes partidos respaldando los PdS, lo que ha llevado a una constante alternancia política, lo que ha llevado a que ningún consejero haya implementado más de un PdS. La ausencia de continuidad puede haber llevado a la priorización de los enfoques de relato político frente a los basados en la organización y la previsión epidemiológica. Sería deseable el desarrollo de políticas a largo plazo, con amplio consenso técnico y poblacional, independientemente del sino político del momento.

En general, los PdS tienen como objetivo abordar todas las deficiencias que impactan en el sistema sanitario y, de alguna manera, intentan llegar a todas las áreas donde se requiere mejora en la cobertura del sistema. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para abordar la enfermedad orgánica crónica con comorbilidad de enfermedad mental o enfermedad mental

crónica con comorbilidad orgánica. Es evidente la corriente de opinión entre los expertos de que una reestructuración en la gestión de estas comorbilidades podría generar mejores resultados en términos de calidad y sostenibilidad del sistema de sanitario.

Una de las principales dificultades que deben enfrentar las personas con enfermedades mentales es tener que lidiar con problemas de salud orgánica al mismo tiempo. Esta condición comórbida puede afectar drásticamente tanto la calidad como la esperanza de vida. Sin embargo, se valora como preocupante que la comorbilidad orgánica-mental no sea considerada un argumento relevante en los planes de cronicidad o de salud en general.

La salud mental sigue siendo un término encubierto, ya que el ámbito de la salud es propio de la promoción y prevención, lo cual no está presente como debería en la salud mental. Se hace referencia a salud mental, pero en realidad es un enfoque al tratamiento psicopatológico. Es esencial trabajar en aspectos promotores y preventivos durante la edad "preadulta" para garantizar una buena salud mental en la sociedad del futuro. Sin embargo, no se está prestando la atención necesaria para su cuidado y prevención futura.

El área de la salud mental sigue siendo considerado un ámbito aparte, aislado. La búsqueda de la especificidad de la salud mental puede volverse en contra de las personas, ya que descuida las acciones de promoción y prevención, subestima la comorbilidad y separa la red de salud mental de la red sanitaria "orgánica". De hecho, cuanto más grave es el caso de un individuo con morbilidad mental, más tiende a ser exclusivo de la red SM y se produce una falta de coordinación en el modelo de atención integral.

Las políticas de integración social y sanitaria fracasan, ya que la coordinación entre los sistemas de salud y los servicios sociales a menudo es insuficiente, y por el hecho de que la salud mental sigue considerándose un ámbito aparte. Esto puede provocar una atención fragmentada y descoordinada, especialmente en casos de personas con múltiples necesidades de salud y sociales, lo que puede resultar en una atención insuficiente y poco efectiva. Como consecuencia, se perpetúa la brecha entre los servicios de salud mental y servicios sociales, lo que agrava aún más la situación individual.

La falta de integración puede favorecer que se perpetúe la estigmatización entre los profesionales sanitarios y la sociedad en general hacia las personas que padecen con problemas de salud mental.

Parece haber un divorcio entre la visión de los agentes involucrados en la gestión directa de estas personas y las políticas sanitarias reflejadas en los PdS.

Es crucial el papel de la atención primaria como puerta de entrada para personas con problemas de enfermedad orgánica y comorbilidad mental. Para ser más eficaces y sostenibles, es necesario reestructurar la atención primaria con una perspectiva más amplia y holística, proporcionando más recursos y formación.

Para mejorar la atención sanitaria, es fundamental que los profesionales de diferentes áreas, como la orgánica, mental y social, trabajen juntos de manera colaborativa, sin centrarse en sus propios intereses. También se requiere una reorganización de los roles profesionales para que se ajusten mejor a las necesidades actuales de las personas y del entorno.

En la actualidad, teniendo en cuenta el momento de alta tecnología en el que vivimos, se considera obsoleto y repetitivo el hecho de insistir en la importancia de compartir la historia clínica de la persona entre los diferentes profesionales que intervienen en la gestión de su vida y sus necesidades sanitarias, sociales, económicas, psicológicas, etc., tanto se trate de la sanidad pública, privada o en ambas. Como sociedad no nos podemos permitir seguir demorando la integración de los datos necesarios para una correcta gestión de la enfermedad, y para la sostenibilidad del sistema.

Es fundamental abordar la evaluación de resultados y tener acceso a todos los datos para llevar a cabo análisis globales en el ámbito de la salud, con rigurosidad y transparencia. Debemos ser capaces de tener acceso a información completa, y a poder cruzarla con datos de otras áreas. Es esencial evaluar para identificar puntos débiles y áreas en las que podemos mejorar para llegar a la excelencia como sistema sanitario.

10. Decálogo de hoy para el futuro

A continuación, y con base en los resultados de los tres estudios realizados en esta tesis, se propone un decálogo de recomendaciones con enfoque a futuro.

- 1) La salud mental en todas las políticas del *Govern de la Generalitat* para alcanzar una atención coordinada y desde abordajes multidimensionales con alcance en la prevención, la atención y la promoción del bienestar mental en la población.
- 2) Crear sinergias con otros ámbitos diferentes al sanitario, que tienen impacto en la calidad de vida de la persona con enfermedad crónica y mental como puede ser laboral, financiero, vivienda, educación, etc.
- 3) Considerar la enfermedad mental como una enfermedad crónica más, con sus peculiaridades, y que la persona que la sufre también está expuesto a comorbilidades orgánicas, eliminar la separación entre la enfermedad física y la mental, es aún más necesario detectar grupos de individuos con patologías orgánicas y mentales comórbidas para optimizar su gestión y obtener mejores resultados en salud.
- 4) Superar la división entre la atención privada y la atención pública. Agregarle información para reforzar las políticas de prevención y de promoción del bienestar mental de las personas.
- 5) Superar la fragmentación en la prestación de servicios sociales y sanitarios. Trabajar de forma colaborativa, compartiendo información, estrategias y recursos para dar mejor servicio a las personas, en el marco del Pacto Nacional por la Salud Mental.
- 6) Fomentar la promoción, prevención e información sobre la salud y la enfermedad mental con el objetivo de aumentar el autocuidado, eliminar el estigma y normalizar las situaciones desconocidas. Es fundamental fomentar el conocimiento para que las personas comprendan y acepten las distintas condiciones de enfermedad mental y orgánica. Cada individuo, independientemente de su patología, tiene derecho a recibir un tratamiento que garantice su bienestar y a recibir cuidados adecuados por parte del *Sistema Sanitari integral d'utilització Pública de Catalunya (SISCAT)*.

- 7) Usar las nuevas tecnologías para poder compartir información y aportar formación tanto a las personas como a los profesionales. Facilitar el acceso a la historia clínica con el fin de promover la comunicación para tomar decisiones compartidas.
- 8) Designar gestores de casos que ayuden a navegar por el sistema en todo el proceso a la persona, familia y cuidador, y aseguren que los planes de atención respondan a las necesidades de las personas y se lleven a cabo con efectividad.
- 9) Dar valor a los profesionales implicados, fomentar su compromiso y su capacitación a través de formación, información y retribuciones acordes a los niveles de desarrollo.
- 10) Implementar marcos evaluativos válidos y fiables que incluyan indicadores basados en PREMs y PROMs para valorar la experiencia de las personas en un abordaje más integral e integrado de su patología.

11. Aportaciones relevantes e implicaciones

Esta tesis pone luz a un tema de salud pública de primer orden desde un enfoque metodológico singular.

Esta aporta la congruencia y progresividad en las conclusiones de cada fase y las avala y valida.

Esta metodología aborda la unión desde diferentes niveles de la toma de decisiones estratégicas, ampliando la mirada de “lo que hay” y de “lo que se debe hacer”.

Todos los expertos consultados y la documentación analizada coinciden unánimemente en la importancia de incluir la salud mental en las políticas de cronicidad. Parece que sabemos lo que hay que hacer, y sabemos que es factible hacerlo. El resultado de hacerse o no hacerse se convierte en la pregunta central de futuras investigaciones

12. Líneas futuras

Generar investigación colaborativa multisectorial.

Validar y/o contrastar resultados con la mirada de las personas o de las asociaciones de los pacientes.

Validar y/o contrastar resultados con los clínicos de primera línea.

Valorar el impacto económico de la inclusión de la salud mental en el abordaje de la cronicidad.

Generar conocimiento sobre palancas que generen el cambio real de la políticas. Las más importantes en Cataluña son el plan de salud *Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP)*(122) y el Pacto Nacional por la Salud Mental.

13. Bibliografía

1. Espallargues M, Serra-Sutton V, Solans-Domènech M, Torrente E, Moharra M, Benítez D, et al. Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el sistema nacional de salud. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2016 [cited 2023 Apr 1];90:1–16. Available from: www.msc.es/resp
2. OMS (Organización Mundial de la Salud), editor. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 2015 [cited 2019 May 19]. Available from: www.who.int
3. Ngo VK, Rubinstein A, Ganju V, Kanellis P, Loza N, Rabadan-Diehl C, et al. Grand Challenges: Integrating Mental Health Care into the Non-Communicable Disease Agenda. *PLoS Med* [Internet]. 2013 May [cited 2022 Jun 12];10(5). Available from: www.plosmedicine.org
4. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. *PLoS Med* [Internet]. 2013 May 28 [cited 2020 May 17];10(5):e1001448. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1001448>
5. Consumo M de S y. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2012 [cited 2018 Dec 6]. Available from: www.msssi.gob.es
6. Centre de Terminologia. Cercaterm | TERMCAT [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura. 2022 [cited 2022 Jun 8]. Available from: https://www.termcat.cat/es/cercaterm/cronicidad?type=basic&thematic_area=&language=es
7. Blay C, Vendrell C, Julià MA, Sabater M, Ledesma A. La terminologia de la cronicitat. Denominacions, conceptes i estratègies assistencials. *Annals de Medicina* [Internet]. 2014;97:98–9. Available from: www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/160/Presentacio/
8. OMC. Cómo afrontar una enfermedad crónica | Médicos y Pacientes [Internet]. 2010 [cited 2019 May 19]. Available from: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/c%C3%B3mo-afrontar-una-enfermedad-cr%C3%B3nica>
9. Definición de enfermedad crónica - Diccionario de cáncer - National Cancer Institute [Internet]. [cited 2019 Jun 30]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/enfermedad-cronica>
10. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2019 May 19]. Available from: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. Madrid; 2017 [cited 2019 May 19]. Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
12. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 Feb [cited 2019 Jun 4];50(2):114–29. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656717305851>
13. Jimenez E, Rivera M, Martin LM, Martin V. Concepto y epidemiología de la cronicidad [Internet]. [cited 2022 Sep 3]. Available from: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Cronicidad/M1T1-Texto.pdf
14. Mariñelarena Mañeru E, Balague Gea L, Rotaeché del Campo R. Conceptos. Medicina mínimamente disruptiva. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2023 Mar 12];50(Suppl 2):4. Available from: [/pmc/articles/PMC6836913/](https://pmc/articles/PMC6836913/)
15. Siontis GCM, Tzoulaki I, Siontis KC, Ioannidis JPA. Comparisons of established risk prediction models for cardiovascular disease: systematic review. *BMJ* [Internet]. 2012 Jun 2 [cited 2023 Apr 1];344(7859). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22628003/>
16. Ioannidis JPA. More Than a Billion People Taking Statins?: Potential Implications of the New Cardiovascular Guidelines. *JAMA* [Internet]. 2014 Feb 5 [cited 2023 Mar 12];311(5):463–4. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1787389>
17. Mendis S. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra; 2014.
18. Cordero R, Fontanillo P. Health status of the elderly. Current situation.
19. Archive:Estructura demográfica y envejecimiento de la población - Statistics Explained [Internet]. Eurostat. Statistics Explained. 2020 [cited 2023 Apr 30]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estructura_demogr%C3%A1fica_y_envejecimiento_de_la_poblaci%C3%B3n&oldid=510186#El_porcentaje_de_personas_mayores_sigue_aumentando
20. Demografía de Europa. Estadísticas visualizadas. Madrid; 2021.
21. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta europea de salud en España 2020 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2020 [cited 2022 Sep 3]. Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175
22. Divo MJ, Martínez CH, Mannino DM. Ageing and the epidemiology of multimorbidity. *Eur Respir J* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2022 Nov 20];44(4):1055. Available from: [/pmc/articles/PMC4918092/](https://pmc/articles/PMC4918092/)

23. James SL, Abate D, Hassen Abate K, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 1];392:1789–858. Available from: <https://github.com/ihmeuw/>
24. Proyecciones de población 2016-20166 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística (INE). 2016 [cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
25. Departament de salut. Pla de salut de Catalunya 2021-2025. Barcelona; 2021.
26. Dirección General de Planificación en Salud. El estado de salud. Los comportamientos relacionados con la salud y el uso de servicios sanitarios en Cataluña, 2021 [Internet]. Barcelona; 2022 [cited 2022 Nov 20]. Available from: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/
27. Santaeugènia S, Contel JC, Amblàs J. The Journey from a Chronic Care Program as a Model of Vertical Integration to a National Integrated Health and Care Strategy in Catalonia. *Handbook Integrated Care* [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 27];1119–37. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-69262-9_67
28. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022 [cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/non-communicable-diseases>
29. La carga financiera de las ENT [Internet]. NCD Alliance. [cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://ncdalliance.org/es/acerca-de-las-ent/la-carga-financiera-de-las-ent>
30. Watkins DA, Msemburi WT, Pickersgill SJ, Kawakatsu Y, Gheorghe A, Dain K, et al. NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries NCD Countdown 2030 collaborators*. *Lancet* [Internet]. 2022 Mar 26 [cited 2023 Apr 30];399:1266–78. Available from: www.thelancet.com
31. Kazibwe J, Tran PB, Annerstedt KS. The household financial burden of non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Res Policy Syst* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Nov 20];19(1):1–15. Available from: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-021-00732-y>
32. Escobar ML, Griffin CC, Shaw RP, Washington DC, Griffin E/, Shaw /. The Impact of Health Insurance in Low-and Middle-Income Countries [Internet]. Washington; 2010 [cited 2022 Nov 20]. Available from: www.brookings.edu

33. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida [Internet]. 2018. Madrid; [cited 2019 May 19]. Available from: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
34. Gonçalves P, López M, Gil J. Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos [Internet]. 2014 [cited 2019 May 19]. Available from: <https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1075/INFORME%20CRONOS.pdf>
35. INE. INE: Tasa de Natalidad por comunidad autónoma, según nacionalidad (española/extranjera) de la madre(1433) [Internet]. 2019. [cited 2019 May 19]. Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1433>
36. epdata: Población en España hoy: inmigrantes, emigrantes y otros datos sobre los habitantes de España [Internet]. Europa Press. 2019 [cited 2019 May 19]. Available from: <https://www.epdata.es/datos/poblacion-espana-hoy-inmigrantes-emigrantes-otros-datos-habitantes-espana/1/espana/106>
37. Proyección de la Población de España 2014–2064 [Internet]. [cited 2019 May 19]. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
38. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Projeccions de població. Base 2021. Barcelona; 2022 Apr.
39. Soledad y vejez | Amigos de los Mayores [Internet]. [cited 2022 Dec 11]. Available from: <https://amigosdelosmayores.org/es/soledad-vejez>
40. Schiaffino A, Medina A. Enquesta de salut de Catalunya 2020. Direcció General de Planificació en Salut. 2021;
41. Santaeugenia S, Barbeta C, Amblas J, Benedi M, Contel JC, Plaza A, et al. Atenció Integrada Social i Sanitària (PAISS). Barcelona; 2022.
42. Contel JC, Ledesma A, Blay C, González Mestre A, Cabezas C, Puigdollers M, et al. Chronic and integrated care in Catalonia. *Int J Integr Care* [Internet]. 2015 Jun 29 [cited 2019 May 19];15(2). Available from: <http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.2205/>
43. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaache Del Campo R, Sánchez Gómez S, Casariego Vales E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Aten Primaria* [Internet]. 2014 [cited 2023 Jan 3];46(7):385–92. Available from: www.elsevier.es/apARTÍCULOESPECIAL
44. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* [Internet]. 2009 [cited 2023 Apr 2];7(4):357–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19597174/>

45. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* [Internet]. 2012 Jul 7 [cited 2019 May 19];380(9836):37–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22579043>
46. Fabbri LM, Boyd C, Boschetto P, Rabe KF, Buist AS, Yawn B, et al. How to Integrate Multiple Comorbidities in Guideline Development. [cited 2023 Jan 3]; Available from: www.atsjournals.org
47. Orueta JF, Nuño-Solinís R, García-Alvarez A, Alonso-Morán E. Prevalence of multimorbidity according to the deprivation level among the elderly in the Basque Country. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 3];13:1. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/918>
48. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 2];380(9836):37–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22579043/>
49. McDaid D, Park A La. Counting All the Costs: The Economic Impact of Comorbidity. *Key Issues in Mental Health* [Internet]. 2015 [cited 2023 Apr 2];179:23–32. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/365941>
50. Blay C, Limon E. bases de un modelo catalan de atención a las personas con necesidades complejas [Internet]. Barcelona; 2017 [cited 2023 Apr 6]. Available from: https://scientia-salut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases_modelo_catalan_atencion_personas_necesidades_complejas_2017_cas.pdf?sequence=5
51. Gérvas JJ. La reforma de la atención primaria en españa: una propuesta pragmática. *Gac Sanit*. 1989 Jan 1;3(13):476–81.
52. Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS. *Ops*. 1978;8–10.
53. Cortaredona S, Ventelou B. The extra cost of comorbidity: multiple illnesses and the economic burden of non-communicable diseases. *BMC Med* [Internet]. 2017 Dec 8 [cited 2023 Apr 2];15(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29221453/>
54. Gerteis J, Izrael D, Deitz D, LeRoy L, Ricciard R, Miller T, et al. Multiple Chronic Conditions Chartbook. 2010 Medical Expenditure Panel Survey Data [Internet]. Cambridge; 2014 Apr [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/prevention-chronic-care/decision/mcc/mccchartbook.pdf>

55. Integrated care for older people Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [Internet]. Switzerland; [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
56. Espallargues M, Serra-Sutton V, Solans-Domènech M, Torrente E, Moharra M, Benítez D, et al. Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el sistema nacional de salud. *Rev Esp Salud Publica*. 2016;90:1–16.
57. Bengoa Rentería R. El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar. *Gac Sanit*. 2015;29(5):323–5.
58. Wagner EH. CHRONIC DISEASE MANAGEMENT SPECIAL EDITOR Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? [Internet]. Vol. 1, Wash Effective Clinical Practice. 1998 [cited 2019 Jun 8]. Available from: <https://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>
59. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2008 May [cited 2023 Apr 30];27(3):759–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18474969/>
60. Bodenheimer T. Revitalizing Primary Care, Part 2: Hopes for the Future. *Ann Fam Med* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2023 Apr 30];20(5):469–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36228059/>
61. Roure C. Avances en gestión clínica: Del Triple Aim al Cuadruple Aim [Internet]. Avances en gestión clínica. 2015 [cited 2023 Apr 30]. Available from: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2015/03/del-triple-aim-al-quadruple-aim.html>
62. Bengoa R. Entorno externo cambiante, entorno interno empantanado [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 9]. Available from: www.risai.org
63. Vela E, Clèries M, Vella VA, Adroher C, García-Altés A. Population-based analysis of the Healthcare expenditure in Catalonia (Spain): what and who consumes more resources? *Gac Sanit*. 2019 Jan 1;33(1):24–31.
64. Hayes SL, Salzberg CA, McCarthy D, Radley D, Abrams MK, Shah T, et al. High-Need, High-Cost Patients: Who Are They and How Do They Use Health Care? A Population-Based Comparison of Demographics, Health Care Use, and Expenditures - PubMed. *Commonw Fund* [Internet]. 2016 Aug [cited 2023 Apr 6];1–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27571599/>
65. Coderch J, Sánchez-Pérez I, Ibern P, Carreras M, Pérez-Berrueto X, Inoriza JM. Predicción del riesgo individual de alto coste sanitario para la identificación de pacientes crónicos complejos. *Gac Sanit* [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2023 Apr 6];28(4):292–300. Available

from: <http://www.gacetasanitaria.org/es-prediccion-del-riesgo-individual-alto-articulo-S0213911114000806>

66. Santaeugènia SJ, Contel JC, Vela E, Cleries M, Amil P, Melendo-Azuela EM, et al. Characteristics and Service Utilization by Complex Chronic and Advanced Chronic Patients in Catalonia: A Retrospective Seven-Year Cohort-Based Study of an Implemented Chronic Care Program. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Aug 27];18(18). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34574394/>
67. Marti T, Monguet JM, Trejo A. Collective health policy making: a priority setting and policy monitoring application in the Catalan National Health System. Boston: Collective Intelligence. 2014;77.
68. Contel Segura JC, Martínez Roldan J. La atención a personas con enfermedades crónicas complejas y frágiles. [Internet]. *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes*, 2011, ISBN 978-84-8086-728-3, págs. 311-330. Elsevier; 2011 [cited 2019 Jun 4]. 311–330 p. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6009304>
69. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2009 [cited 2019 Jun 8];28(1):75–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19124857>
70. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Serv Res* [Internet]. 2002 Jun 1 [cited 2019 Jun 8];37(3):791–820. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1475-6773.00049>
71. Health Organization Regional Office for Europe W. Integrated care models: an overview Working document [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 9]. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
72. Nuño Solinís R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* [Internet]. 2007 Apr 1 [cited 2019 Jun 30];5(2):175–348. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-buenas-practicas-gestion-sanitaria-el-13107524>
73. Contel J, Martín Zurro A. Abordaje de la cronicidad. *Compendio de Atención Primaria*. Elsevier; 2016. 71–83 p.
74. Varela J. 5x1. 5 Intensidades de provisión para 1 sanidad más valiosa. Primera. Gesclinvar Consulting GCV, editor. Barcelona; 2019.
75. Ruiz B, Blay C, Amo I. Estudio de los elementos clave en el desarrollo de políticas de atención a la cronicidad en España. 2020.

76. Nolte E, Knai C, Saltman RB. Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches [Internet] - PubMed [Internet]. Copenhagen; 2014 [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29019637/>
77. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Critical view and argumentation on chronic care programs in Primary and Community Care. *Aten Primaria*. 2018 Feb 1;50(2):114–29.
78. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022 [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
79. Invertir en salud mental [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2004 [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42897>
80. Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Estratègies 2017-2020. Pla director de salut mental i addiccions [Internet]. Barcelona; 2017 Jun [cited 2022 Jul 3]. Available from: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicas/linies_dactuacio/estrategies_salut/salut_mental_i_addiccions/
81. Kestel D, Van Ommeren M, Lewis S, Freeman M, Chisholm D, Gascoigne Siegl O. Transformar la salud mental para todos. 2022.
82. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* [Internet]. 2019 Jul 20 [cited 2023 Apr 6];394(10194):240–8. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673619309341/fulltext>
83. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M, et al. Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychol Med* [Internet]. 2005 Nov [cited 2023 Apr 5];35(11):1655–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16219123/>
84. OMS. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Internet]. Ginebra; 2022 [cited 2023 Apr 5]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
85. Pla director de salut mental i addiccions. Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025 [Internet]. Barcelona; 2021 Jul [cited 2023 Jan 25]. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/6319/pla_prevencio_suicidi_catalunya_2021_2025_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
86. WHO. Trastornos mentales [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022 [cited 2023 Apr 6]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

87. European Union. Health at a Glance: Europe 2018 [Internet]. 2018 [cited 2020 May 17]. Available from: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
88. Garcia FM, Cruz M. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria [Internet]. Madrid; 2017 [cited 2023 Apr 6]. Available from: <https://cpage.mpr.gob.es/>
89. Henares Montiel J, Ruiz-Pérez I, Sordo L, Henares Montiel J, Ruiz-Pérez I, Sordo L. Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. Gac Sanit [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2023 Apr 9];34(2):114–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
90. Thom J, Bretschneider J, Kraus N, Handerer J, Jacobi F. Healthcare epidemiology of mental disorders: Why is the prevalence not declining despite growing provision of care? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz [Internet]. 2019 Feb 6 [cited 2023 Apr 6];62(2):128–39. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-018-2867-z>
91. Ferrari A. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2023 Apr 9];9(2):137–50. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2215036621003953/fulltext>
92. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology. 2011 Sep;21(9):655–79.
93. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). J Clin Psychiatry [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2023 Apr 9];76(2):155–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25742202/>
94. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026 [Internet]. Madrid; 2022 [cited 2023 Apr 9]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
95. Seva A. El coste de las patologías psiquiátricas en España: un seguimiento de 26 años y 10.974 ingresos en una Unidad Psiquiátrica de Corta Estancia de un hospital general. The European journal of psychiatry (edición en español) [Internet]. 2002 [cited 2023 Apr 9];16(1):57–67. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

96. Lopez Casasnovas G. La salud mental. Entre lo dicho y lo hecho. Barcelona; 2018.
97. Naylor C, Parsonage M, Mcdaid D, Knapp M, Fossey M, Galea A. Long-term condition and mental health. The cost of co-morbidities. The Kings Fund. 2012 Feb;
98. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* [Internet]. 2007 Sep 8 [cited 2023 Apr 6];370(9590):851–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17826170/>
99. Goodell S, Druss BG, Reisinger E. Mental Disorders and Medical Comorbidity Office of Evidence-based Learning View project Engaging Patients with Mental Disorders from Emergency Departments into Outpatient Care: A Comparative Effectiveness Workforce Study View project. Robert Wood Johnson Foundation [Internet]. 2011 [cited 2023 Apr 4]; Available from: www.policysynthesis.org
100. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *The Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):859–77.
101. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. 2007.
102. Rubio-Valera M, Fernández A, Evans-Lacko S, Luciano J V, Thornicroft G, Aznar-Lou I, et al. Impact of the mass media OBERTAMENT campaign on the levels of stigma among the population of Catalonia, Spain. *European Psychiatry*. 2016 Jan 1;31:44–51.
103. Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A, Baker S, Brohan E, el Chammay R, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet* [Internet]. 2022 Oct 22 [cited 2023 May 9];400(10361):1438–80. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673622014702/fulltext>
104. Aznar-Lou I, Serrano-Blanco A, Fernández A, Luciano J V, Rubio-Valera M. Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 Feb 9 [cited 2023 May 9];16(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26861632/>
105. BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Internet]. Madrid; 1986. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
106. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria Cataluña [Internet]. Barcelona: Parlamento de Cataluña; Jul 9, 1990. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1990/BOE-A-1990-20304-consolidado.pdf>
107. Bodenheimer TS, Berry-Millett R. Care management of patients with complex health care needs - PubMed. *Synth Proj Res Synth Rep* [Internet]. 2009 Dec 16 [cited 2023 Apr 9]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22052205/>

108. Manchester J, Schwabish JA. The Long-Term Budget Outlook in the United States and the Role of Health Care Entitlements. *Natl Tax J* [Internet]. 2010 [cited 2023 Apr 9];63(2):285–305. Available from: <https://ideas.repec.org/a/ntj/journal/v63y2010i2p285-305.html>
109. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. Copenhagen; 2010.
110. Department of Economic and Social Affairs Population Division World Population Ageing 2013 United Nations • New York, 2013.
111. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2011 [cited 2023 Apr 5];85. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002
112. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2007 [cited 2023 Apr 9]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
113. Martínez I. Orden del día: Consejo Interterritorial. Madrid; 2017.
114. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). Sanidad privada. Aportando valor. [Internet]. Madrid; 2022 [cited 2023 May 7]. Available from: https://www.fundacionidis.com/uploads/informes/informe_sanidad_privada_aportando_valor_2022.pdf
115. Instituto para el Desarrollo e Integración Sanitaria (IDIS). Aproximación a la salud mental en España. Madrid; 2023.
116. Sistema Nacional Salud. Salud mental: Organización y Dispositivos. Madrid; 2007.
117. Tresserras R, Castell C, Sanchez E, Salleras L. Health targets and priorities in Catalonia, Spain. *Eur J Public Health* [Internet]. 2000 Dec [cited 2022 Aug 27];10(4 SUPPL.):51–6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/242615854_Health_targets_and_priorities_in_Catalonia_Spain
118. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2007. Planificación y programas sanitarios [Internet]. 2007 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2007/planificacion.pdf>
119. World Health Organization (WHO). Thirty year Retrospective of Catalan Health Planning. Driver of Health System Transformation. 2020 [cited 2022 Aug 22]; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/357862/WHO-EURO-2020-5551-45316-64858-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
120. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. Declaración de Alma-Ata. . In: Pan American Health Organization [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 7]. Available from: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

121. Villalbi J, Tresserras R. Evaluación de políticas y planes de salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2011 [cited 2022 Aug 23];25 (Supl 1):17–24. Available from: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911111700048>
122. Generalitat de Catalunya. Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública. Barcelona; 2017.
123. Departament de la presidència. ACORD GOV/91/2019, de 25 de juny, pel qual es crea el Pla d'atenció in [Internet]. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* 2019. Available from: <https://www.gencat.cat/dogc>
124. Generalitat de Catalunya. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Barcelona; 2017.
125. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona; 1993 May.
126. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1997 Apr.
127. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1999 Sep.
128. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 2002-2005. Barcelona; 2003 Oct.
129. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Barcelona,;
130. Ministerio de Sanidad SS e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2012 [cited 2022 Jun 8]. Available from: www.msssi.gob.es
131. Ministerio de Sanidad PS e I. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid; 2009.
132. Ngo VK, Rubinstein A, Ganju V, Kanellis P, Loza N, Rabadan-Diehl C, et al. Grand Challenges: Integrating Mental Health Care into the Non-Communicable Disease Agenda. *PLoS Med*. 2013 May 14;10(5):e1001443.
133. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616> [Internet]. 2007 Feb [cited 2023 Feb 25];8(1):19–32. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>
134. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* [Internet]. 2010 Sep 20 [cited 2023 Feb 25];5(1):69. Available from: [/pmc/articles/PMC2954944/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC2954944/)

135. Informe anual del sistema nacional de salud 2007. 2007.
136. Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 Aug 1 [cited 2022 Jun 8];19(4):277–85. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911105747816>
137. Document Marc: Pla de salut de Catalunya 1991 [Internet]. Scientia. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1991 [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7303>
138. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 [Internet]. Barcelona; 2012. Available from: www.gencat.cat/salut
139. Departament de salut. El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014. Barcelona; 2015.
140. World Health Organization. Salud para todo en el año 2000: Estrategia mundial. In: 34ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. 1981 [cited 2023 Mar 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196909/WHA34_5_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
141. Ferrer C, Orozco D, Roman P, Gutierrez R, Nuño R. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012 [cited 2023 Jan 22].
142. Comissió Interdepartamental de Salut. Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública. Barcelona; 2017 May.
143. COMSalut: comunitat i salut. [Internet]. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). [cited 2023 Mar 11]. Available from: https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/comsalut_comunitat_i_salut/
144. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Salut Integral Barcelona [Internet]. Generalitat de Catalunya. [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://salutintegralbcn.gencat.cat/ca/ambits/atencio-social-i-sanitaria/pla-interdepartamental-datencio-in-interaccio-social-i-sanitaria-piaiss>
145. Aguado-Blázquez H, Cerdà-Calafat I, Argimon-Pallàs JM, Murillo-Fort C, Canela-Soler J. [Satisfaction survey of CatSalut-PLAENSA(©). Strategies to incorporate citizens' perception of the quality of the service in health policies]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2011 [cited 2023 May 13];137 Suppl 2:55–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22310365/>
146. PERIS: Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut [Internet]. Barcelona; 2016 Jul [cited 2023 Mar 11]. Available from: <https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/hand->

le/11351/3304/plan_estrategico_investigacion_innovacion_salud_2016_2020_cas.pdf?sequence=6&isAllowed=y

147. Iglesias FH, Celada CA, Navarro CB, Morales LP, Visus NA, Valverde CC, et al. Complex Care Needs in Multiple Chronic Conditions: Population Prevalence and Characterization in Primary Care. A Study Protocol. *Int J Integr Care* [Internet]. 2018 May 25 [cited 2023 Mar 4];18(2):16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30127700>
148. Saura P, Masachs E, Bosser R, Tresserras R, Garcia O, Clave B, et al. Retrospectiva de trenta anys de la planificació sanitària a Catalunya El motor de transformació del sistema de salut Febrer de 2020 [Internet]. Departament de salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona; 2020 Feb [cited 2023 Jan 22]. Available from: salutweb.gencat.cat
149. Agència de Salut Pública de Catalunya. AMED [Internet]. Generalitat de Catalunya. [cited 2023 Jan 25]. Available from: <http://www.amed.cat/es/>
150. Departament de Salut. Pla Integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS) [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2008 [cited 2023 Jan 25]. Available from: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/sobre_lagencia/Plans_estrategics/PAAS/presentacio_paas/documentos_sobre_el_paas/diptic_paas.pdf
151. Canal Salut. Empresa promotora de salut. Canal Salut [Internet]. Generalitat de Catalunya. [cited 2023 Jan 26]. Available from: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/empresa-promotora-salut/>
152. Direcció Estratègica de l'Atenció Primària de Salut, Direcció General de Planificació en Salut, Àrea Assistencial del CatSalut, Subdirecció General de Promoció de la Salut – Secretaria de Salut Pública, Pla director de salut mental i addicions. Programa de benestar emocional i salut comunitària a l'atenció primària de salut [Internet]. Barcelona; 2021 Sep [cited 2023 Jan 25]. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/7029/programa_benestar_emocional_salut_comunitaria_atencio_primaria_salut_comunitaria_2021.pdf?sequence=4&isAllowed=y
153. Fossati C, Torre G, Vasta S, Giombini A, Quaranta F, Papalia R, et al. Physical Exercise and Mental Health: The Routes of a Reciprocal Relation. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Jan 26];18(23). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34886090/>
154. Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J, Cerezo Espinosa de los Monteros J, Canet Fajas C, Magallón Botaya R, Coronado-Vázquez V, et al. Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. *Gac Sanit* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2023 May 13];33(6):554–62. Available from:

- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000600554&lng=es&nrm=iso&tlng=es
155. Mateu I Serra A. [Health in all policies and intersectoriality in health promotion: the Public Health Interdepartmental Plan of Catalonia]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2023 May 13];145 Suppl 1:34–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26711060/>
 156. La salut als barris - ASPB - Agència de Salut Pública de Barcelona [Internet]. Agència de Salut Pública. [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://www.aspb.cat/arees/la-salut-en-xifres/la-salut-als-barris/>
 157. Colom J, Estrada M, Ibar AI, Ruiz G, Segura L, Hilarión P. Pla de drogues i adiccions comportamentals 2019-2023. Barcelona; 2019.
 158. Terraza Núñez R, Vargas I, María L, Navarrete LV. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* [Internet]. 2006 [cited 2023 Jan 27];20(6):485–95. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 159. Lasmarías C, Aradilla-Herrero A, Santaeugènia S, Blay C, Delgado S, Ela S, et al. Development and implementation of an advance care planning program in Catalonia, Spain. *Palliat Support Care* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2023 May 13];17(4):415–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30289094/>
 160. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, et al. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 Aug 16 [cited 2023 May 13];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31420029/>
 161. Amil Bujan P, Gonzalez Mestre A. Programa Cuidador Expert Catalunya®: una estratègia per potenciar l'autorresponsabilitat del cuidador i el foment de l'autocura. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.
 162. González Mestre A. Programa Pacient Expert Catalunya®: una estratègia per potenciar l'autorresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.
 163. Masachs E, Bossier R, Clave B, Tresserras R. Avanzar en la planificación estratégica del sistema de salud de Cataluña. Recomendaciones OMS en el horizonte 2030 - Observatori La gestió importa. *Avances en gestión sanitarias* [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 4]; Available from: <http://lagestioimporta.cat/arees/avanzar-en-la-planificacion-estrategica-del-sistema-de-salud-de-cataluna-recomendaciones-oms-en-el-horizonte-2030/?lang=es>

164. Constante C. El Plan de Salud de Cataluña: instrumento transformador del sistema de salud. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2015 Nov [cited 2022 Aug 23];145 (Supl 1):20–6. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S0025775315300336>
165. Padrosa JM, Guarga À, Brosa F, Jiménez J, Robert R. [The transformation of the health-care model in Catalonia to improve the quality of care]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2023 May 13];145 Suppl 1:13–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26711056/>
166. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2023 May 1];24(10):608–10. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/24/10/608>
167. Bullich-Marín Í, Vela-Vallespín E, Santaeugènia-González S, Melendo-Azuela EM. The use of resources and health expenditures by people with advanced chronic diseases in Catalonia. *Aten Primaria*. 2019 Dec 1;51(10):661–2.
168. Bullich-Marín I, Sánchez-Ferrín P, Cabanes-Duran C, Salvà-Casanovas A. Social and health resources in Catalonia. Current situation. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2023 Apr 2];52(6):342–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28336082/>
169. Baska A, Kurpas D, Kenkre J, Vidal-Alaball J, Petrazzuoli F, Dolan M, et al. Social prescribing and lifestyle medicine—a remedy to chronic health problems? *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 1;18(19).
170. Basora J, Villalobos F, Pallejà-Millán M, Babio N, Goday A, Zomeño MD, et al. Deprivation index and lifestyle: Baseline cross-sectional analysis of the predimed-plus catalonia study. *Nutrients*. 2021 Oct 1;13(10).
171. Gruber J, Lordan G, Pilling S, Propper C, Saunders R. The impact of mental health support for the chronically ill on hospital utilisation: Evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2022 Feb 1;294.
172. Druss BG, Goldman HH. Integrating Health and Mental Health Services: A Past and Future History. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18020169> [Internet]. 2018 Apr 25 [cited 2023 May 1];175(12):1199–204. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2018.18020169>
173. Colls C, Mias M, García-Altés A. A deprivation index to reform the financing model of primary care in Catalonia (Spain). *Gac Sanit*. 2020 Jan 1;34(1):44–50.
174. Baltaxe E, Cano I, Herranz C, Barberan-Garcia A, Hernandez C, Alonso A, et al. Evaluation of integrated care services in Catalonia: Population-based and service-based real-life deployment protocols. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jun 11;19(1).

175. Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012 Mar 1;26(SU-PPL.1):94–101.
176. Mas M, Miralles R, Heras C, Ulldemolins MJ, Bonet JM, Prat N, et al. Designing a Person-Centred Integrated Care Programme for People with Complex Chronic Conditions: A Case Study from Catalonia. *Int J Integr Care* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 28];21(4). Available from: /pmc/articles/PMC8622001/
177. Damian AJ, Gallo JJ. Models of care for populations with chronic conditions and mental/behavioral health comorbidity. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2018 Nov 2 [cited 2023 May 1];30(6):157–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30862204/>
178. Schiøtz ML, Høst D, Frølich A. Involving Patients with Multimorbidity in Service Planning: Perspectives on Continuity and Care Coordination. <https://doi.org/10.15256/joc2016681> [Internet]. 2016 Sep 16 [cited 2023 Jan 28];6(2):95–102. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.15256/joc.2016.6.81>
179. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Carmen Fernández Alonso M del, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2023 Apr 4];50:83–108. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevencion-trastornos-salud-mental-atencion-S0212656718303640>
180. Huguet XB, Sánchez JR, Grao AP. Primary health care teams management models according to the supplier and the effects on its dynamics in catalonia. *Rev Esp Salud Publica.* 2019;93.
181. Amblas J, Banque M, Benaque A, Boada A, Comin J, Conte JC, et al. Ruta assistencial de complexitat 2.0 (PCC/MACA) a Catalunya Definició de la ruta i proposta de desplegament. 2022.
182. Dades àmbit de salut mental i addiccions 2017. Observatori del sistema de salut de Catalunya. [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 28]. Available from: <http://observatorisalut.gencat.cat>
183. Garattini L, Barbato A, D'Avanzo B, Nobili A. Including mental health care in a model of European health system. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2023 Feb 20;32:e12.
184. Salinas-Pérez JA, Gutiérrez-Colosia MR, Romero López-Alberca C, Poole M, Rodero-Cosano ML, García-Alonso CR, et al. Everything is on the map: Integrated Mental Health Atlases as support tools for service planning. SESPAS Report 2020. *Gac Sanit.* 2020 Jan 1;34:11–9.

185. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012 Feb 1;44(2):107–13.
186. Santaeugenia S. Atención integrada salud y social: definición, retos y techos de vidrio - Observatori La gestió importa [Internet]. *Avances en gestión clínica*. 2021 [cited 2023 May 1]. Available from: <http://lagestioimporta.cat/arees/atencion-integrada-salud-y-social-definicion-retos-y-techos-de-vidrio/?lang=es>
187. Garattini L, Martini MB, Nobili A. Integrated care: The right way for the future? *Recenti Prog Med*. 2021 Oct 1;112(10):615–8.
188. de Batlle J, Massip M, Vargiu E, Nadal N, Fuentes A, Bravo MO, et al. Implementing Mobile Health-Enabled Integrated Care for Complex Chronic Patients: Patients and Professionals' Acceptability Study. *JMIR Mhealth Uhealth* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2023 May 13];8(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33216004/>
189. Monguet Fierro JM, Trejo Omeñaca A, Martí T, Escarrabill J. Health consensus: a digital adapted Delphi for healthcare. *International Journal of User-Driven Healthcare (IJUDH)* [Internet]. 2017 Sep 13 [cited 2023 Jan 15];7(1):27–43. Available from: <https://upcommons.upc.edu/handle/2117/108316>
190. Brugues A, Catalan A, Jodar A, Monguet J, Trejo A. Consenso online sobre prescripción enfermera entre profesionales de la salud. *RISAI*. 2016;8(1).
191. Fraguas D, Zarco J, Balanzá-Martínez V, Blázquez García JF, Borràs Murcia C, Cabrera A, et al. La humanización en los planes de salud mental en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health* [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 4]; Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-avance-resumen-la-humanizacion-planes-salud-mental-S1888989121000987>
192. Blay C, Limón E, Meléndez A. Chronicity, professionalism and the palliative care crossroads. *Medicina Paliativa*. 2017 Jan 1;24(1):1–3.
193. Santaeugènia SJ, Contel JC, Vela E, Cleries M, Amil P, Melendo-Azuela EM, et al. Characteristics and service utilization by complex chronic and advanced chronic patients in catalonia: A retrospective seven-year cohort-based study of an implemented chronic care program. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2023 Jan 28];18(18). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35464881/>
194. Malmusi D, Muntaner C, Borrell C, Suhrcke M, O'Campo P, Julià M, et al. Social and Economic Policies Matter for Health Equity: Conclusions of the SOPHIE Project. *Int J Health Serv* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2023 Feb 5];48(3):417–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29895205/>

195. BOE.es - BOE-A-2021-8806 Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales. [Internet]. [cited 2023 Feb 5]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-8806>
196. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Ginebra; 1998.
197. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2023 Feb 4];5(7):591–604. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29773478/>
198. Singh V, Kumar A, Gupta S. Mental Health Prevention and Promotion—A Narrative Review. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 Jul 26 [cited 2023 Feb 4];13:898009. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39360426/>
199. Hernández Zambrano SM, Amezcua M, Gómez Urquiza JL, Hueso Montoro C. Cómo elaborar Guías de Recomendaciones de Autocuidado para Pacientes y Cuidadores (GRAPyC). *Index de Enfermería* [Internet]. 2015 [cited 2023 Apr 7];24(4):245–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
200. Bucci S, Schwannauer M, Berry N. The digital revolution and its impact on mental health care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2023 Feb 5];92(2):277–97. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/papt.12222>
201. Faux-Nightingale A, Philp F, Chadwick D, Singh B, Pandyan A. Available tools to evaluate digital health literacy and engagement with eHealth resources: A scoping review. *Heliyon* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2023 Feb 5];8(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36090207/>
202. Añel Rodríguez RM, García Alfaro I, Bravo Toledo R, Carballeira Rodríguez JD. Historia clínica y receta electrónica: riesgos y beneficios detectados desde su implantación. Diseño, despliegue y usos seguros. *Aten Primaria* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Feb 5];53(Suppl 1):102220. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/358721342/>
203. Buisán L, Espeleta I. La historia clínica compartida y el ejercicio de la autonomía de las personas en sanidad. *Rev Bioet Derecho* [Internet]. 2016 [cited 2023 Feb 5];(37):51–68. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872016000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
204. Alsulamy N, Lee A, Thokala P, Alessa T. Views of stakeholders on factors influencing shared decision-making in the Eastern Mediterranean Region: a systematic review. [cited 2023 Feb 5]; Available from: <https://doi.org/10.26719/emhj.20.139>

205. Peralta Munguía L, Ruiz Moral R, Castillo Obeso J. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria. [Santander]: Universidad de Cantabria; 2010.
206. Departament de salut. Manejo de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, desprescripción y adherencia. [Internet]. Barcelona; 2014 [cited 2023 Feb 5]. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1477/medicacion_paciente_cronico_catalu%C3%B1a_cas_2014.pdf?sequence=9&isAllowed=y
207. Dirección General de Planificación en Salud. El estado de salud, los comportamientos relacionados con la salud y el uso de servicios sanitarios en Cataluña, 2021. Departament de Salut Generalitat de Catalunya [Internet]. 2022 Jun [cited 2023 Feb 5]; Available from: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/
208. Sans S, Paluzie / G, Puig / T, Balañá / L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit.* 2002;16(2):121–30.
209. DomEnech-Briz V, Gomez Romero RG, Miguel-Montoya I, Juarez-Vela R, Martinez-Riera JR, Marmol-Lopez MI, et al. Results of Nurse Case Management in Primary Health Care: Bibliographic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Dec 2 [cited 2023 Feb 5];17(24):1–17. Available from: [/pmc/articles/PMC7766905/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3766905/)
210. Benítez D, Caro JM, Salvat M, Moharra M. Bones pràctiques: Gestió Infermera de la Demanda. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya Departament de Salut Generalitat de Catalunya [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 11]; Available from: <http://aquas.gencat.cat>
211. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica* [Internet]. 2013 Jul 1 [cited 2023 Mar 26];2(7):162–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-la-entrevista-recurso-flexible-dinamico-S2007505713727066>
212. Borrell Carrió F. Manual de entrevista clínica para atención primaria [Internet]. DOYMA, editor. 1989 [cited 2023 Mar 26]. Available from: www.semefyc.es
213. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa [Internet]. Madrid: Ediciones Morata, S.L.; 2007 [cited 2023 Feb 18]. Available from: www.edmorata.es
214. Meuser M, Nagel U. Entrevistas a expertos. *Qualitativ-empirische Sozialforschung* [Internet]. 1991 [cited 2023 Apr 10];441–71. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-322-97024-4_14
215. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. SAGE Publications; 1994. 338 p.

216. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? [Internet]. 2000 [cited 2023 Mar 26]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-240X%28200008%2923%3A4%3C334%3A%3AAID-NUR9%3E3.O.CO%3B2-G>
217. Benavides MO, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2005 [cited 2023 Apr 7];34(1):118–24. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
218. Coates D, Coppleson D, Travaglia J. Factors supporting the implementation of integrated care between physical and mental health services: an integrative review. <https://doi.org/10.1080/1356182020201862771> [Internet]. 2021 [cited 2023 May 7];36(2):245–58. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2020.1862771>
219. Ferrer Dufol C, Tarí García A, Rivases Aunés A, Collado Sarto C, Gómez Batalla A. Aplicaciones a la cronicidad en salud mental de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Rev San Hig Púb. 1992;66(3–4):187–95.
220. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Carmen Fernández Alonso M del, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPs 2018. Aten Primaria. 2018 May 1;50:83–108.
221. Naylor C, Das P, Ross S, Honeyman M, Thompson J, Gilbert H. Bringing together physical and mental health A new frontier for integrated care. The King's Fund. 2016;
222. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España | Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/#>
223. García Díez S, De Nicolás Valdés M, Diéguez Varela C, Fernández Martínez P, Suárez Gil P, Navarro Rodríguez Y. Impact of COVID-19 lockdown on the prescription of benzodiazepines. Aten Primaria [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2023 Apr 10];55(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36599201/>
224. March Cerdà JC. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2023 Apr 9];30(1):1–3. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-pacientes-empoderados-una-mayor-confianza-S1134282X15000056>
225. Lifschitz E, Del Llano JE, Rovira J, González B, Magro F. Remuneraciones de los médicos en la Unión Europea, España y Comunidades Autónomas. Madrid; 2020 Sep.

226. Pérez V, Elices M, Prat B, Vieta E, Blanch J, Alonso J, et al. The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2023 May 13];268:201–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32174478/>

14. Anexos

Anexo 1: Carta aceptación CER

Universitat Internacional
de Catalunya

Comitè d'Ètica
de Recerca

UIC
barcelona

APROVACIÓ PROJECTE PEL CER/ APROBACIÓN PROYECTO POR EL CER

Codi de l'estudi / Código del estudio: IUP-2022-01
Versió del protocol / Versión del protocolo: 2.0
Data de la versió / Fecha de la versión: 10/10/22

Sant Cugat del Vallès, 19 de gener de 2022

Doctorand/o: Isabel Amo Mora

Directors/es: Dr. Carles Blay Pueyo, Dr. Boi Ruiz García

Títol de l'estudi / Título del estudio: La cronicidad en enfermedad mental: políticas y modelos de atención integrados y centrados en la persona y la comunidad

Benvolgut/da,

Valorat el projecte presentat, el CER de la Universitat Internacional de Catalunya, considera que, el contingut de la investigació, no implica cap inconvenient relacionat amb la dignitat humana, tracte ètic per als animals ni atempta contra el medi ambient, ni té implicacions econòmiques ni conflicte d'interessos, no s'han valorat els aspectes metodològics sense implicacions ètiques del projecte de recerca, degut a que tal anàlisi correspon a d'altres instàncies

Per aquests motius, el Comitè d'Ètica de Recerca, RESOLT FAVORABLEMENT, emetre aquest CERTIFICAT D'APROVACIÓ, per que pugui ser presentat a les instàncies que així ho requereixin.

Em permeto recordar-li que, si en el procés d'execució es produís algun canvi significatiu en els seus plantejaments, hauria de ser sotmès novament a la revisió i aprovació del CER.

Atentament,

Apreciado/a,

Valorado el proyecto presentado, el CER de la Universidad Internacional de Catalunya, considera que, el contenido de la investigación, no implica ningún inconveniente relacionado con la dignidad humana, trato ético para los animales, ni atenta contra el medio ambiente, ni tiene implicaciones económicas ni conflicto de intereses, pero no se han valorado aspectos metodológicos sin implicaciones éticas del proyecto de investigación, debido a que tal análisis corresponde a otras instancias.

Por estos motivos, el Comité d'Ètica de Recerca, RESUELVE FAVORABLEMENTE, emitir este CERTIFICADO DE APROBACIÓN, para que pueda ser presentado a las instancias que así lo requieran.

Me permito recordarle que, si el proceso de ejecución se produjera algún cambio significativo en sus planteamientos, debería ser sometido nuevamente a la revisión y aprobación del CER.

Atentamente,

Secretaria CER-UIC

NOGALES
GADEA
NOELIA
53288914F

Firmado digitalmente por
NOGALES GADEA NOELIA
53288914F
Número de reconocimiento
(CNI: c=ES,
serialNumber=DCEES-532889
14F, givenName=NOELIA,
sn=NOGALES GADEA,
o=NOGALES GADEA
NOELIA - 53288914F
Fecha: 2022.01.19 15:27:13
+01'00'

Anexo 2: Estudio 1. Bibliografías seleccionadas

Aguado-Blázquez, H., Cerdà-Calafat, I., Argimon-Pallàs, J.M., Murillo-Fort, C., Canela-Soler, J. [Satisfaction survey of CatSalut-PLAENSA(©). Strategies to incorporate citizens' perception of the quality of the service in health policies]. [Article@Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA(©). Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud.] (2011) *Medicina clínica*, 137 Suppl 2, pp. 55-59.

Ambblas J, Banque M, Benaque A, Boada A, Comin J, Contel JC, et al. Ruta asistencial de complexitat 2.0 (PCC/MACA) a Catalunya. Definició de la ruta i proposta de desplegament. 2022

Baltaxe E, Cano I, Herranz C, Barberan-Garcia A, Hernandez C, Alonso A, et al. Evaluation of integrated care services in Catalonia: Population-based and service-based real-life deployment protocols. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jun 11;19(1).

Baska A, Kurpas D, Kenkre J, Vidal-Alaball J, Petrazzuoli F, Dolan M, et al. Social prescribing and lifestyle medicine—a remedy to chronic health problems? *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 1;18(19).

Basora J, Villalobos F, Pallejà-Millán M, Babio N, Goday A, Zomeño MD, et al. Deprivation index and lifestyle: Baseline cross-sectional analysis of the predimed-plus catalonia study. *Nutrients*. 2021 Oct 1;13(10).

Blay C, Limón E, Meléndez A. Chronicity, professionalism and the palliative care crossroads. *Medicina Paliativa*. 2017 Jan 1;24(1):1–3.

Borrell, C., Peiró, R., Ramón, N., Pasarín, M.I., Colomer, C., Zafra, E., Alvarez-Dardet, C. Socioeconomic inequalities and health plans in the Autonomous Communities of Spain [Article@Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español.] (2005) *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 19 (4), pp. 277-285. Cited 27 times.

Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Carmen Fernández Alonso M del, García Campayo J., Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*. 2018

Bullich-Marín Í, Vela-Vallespín E, Santauegènia-González S, Melendo-Azuela EM. The use of resources and health expenditures by people with advanced chronic diseases in Catalonia. *Aten Primaria*. 2019 Dec 1;51(10):661–2.

Bullich-Marín, I., Sánchez-Ferrín, P., Cabanes-Duran, C., Salvà-Casanovas, A. Social and health resources in Catalonia. Current situation [Article@Recursos sociosanitarios en Cataluña. Situación actual] (2017) *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 52 (6), pp. 342-347. Cited 4 times.

Colls C, Mias M, García-Altés A. A deprivation index to reform the financing model of primary care in Catalonia (Spain). *Gac Sanit*. 2020 Jan 1;34(1):44–50.

Constante I Beitia, C. The Health Plan for Catalonia: An instrument to transform the health system [Article@El Plan de Salud de Cataluña: instrumento transformador del sistema de salud] (2015) *Medicina Clinica*, 145, pp. 20-26. Cited 3 times.

Coronado-Vázquez, Valle, et al. "Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España." *Gaceta Sanitaria* 33.6 (2019): 554-562.

De Batlle J, Massip M, Vargiu E, Nadal N, Fuentes A, Bravo MO, et al. Implementing mobile health-Enabled integrated care for complex chronic patients: Patients and professionals' acceptability study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020 Nov 1;8(11).

Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 [Internet]. Barcelona; 2012. Available from: www.gencat.cat/salut

Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Barcelona.;

Departament de salut. Pla de salut de Catalunya 2021-2025. Barcelona; 2021.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 2002-2005. Barcelona; 2003 Oct.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1999 Sep.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1997 Apr.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona; 1993 May.

Garattini L, Barbato A, D'Avanzo B, Nobili A. Including mental health care in a model of European health system. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2023 Feb 20;32:e12.

Garattini L, Martini MB, Nobili A. Integrated care: The right way for the future? *Recenti Prog Med*. 2021 Oct 1;112(10):615–8.

Garcia-Codina, O., Juvinyà-Canal, D., Amil-Bujan, P., Bertran-Noguer, C., González-Mestre, M.A., Masachs-Fatjo, E., Santauegènia, S.J., Magrinyà-Rull, P., Saltó-Cerezuela, E. Determinants of health literacy in the general population: Results of the Catalan health survey (2019) *BMC Public Health*, 19 (1), art. no. 1122, . Cited 55 times.

Gómez-Batiste X, Blay C, Broggi MA, Lasmarías C, Vila L, Amblàs J, et al. Ethical challenges of early identification of advanced chronic patients in need of palliative care: The catalan experience. *J Palliat Care*. 2018 Jan 1;33(4):247–51.

González Mestre A. Programa Pacient Expert Catalunya®: una estratègia per potenciar l'autoresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.

Gruber J, Lordan G, Pilling S, Propper C, Saunders R. The impact of mental health support for the chronically ill on hospital utilisation: Evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2022 Feb 1;294.

Huguet XB, Sánchez JR, Grao AP. Primary health care teams management models according to the supplier and the effects on its dynamics in catalonia. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;93.

Iglesias FH, Celada CA, Navarro CB, Morales LP, Visus NA, Valverde CC, et al. Complex Care Needs in Multiple Chronic Conditions: Population Prevalence and Characterization in Primary Care. A Study Protocol. *Int J Integr Care* [Internet]. 2018 May 25 [cited 2023 Mar 4];18(2):16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30127700>

Lasmarías C, Aradilla-Herrero A, Santauegènia S, Blay C, Delgado S, Ela S, et al. Development and implementation of an advance care planning program in Catalonia, Spain. *Palliat Support Care*. 2019 Aug 1;17(4):415–24.

Mateu I Serra, A. Health in all policies and intersectoriality in health promotion: The Public Health Interdepartmental Plan of Catalonia [Article@Salud en Todas las Políticas e intersectorialidad en la promoción de la salud: el Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) de Catalunya] (2015) *Medicina Clinica*, 145, pp. 34-37. Cited 2 times.

Ngo VK, Rubinstein A, Ganju V, Kanellis P, Loza N, Rabadan-Diehl C, et al. Grand Challenges: Integrating Mental Health Care into the Non-Communicable Disease Agenda. *PLoS Med* [Internet]. 2013 May [cited 2022 Jun 12];10(5). Available from: www.plosmedicine.org

Padrosa, J.M., Guarga, À., Brosa, F., Jiménez, J., Robert, R. The transformation of the healthcare model in Catalonia to improve the quality of care [Article@La transformación del modelo asistencial en Catalunya para mejorar la calidad de la atención] (2015) *Medicina Clinica*, 145, pp. 13-19. Cited 3 times.

Pérez V, Elices M, Prat B, Vieta E, Blanch J, Alonso J, et al. The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide. *J Affect Disord*. 2020 May 1;268:201–5.

Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Salut Integral Barcelona [Internet]. Generalitat de Catalunya. [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://salutintegralbcn.gencat.cat/ca/ambits/atencio-social-i-sanitaria/pla-interdepartamental-datencio-in-interaccio-social-i-sanitaria-piaiss>

Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP). Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) [Internet]. [cited 2023 Jan 28]. Available from: https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/

Salinas-Pérez JA, Gutiérrez-Colosia MR, Romero López-Alberca C, Poole M, Rodero-Cosano ML, García-Alonso CR, et al. Everything is on the map: Integrated Mental Health Atlases as support tools for service planning. *SESPAS Report 2020*. *Gac Sanit*. 2020 Jan 1;34:11–9.

Santaeugenia S, Barbeta C, Amblas J, Benedi M, Contel JC, Plaza A, et al. Atenció Integrada Social i Sanitària (PAISS). Barcelona; 2022.

Santaeugènia SJ, Contel JC, Vela E, Cleries M, Amil P, Melendo-Azuela EM, et al. Characteristics and service utilization by complex chronic and advanced chronic patients in catalonia: A retrospective seven-year cohort-based study of an implemented chronic care program. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 1;18(18).

Séculi, E., Brugulat, P., Martínez, V., Medina, A., Juncà, S., Martínez, D., Tresserras, R. Health planning in Catalonia 1990-2000. Some keys to afford future [Article@La planificación de la salud en Cataluña, 1990-2000. Algunas claves para afrontar el futuro] (2003) *Medicina Clinica*, 121 (SUPPL.1), pp. 4-9.

Sedano, E. The Catalan Model Of The Public Health System As A Framework For Carrying Out Experiences Of Managed Care In Spain (1999) *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 33 (1), pp. 303-307.

Tresserras, R., Castell, C., Sanchez, E., Salleras, L. Health targets and priorities in Catalonia, Spain (2000) *European Journal of Public Health*, 10 (4 SUPPL.), pp. 51-56. Cited 3 times.

Vázquez, M. Luisa, et al. "Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012." *Gaceta Sanitaria* 26 (2012): 94-101.

Vela E, Clèries M, Vella VA, Adroher C, García-Altés A. Population-based analysis of the Healthcare expenditure in Catalonia (Spain): what and who consumes more resources? *Gac Sanit*. 2019 Jan 1;33(1):24–31.

Waibel S, Vargas I, Coderch J, Vázquez ML. Relational continuity with primary and secondary care doctors: A qualitative study of perceptions of users of the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res.* 2018 Apr 10;18(1).

World health Organization (WHO). Thirty year Retrospective of Catalan Health Planning. Driver of Health System Transformation. 2020 [cited 2022 Aug 22]; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/357862/WHO-EURO-2020-5551-45316-64858-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anexo 3: Estudio 2. Invitación participación Delphi Online

Apreciado, Dr/a Sr/a

Me pongo en contacto con usted de parte del Dr. Boi Ruiz, Director de la Cátedra de Políticas Sanitarias de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC), para invitarle a formar parte del “Consenso con metodología Delphi en tiempo real sobre políticas sanitarias de cronicidad en salud mental: Estudio CROSAM”.

El estudio CROSAM, de la *Cátedra de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud de la Universitat Internacional de Catalunya*, pretende analizar y evaluar la perspectiva de las estrategias de cronicidad en salud mental, específicamente, entre los expertos especialistas en esta área.

El estudio CROSAM, basado en metodología Delphi en tiempo real, o Smart Delphi, tiene por objetivo propiciar el debate y consenso, con tal de seleccionar y priorizar indicadores en el ámbito de las políticas sanitarias de cronicidad en salud mental.

El método Smart Delphi permite la identificación de factores impulsores, obstaculizadores, o procesos de alta incertidumbre, para revelar aspectos significativos en fases preliminares de implementación, de innovaciones o de reformas organizativas complejas.

En el estudio CROSAM, se prevé que participen unos 70 profesionales expertos en cronicidad y salud mental (administración sanitaria, gestores, técnicos, enfermería, médicos asistenciales, profesionales del entorno social, asociaciones de pacientes, economistas de la salud) con un total de 32 preguntas a responder sobre las políticas de cronicidad en salud mental.

Se realizó un estudio piloto con el mismo formulario entre el 3 y 7 de diciembre: se requiere entre 15 y 20 minutos para completar el formulario.

El estudio CROSAM se podrá completar entre el 17 de diciembre y el 23 de diciembre.

Todos los expertos del estudio CROSAM serán partícipes del consenso, aunque sus respuestas y comentarios sean anónimos, salvo que nos indique lo contrario.

Aspectos prácticos:

Para poder participar, adjuntamos un enlace con un código de acceso.

Enlace: <https://app.smartdelphi.com/code>

Código de acceso: **FPX3640**

Con respecto a la cumplimentación del Delphi:

- El sistema automáticamente generará un usuario y contraseña (único y personal) para utilizar durante todo el proceso del Delphi; **guárdelos** para poder volver a entrar en el estudio, ver resultados y evolución, modificar su opinión, etc).
- Todas las respuestas son **anónimas**.
- Duración estimada: 15-20 minutos.
- Utilizar preferiblemente navegadores como **Google Chrome o Firefox**.
- Puede hacer una pausa y continuar en otro momento, utilizando siempre el mismo enlace y código en el mismo dispositivo y navegador (de lo contrario volverá a comenzar de nuevo), entrando con su usuario y contraseña.

Después de votar cada enunciado, podrá:

- Visualizar el posicionamiento y acuerdo obtenido hasta ese momento.
- Cambiar su voto/opinión, si lo considera oportuno.
- Añadir comentarios debajo de cada enunciado y de las gráficas del consenso. Sus comentarios son muy importantes para nosotros, enriquecerán el estudio CROSAM, y lo animamos a expresar libremente su opinión. Puede expresar su opinión, formular críticas, propuestas, etc.

Su participación es muy importante para el estudio CROSAM. Iremos informando de la evolución del estudio.

Quedamos a la espera de recibir sus comentarios.

Muchísimas gracias por su participación.

Anexo 4: Estudio 2. Comentarios participantes

A continuación, se detallan los comentarios realizados por los participantes durante la elaboración del Delphi Online en el estudio 2.

Pregunta 1 y 2.

“Las políticas de cronicidad tendrían que especificar propuestas de protección, prevención y promoción de la salud que tengan en cuenta también a la salud mental”

Tabla 40. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 1 y 2.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>Trabajamos día a día para que sea una realidad</i>
<i>Els nous perfils incorporats a l'AP podran ajudar a aquesta visió més holística, els problemes de salut mental i, sobretot, de l'esfera emocional són molt freqüents.</i>
<i>Las políticas de cronicidad en este ámbito deberían incorporar una perspectiva de derechos humanos. Si no lo hacen, continuaremos en un marco de políticas de cronificación.</i>
<i>Es factible si se prioriza incorporar esfuerzos en la detección precoz y manejo de personas con problemas de salud mental de forma multidisciplinar.</i>
<i>La visión holística de la persona implica entender la salud como un estado en continuo proceso donde los aspectos biológicos y psicosociales se encuentran en interrelación permanente. Por ello no se entiende que pueda hablarse de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sin tener en cuenta los aspectos de salud mental. El problema es seguir parcelando todavía hoy la formación y la atención a los pacientes sin tener en cuenta esta visión integral</i>
<i>Para ello hay que reconocer el valor que aporta el trabajo social sanitario: se tienen a que su ámbito de intervención lo hagan otras profesiones.</i>
<i>Es factible siempre que se aproveche la enfermera de atención primaria con sus competencias en promoción, prevención primaria y secundaria, y se dé un lugar en su día a día a abordar este aspecto. Para ello esta estrategia tiene que abordarse desde tres niveles mínimos: formación a las enfermeras en actualización de conocimientos y estandarización de las actividades, poner un cuadro de mando a los equipos de atención primaria para rendir cuentas, y promover la interrelación entre el ámbito de salud mental y primaria.</i>
<i>De acuerdo, pero no solo a las enfermeras: equipos multidisciplinarios que incorporen el Trabajo social sanitario.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Tabla 41. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 1 y 2

Comentarios Destacados PRIORIDAD
<p><i>Actualmente, pese a que cada vez existe mayor cultura de la atención centrada en la persona y la mirada holística, cabe destacar que no identificamos (los profesionales), una ruta o una estrategia clara a abordar para los problemas de salud mental dentro de la cronicidad como sí identificamos, por ejemplo, con las insuficiencias de órgano, avanzadas o con la planificación de decisiones anticipadas, por poner ejemplos.</i></p>
<p><i>Sencillamente importante, necesaria la integración de la atención a la salud mental como una prioridad en las políticas de salud, que yo me atrevería a decir que tienen que integrar también una visión mucho más transversal de la atención, incluyendo el concepto de salud pública y comunitaria con políticas socio-sanitarias conjuntas. Creo que el error actual es no tener en cuenta los aspectos sociales y comunitarios en la salud de las personas cuando sabemos que son los principales determinantes. Precisamente el bienestar emocional y mental está muy vinculado a este concepto. Para mí, por ejemplo, los centros de salud deberían ser centros de atención primaria y salud pública y comunitaria y debería existir un mayor presupuesto destinado a este trabajo integrador.</i></p>
<p><i>Se requiere una política integrada de salud mental, iniciada e impulsada desde el ámbito comunitario. Las políticas de prevención pertenecen fundamentalmente al ámbito comunitario y son transversales. En caso de no hacerlo, el sistema sanitario acaba (como ya se ve en larga estancia psiquiátrica) asumiendo ámbitos de atención que son sociales y comunitarios.</i></p>
<p><i>Los dos sistemas necesitan ser transformados desde una visión única, la de las necesidades de atención de los pacientes. Es indispensable.</i></p>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 3 y 4.-

“Las políticas de cronicidad tendrían que contemplar la reducción de desigualdades sociales, incorporando en este abordaje la salud mental.”

Tabla 42.- Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 3 y 4

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>Las desigualdades sociales no las podemos trabajar exclusivamente desde los departamentos de salud, y los departamentos más implicados no siempre están por la labor, por lo que la factibilidad es menor.</i>
<i>Factible es. Falta voluntad política.</i>
<i>Pese a que sería urgente reducir la variabilidad y la desigualdad social en materia de salud mental y cronicidad, lo cierto es que no lo veo tan factible como otras medidas. La complejidad del sistema y la heterogeneidad del mismo, lo dificultan. Por otro lado, precisamos de un compromiso político real y transversal que apueste por la inversión en los problemas de salud y sociales prevalentes de la población, y vea la importancia de dar respuesta a estas necesidades.</i>
<i>Como citaba en el comentario de la primera pregunta, es un proyecto de gran complejidad que requiere una voluntad política compartida y alianzas estratégicas con los distintos agentes implicados. En la situación política actual es poco probable que se den las condiciones citadas.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Tabla 43. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 3 y 4

Comentarios Destacados PRIORIDAD
<i>Creo que es un aspecto muy importante que hay que abordar en un proyecto de atención integrada.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 5 y 6.-

“Para las personas con comorbilidad crónica orgánica y mental, tendrían que definirse propuestas que promuevan las prácticas colaborativas entre ámbitos asistenciales, sanitarios y sociales.”

Tabla 44.- Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 5 y 6.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<p><i>Como siempre, falta voluntad política. Los servicios están fragmentados (en ámbitos y prestadores de servicios).</i></p>
<p><i>Pienso que las políticas que se plantean desde los gobiernos no se ajustan a hacer realidad las prácticas colaborativas. Los profesionales que trabajamos en equipos multidisciplinares y nos coordinamos con distintos ámbitos (habitualmente el social), vemos todos los días plasmado en la realidad la falta de recursos sociales para la población más vulnerable. El hecho de que las prestaciones dependan en parte de los ayuntamientos (ley dependencia) por ejemplo, revierte en la población en grandes desigualdades sociales, la falta de plazas de residencias públicas geriátricas, la falta de recursos para personas con discapacidad intelectual y sus cuidadores /monitores. Las listas de espera para CSMA, SEMSDI..etc. Sinceramente pienso que la mirada integrada de las personas se ha de proyectar en las políticas de gobierno para hacerlas realidad. Es por ello por lo que he puesto una factibilidad baja. No tengo claro que dependa de los profesionales sino más bien de los pactos políticos.</i></p>
<p><i>Nos preguntáis si es factible, y factible es. Otra cosa es que los profesionales, que no las personas y sus familias, no lo facilitemos. ¿Cuándo hablamos de servicios sanitarios incluimos atención social? No se puede olvidar que hay trabajo social en el sistema sanitario, en el de justicia y en el de educación. ¿A efectos de la pregunta os referís exclusivamente a Servicios Sociales? ¿Se incluyen las asociaciones de afectados y familiares en el ámbito asistencial social? Tampoco olvidar la acción protectora de la seguridad social, la política de empleo y la de vivienda.</i></p>
<p><i>Aunque la situación de ambos sistemas pone en evidencia la necesidad de hacer realidad el modelo de atención integrada, las condiciones del entorno social y político lo condicionan en gran medida. Para hacerlo de forma correcta se tendrían que modificar la ley de bases de los dos sistemas y elaborar una única ley que de cobijo al sistema de atención integrada.</i></p>
<p><i>Presupuesto específico para la atención integrada. Al final todo se reduce desgraciadamente a quien paga.</i></p>

Nota*: Tabla autogenerada.

Tabla 45. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 5 y 6

Comentarios Destacados PRIORIDAD
<i>Por su necesidad, impacto y complejidad.</i>
<i>Son pacientes en que su abordaje es especialmente complejo y difícil, requieren de respuestas específicas que permitan darles la atención que precisan.</i>
<i>Prioridad máxima para esta acción, si se añade el factor envejecimiento y la necesidad de atención asistencial. Tanto para las personas que viven en el domicilio como las que viven en residencias. Las residencias de salud mental son No asistidas, entonces eso conlleva que si la persona presenta enfermedad mental y orgánica y además necesita de apoyos para sus necesidades básicas debe ser derivada hacia un recurso de gente mayor. Esto supone grandes dificultades de adaptación para la persona en un momento vital donde el entorno tiene una gran importancia para su seguridad física y mental; y para los profesionales, ya que no están especializados en salud mental.</i>
<i>Estoy de acuerdo con el comentario sobre el límite de edad.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 7 y 8.

“En personas con comorbilidad orgánica y enfermedad mental, las políticas en cronicidad tendrían que incorporar alianzas del sistema sanitario con otros sectores (social, económico, laboral, jurídico...).”

Tabla 46. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 7 y 8.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>El sector sanitari i el social haurien de treballar plegats, governança única.</i>
<i>¿De qué manera se puede abordar la cronicidad desde un marco de exclusión social de las personas cronificadas?</i>
<i>Alguien entendió hace tiempo que mientras existiera un dispositivo asistencial que recogiera todo el malestar y necesidad percibida e intentara dar respuesta eso era suficiente. El problema generado se llama en parte sobrecarga de atención primaria</i>
<i>Sí. Se trata de realizar política social, entendida como el conjunto de decisiones y acciones de los gobiernos para favorecer a los ciudadanos con más dificultades.</i>
<i>Sí, para dar una respuesta holística se precisan de estas alianzas, especialmente con el laboral y el jurídico</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 9 y 10.

“Las políticas de cronicidad tendrían que especificar objetivos para el abordaje de la enfermedad mental crónica, tengan o no comorbilidad orgánica.”

Tabla 47. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 9 y 10.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>El concepto está mal planteado. Es incluso contrario a las propuestas de la organización Mundial de la Salud. Es imposible un cambio si no se deja atrás el reduccionismo biomédico que nos habla de “enfermedad mental crónica”.</i>
<i>Sin objetivos difícilmente hay ruta.</i>
<i>Si la atención integrada ha de ser universal y adaptada a las necesidades de las personas, en función de su edad o condición de salud y social</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Tabla 48.- Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 9 y 10.

Comentarios Destacados PRIORIDAD
<i>Si partimos de una premisa errónea, los objetivos pueden ser contraproducentes.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 11 y 12.

“Los planes de cronicidad tendrían que proponer estrategias de base comunitaria para la desinstitucionalización de las personas, incluyendo las que padecen una enfermedad mental.”

Tabla 49. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 11 y 12.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>Un model comunitari necessita un molt bon suport social al domicili dels pacients.</i>
<i>Las resistencias a un abordaje de base comunitario, centrado en la persona y basado en derechos son tan obvios que este propio estudio las reproduce en la manera como están formuladas las preguntas (reduciendo los problemas de salud mental a una enfermedad).</i>
<i>Imprescindible. Importante una política social de vivienda en salud mental. Hay distintas experiencias que se pueden escalar. Importantes acciones que fomenten el capital social.</i>
<i>Creo que hay que favorecer el máximo de autonomía e integración comunitaria. pero dependiendo de la cronicidad hay que garantizar también servicios residenciales de larga duración para según qué casos.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Tabla 50.- Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 11 y 12.

Comentarios Destacados PRIORIDAD
<i>Pienso que garantizar centros residenciales de larga estancia es importante para algunos pacientes crónicos con escasos apoyos familiares, por ejemplo, casos de alcoholismo crónico y edad avanzada.</i>
<i>Llevamos década tras década elaborando planes de desinstitucionalización de usuarios de Salud Mental. Y la desinstitucionalización está todavía en planes de desarrollo... Habría que rescatar los numerosos planes elaborados desde hace décadas por profesionales, grupos de trabajo, instituciones sanitarias, grupos políticos, asociaciones profesionales y asociaciones de usuarios y familiares, para poder evaluar qué ha estado pasando. ¿porque cualquier plan sanitario avanza generalmente a buena marcha a excepción de lo relacionado con la Salud Mental?.... daría para un Delphi monográfico, y para varias tesis.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 13 y 14.

“Las herramientas de gestión digital de la cronicidad (Historia clínica compartida, La Meva Salut...) tendrían que considerar las singularidades de las personas que padecen enfermedad mental crónica.”

Los participantes no realizaron comentarios en esta pregunta.

Pregunta 15 y 16.-

“Los paquetes de indicadores en cronicidad tendrían que incluir la enfermedad mental de una manera apropiada.”

Tabla 51.- Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 15 y 16.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>A medida que avanza parece más claro que el CROSAM es un estudio para promover las políticas de cronificación, no de prevención de la cronicidad.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 17 y 18.

“Se tendría que disponer de una historia clínica compartida sanitaria y social es relevante para las personas con enfermedad mental crónica.”

Tabla 52.- Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 17 y 18.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>Molt important. Necessita consens en quins aspectes compartir i en quins no.</i>
<i>Necesario no lo dudo. En Salud Mental creo, que a la práctica, necesita más recorrido.</i>
<i>La Ley Orgánica de Protección de Datos, en su reciente adaptación a la normativa europea, ha generado una barrera en la compartición de datos entre prestación de servicios por equipos multidisciplinares de distintas administraciones públicas. La interpretación que hacen los responsables de gestión de datos hace que compartir datos entre servicios sociales, servicios de salud, servicios educativos, servicios de justicia... para dar una atención integrada sea una quimera de años de solución. Es un sin sentido que la ciudadanía nos pida atención integrada, compartiendo información, y los servicios asistenciales no puedan hacerlo por la complejidad jurídica de una norma que protege los derechos del ciudadano. Algunos aspectos deben cambiar, si esto no ocurre, la atención integrada se podrá hacer pero en parte, y con los riesgos que conlleva.</i>
<i>Imprescindible.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Tabla 53.- Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 17 y 18.

Comentarios Destacados PRIORIDAD
<i>Pienso que garantizar centros residenciales de larga estancia es importante para algunos pacientes crónicos con escasos apoyos familiares, por ejemplo, casos de alcoholismo crónico y edad avanzada.</i>
<i>Llevamos década tras década elaborando planes de desinstitutionalización de usuarios de Salud Mental. Y la desinstitutionalización está todavía en planes de desarrollo... Habría que rescatar los numerosos planes elaborados desde hace décadas por profesionales, grupos de trabajo, instituciones sanitarias, grupos políticos, asociaciones profesionales y asociaciones de usuarios y familiares, para poder evaluar qué ha estado pasando. ¿porque cualquier plan sanitario avanza generalmente a buena marcha a excepción de lo relacionado con la Salud Mental?.... daría para un Delphi monográfico, y para varias tesis.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 19 y 20.

“Las estrategias públicas de cronicidad tendrían que promover la coordinación con los proveedores privados de atención a la enfermedad mental crónica. (Proveedores que paga directamente la persona).”

Tabla 54.- Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 19 y 20.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>Si es complejo coordinar el ámbito público, es menos factible conseguir la integración con el ámbito privado.</i>
<i>Si el centro es la persona, no lo dudo. Prioritario también, pero teniendo en cuenta todo lo que se ha de construir, creo que viene después de sentar las bases con los proveedores públicos.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 21 y 22.

“En las personas con enfermedad mental crónica se tendría que promover los modelos de toma de decisiones compartidas.”

Tabla 55. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 21 y 22.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>Si queremos respetar el marco jurídico de derechos humanos y alinearnos con las políticas de la OMS, No hay que promover las decisiones compartidas, sino las decisiones con apoyo. No cuesta nada poner los conceptos de manera apropiada. Hay que respetar la voluntad y preferencias de las personas. ¿Compartidas cómo en un marco de asimetría de poder? ¿Es compartida la decisión de seguir una pauta de medicación cuando la alternativa es que te expulsen de un programa o recurso habitacional? “Supported decision making” es la política de la OMS. Hay un tremendo sesgo en este estudio.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 23 y 24.

“Se tendría que promover estrategias de revisión y conciliación de la polifarmacia en pacientes consumidores de psicofármacos.”

Tabla 56.- Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 23 y 24.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>Es muy importante para evitar la sobremedicación.</i>
<i>Se agradece una pregunta con perspectiva de prevención y abordaje de la cronicidad. La primera que es clara en ese aspecto. Muchas personas están cronificadas por la sobremedicación que sufren desde hace años o décadas.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 25 y 26.

“El modelo de atención a los pacientes con enfermedad mental crónica y necesidades complejas se tendría que homogeneizar con el enfoque para Pacientes Crónicos Complejos (PCC).”

Tabla 57. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 25 y 26.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>Cal incloure aquest perfil de pacients a les Rutes de Complexitat dels territoris.</i>
<i>Son realidades distintas, aunque en ambos casos hablemos de complejidad.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 27 y 28.-

“El perfil profesional del gestor de casos que atiende a una persona con comorbilidad orgánica y mental crónica tendría que depender de las necesidades de cada persona en concreto.”

Tabla 58. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 27 y 28.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>L'important es que existeixi aquesta figura de GdC a tots els nivells assistencials i sigui fàcilment localitzable.</i>
<i>En el entorno en el que nos encontramos pienso que el perfil que más se ajusta a la ACP es el de la enfermera. Tiene competencias y formación específica para tratar a las personas desde todas las vertientes en colaboración con otros profesionales y por ello es un elemento nuclear en la atención a la complejidad. Engloba muchas competencias que dan respuesta a necesidades de salud clínicas, sociales y contextuales y vertebrar procesos asistenciales con todos los profesionales de salud implicados (comunidad, médico de familia, trabajo social, PADES, atención intermedia, etc)..</i>
<i>Podría ser una opción que diferentes perfiles profesionales desarrollen las funciones de GC, y que según las características en un momento dado, se pueda abordar con un perfil u otro de gestión de casos. Hay experiencias de equipos de gestión de casos con diferentes perfiles profesionales. No obstante, esto actualmente no es una realidad en el entorno catalán, y se apuesta por un perfil de GC único. Este perfil es de la enfermera GC. La gestión de casos es un proceso de trabajo colaborativo y también puede ser una práctica clínica avanzada, por lo que en este perfil de pacientes complejos incluida en esta complejidad el problema mental, el perfil de gestión de casos enfermero puede ser uno de los que mejor puedan abordar esta metodología con el abordaje clínico incluido, ya que además la base de formación de la enfermera es el abordaje integral de la persona que en interacción con su entorno tiene experiencias de salud.</i>
<i>Gestión de casos es una metodología. Evidentemente, las necesidades de las personas (habríamos de definir que entendemos por necesidades) influyen en la respuesta de gestión.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 29 y 30.

“Las políticas de cronicidad en patología mental crónica tendrían que estar alineadas con las de la cronicidad relacionadas con patologías orgánicas.”

Tabla 59. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 29 y 30.

Comentarios Destacados PRIORIDAD
<i>Si las políticas de cronicidad no están alineadas con las de cronicidad en patologías orgánicas, después de tantas y tantas vueltas al tema y de los cientos de grupos de trabajo, informes emitidos, papers publicados etc.... es evidente que el factor estigma, aunque cueste de asumir, todavía persiste en los gestores de política sanitaria... Las necesidades de la cronicidad en salud mental, requiere altas capacidades de creatividad, adaptación y personalización de la atención, y altas dosis de "RRHH" y altas dosis de coordinación interdepartamental con otros agentes "no sanitarios". La gestión de políticas sanitarias en el cuidado de la cronicidad tiene que asumir que la balanza de gastos se inclina en lado de la estructura de personal.....todos lo sabemos, conocemos las ratios, lo teorizamos y defendemos. Pero la cruda realidad es que a pesar de los años que llevamos hablando en esta línea de pensamiento, los resultados siguen siendo exiguos...</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Pregunta 31 y 32.

“La Historia Clínica Compartida, y la central de resultados de Cataluña tendría que incluir la información de la actividad que prestan todos los proveedores privados.”

Tabla 60. Comentarios participantes sobre factibilidad pregunta 31 y 32.

Comentarios Destacados FACTIBILIDAD
<i>Necesario, sí. Muchos operadores privados actúan en servicios sociales, por lo que se requiere también de su desarrollo. ¿Según la propuesta, los indicadores de servicios sociales estarían en la central de resultados? Llegar a una única central de resultados con los datos asistenciales del ámbito de servicios sanitarios y servicios sociales (incluyendo el tercer sector) es imprescindible y factible, pero me temo que aún queda camino a recorrer. Entiendo que hablamos de servicios privados con subvención pública, ya que privados creo que son pocos.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Tabla 61. Comentarios participantes sobre prioridad pregunta 31 y 32.

Comentarios Destacados PRIORIDAD
<i>Sí, pero con el mismo condicionante que se ha comentado antes con relación a la factibilidad.</i>

Nota*: Tabla autogenerada.

Anexo 5: Estudio 3. Traducción verbatis

Prácticas colaborativas

E2: "Hablamos de vivienda aquí o no, en el trabajo, por ejemplo, en derechos, en justicia, es decir, desde este punto de vista todo el mundo tiene un valor prioritario. Ciertamente factible lo es poco, como no cambien estructuras que van mucho más allá del mundo de la salud y del mundo social propiamente."

E2: "Lo que también es cierto cuando lo miras desde la macro gestión, como mencionaste antes, es que los cambios no suceden de la noche a la mañana. Son cambios que llevan tiempo, ya que hay que vencer resistencias que puedan existir, situaciones establecidas, etcétera. Pero es factible claramente porque es una visión muy centrada en la salud y en la sociedad."

E3: "...cuando tienes, en el ámbito sanitario y social, cuando tienes dos departamentos que están financiando esto y tienes un centro, al cual se le cobra una tarifa sanitaria y otra tarifa social, con diferentes niveles de necesidades que se van transformando de manera muy clara. Es decir, hay momentos en que es muy sanitario y un poco social, y luego va disminuyendo, y lo sanitario... normalmente no disminuye, se mantiene, pero lo social que había empezado muy bajo, pues cada vez es más grande y al final [...] puede haber 40,000 combinaciones que pueden ocurrir en estas circunstancias, entonces, claro, cuesta mucho entender que esto está bajo dos batutas cuando estamos hablando de la misma persona."

E1: "Creo que sería lo ideal que hubiera cursos de formación para ellos, porque los docentes que están en contacto continuamente con los alumnos podrían detectarlo, porque puede haber familias que no lo detecten. Y entonces, creo que en colegios grandes, y tal vez en..."

Cambios organizativos

E2: "Las necesidades sociales cada vez avanzan más porque también cada vez nos hacemos más mayores, porque cada vez estamos más dependientes, porque cada vez tenemos más cronicidad en el sentido entendido de la comorbilidad, etcétera.... Por lo tanto, la atención primaria en su organización también debe cambiar y este es uno de los retos que tiene el país claramente."

E1: "El enfermo crónico es un enfermo que en un momento puede tener unas necesidades sociales, y aquí es cuando atraviesa la puerta del departamento... pero sigue siendo un enfermo."

E1: *"Bueno, es que deberían haber estos recursos sociales más medicalizados que otros."*

E2: *"Hay una necesidad en la ciudadanía y ésta es clara, porque la gente, su problema social, no empieza una vez termina el problema de salud o al revés, el problema de salud empieza cuando termina lo social, esto es un continuo."*

E4: *"...en general, las enfermedades crónicas si no tienes resuelto el contexto laboral y el contexto social son mucho más duras que las otras enfermedades."*

E1: *"... comorbilidad con otros, por ejemplo, pues... Bueno, cardiopatías, etcétera. Y aquí es también donde parece que cuesta un poco que el sistema haga esa continuidad con el paciente, es como que está allí en el psiquiátrico y entonces no..."*

E4: *"Lo que más ayuda a la colaboración es estar juntitos."*

E2: *"Creo que este es uno de los grandes problemas que en estos momentos tenemos que afrontar, que es la integración social y sanitaria, especialmente en los entornos de cronicidad y de salud mental. Cuando antes estaba hablando, por ejemplo, de salud mental o hablaba de vivienda, de derechos, estamos hablando, por ejemplo, de todo lo que es un ámbito social y esto es una integración clara."*

E2: *"...es que habrá gente que tal vez no tenga capacidad para trabajar, o no tendrá capacidad o la vivienda en sí misma."*

E3: *"... cómo logramos que vivan su vida con cierta normalidad... ¿no? y, por tanto, son políticas que van en el ámbito de la salud mental, también en el ámbito sanitario, en el ámbito de la educación, en el ámbito de la vivienda, en el ámbito de..."*

E4: *"... la enfermedad crónica y añades trastorno mental, si añades problemas sociales, cronicidad social, laborales, etc. Tienen mucho menos ingresos."*

E4: *"Esto tiene, bueno, en general, las enfermedades crónicas si no tienes resuelto el contexto laboral y el contexto social son mucho más duras que las otras enfermedades. [...] si esto lo tiene que sostener mucho la familia o sólo la familia y los amigos, [...]. Entonces hay mucha más soledad, muchas más dificultades y es un círculo que..."*

E4: *"El tema es la cronificación social de esto. Por tanto, cuanto más intervengamos, pues con apoyo a domicilio, que puedan ir a trabajar con un trabajo más o menos adaptado, con supervisión, y todo eso que sabemos, con más o menos intensidad psicológica, psiquiátrica, de gestión de la complejidad [...] Tanto en la etapa de adolescencia como en la etapa adulta."*

Se debe prevenir la cronicidad social, muchas veces más asociada al trastorno mental. Y también, tener una mirada más sistémica, de que aquellas personas con trastornos mentales también tienen otras cosas de salud."

E4: "Esto no nos engañemos, los servicios sociales son débiles, no nos equivoquemos."

E2: " [hablando de sanidad] A pesar de las muchas deficiencias que podemos tener, es un pilar del bienestar sólido. De hecho, es el más sólido que tenemos, seguramente junto con las pensiones. Y en cambio, lo que son derechos sociales, la parte social tiene un desarrollo mucho más débil. [...] esto también hace más difícil la integración, porque entonces se tiende a pensar o a poner mucho más la balanza en salud..."

E5: "...creo que servicios sociales y sanidad no se tenían que haber separado nunca. [...] Separarlo yo creo que es un error porque hay masas cosas que unen las dos cosas."

Integración salud mental.-

E3: "... atención primaria de salud, hospitales, sociosanitario y salud mental. ¿Esto es normalización? Porque claro, nosotros aquí no hablamos de atención primaria y salud hospitalaria y no sé qué y cardiología u oncología o cirugía o nefrología o neurología. No, no. Pero sí que hablamos de salud mental. Por lo tanto, somos los primeros que no nos lo creemos, porque si nos lo creyéramos de verdad, esto estaría aquí, aquí y aquí."

"Pero la transformación también es muy drástica, ¿no? Y dices, ¿y es suficiente para ti? No. Debemos asumir más riesgos y, por lo tanto, yo aspiraría a eso. No lo sé, es que no lo sé. De verdad, si alguien me explica que tiene mucho sentido, no sé, el sistema se configura en cuatro niveles: atención primaria, hospitalaria, socio-sanitaria y salud mental. Pero yo no lo entiendo, francamente."

E4: "... aquí tenemos un modelo sanitario, a diferencia de otros países, que tiene una red de atención primaria, una red de hospitales de agudos, una red sociosanitaria y una red de salud mental propia comunitaria."

"Cuando prevalece la enfermedad mental, entonces vale, y esta persona además es un cardiópata. Bueno, como es un enfermo mental, [...], su relación con el de aquí [hospital], eh, o con el de aquí de atención primaria, [...], es menor."

E4: "Hemos hecho con buena fe, pero seguimos teniendo una red segregada y a veces física, la mayoría de las veces físicamente de red comunitaria. Para darle más valor. Pero ahora yo replantearía esto, mira, ahora hablo, evidentemente, necesidad de especialización, pero, juntitos."

E4: "¿Cuántos pacientes mayores de 65 años son atendidos en el Centro de Salud Mental de Adultos?"

Desigualdades.

E2: "La desigualdad social viene por otro elemento, viene de cuál es tu educación, de cuál es tu capacidad adquisitiva, ¿no? De cuál es tu entorno social. Todo esto, todo esto es lo que hace que haya

desigualdades. Dicho de otra manera y muy, muy llanera la pobreza se hereda, la pobreza pasa de padres y madres a hijos e hijas.”

E2: “Depende de un cambio real en las estructuras sociales y de, como decía, de mecanismos de producción y, por lo tanto, que puedas reducir de alguna manera estas desigualdades. Y a su vez, especialmente en salud mental, esto es clarísimo, es decir, en salud mental, el problema que tenemos es que hablamos mucho de la salud mental desde la vertiente médica, desde la vertiente salud. Y en cambio la salud mental, tener más psicólogos o psicólogas o psiquiatras o enfermeras es importante, ciertamente. Pero el problema está también, también y muy importante, en la vivienda.”

E2: “Sí, porque las desigualdades sociales van más allá, repito, del mundo de la salud. Yo siempre digo que son desigualdades sociales y económicas que impactan sobre la salud.”

E4: “Imagínate al otro sin hogar. Cuando analizas sin hogar, tienen cronicidades múltiples de todo tipo, hepáticas, no sé qué les pasa, no sé qué, tienen adicciones al alcohol y otros y tienen evidentemente inequidad social [...]. Es que decir la desigualdad, empeora mucho la calidad de vida de la persona crónica. Hombre, es una variable claramente relevante.”

E4: “...las enfermedades crónicas si no tienes resuelto el contexto laboral y el contexto social son mucho más duras que las otras enfermedades. [...] Entonces hay mucha más soledad, muchas más dificultades y es un círculo.”

Sistema privado.-

E1: “Si el paciente va a una clínica privada porque quiere una segunda opinión, pues mira, autoriza este médico o esa persona, eso queda grabado, o sea, se sabe que el doctor tal ha entrado en esta historia clínica y escucha.”

E1: “No prohibiremos el sistema privado y el sistema público, desafortunadamente, no proporciona apoyo a todo. Es decir, son dos sistemas que deben entenderse.”

E2: “Bueno, la persona tiene la libertad de poder elegir y si tiene la capacidad y los recursos, tiene la capacidad de elegir. Por lo tanto, que se pueda llegar a compartir también esta información es normal.”

E2: “Por lo tanto, tienes datos de registro de atención pública, solamente, no la parte privada.”

E4: “Estoy totalmente a favor de compartir la historia clínica con la empresa, si lo desea el paciente. Que haya una única historia que sea propiedad del paciente y que se comparta con la pública y con la privada y donde él considere.”

E4: "Con trastornos mentales que van a lo privado. Totalmente a favor de compartirlo, no ha habido manera humana."

E4: "No solo de epidemiología, sino de otras cosas, de flujos, de comportamientos..."

E2: "Después también se tiene que entender, es importante, pero se tiene que entender también que el sector privado tiene unos elementos que no son comparables con los de la sanidad pública. Por tanto, los indicadores tampoco serían comparables."

Desinstitucionalización.-

E2: "Esto evidentemente, detrás tiene que haber un soporte social muy importante, muy importante. Tú me parece que antes ponías algún ejemplo, de decir, es que habrá gente que quizás no tendrá capacidad de trabajar, o no tendrá capacidad o la vivienda misma."

E2: "...y eso significa también vencer las resistencias que puedan tener aquellas entidades e instituciones que lo que tienen son hospitales mentales, a quienes les estás diciendo, bueno, es que tendremos que pasar de hospitales o no hospitales. Significa también reciclar toda una serie de personas que trabajan en un entorno mucho más comunitario..., desde el punto de vista de que quien gane sea el paciente y que quien no pierda sean las personas que trabajan en las instituciones y en las instituciones propiamente."

E2: "los profesionales que de alguna manera llevan igual 20 años, más o menos, algunos, trabajando en un hospital, una institución mental, psiquiátrica. Claro, ahora le dices, tienes que trabajar en otro entorno, es difícil."

E4: "Todavía tenemos, como 500 camas, creo. Ahora el problema es qué alternativa social tienes. Porque en realidad, este paciente con trastorno mental severo que tenemos, que vive allí desde hace 40 años, hay una parte que son discapacitados, también, y la otra es un paciente geriátrico, también. No digo que no tenga."

E4: "...los pisos estén compartidos, pero... Aquí tienes que segmentar unos con más o menos intensidad psiquiátrica, de contención, no contención, de tratamiento. Los otros más geriátricos, más trastornos mentales, los otros discapacidad, bueno. Pero esto de momento que es más social que sanitario, más de la comunidad, me sabe mal ir lento, ir lento. También, y por tanto, el tema es prevenir institucionalización, pero realmente sin volver..."

E2: Claro, porque, de hecho, cuando estás diciendo institucionalizo, estás diciendo que estoy fuera del entorno comunitario, estoy fuera de lo que es lo que pasa en mi entorno social. Y tú dices, escucha, desinstitucionalizar, significa que estaremos en este entorno social. Por tanto, tienes que tener una mirada y unos recursos muy diferentes. Institucionalización, escucha tengo la cama, tengo la

cocina o si no me traerán el catering. Tengo, tengo, tengo... Queda todo en aislar y el enfermo se va cronificando. Lo que dices es que los de... Se puede cronificar, sí, pero en un entorno social comunitario y ligado a la vida real.

E2: "Porque la institución tiene que cambiar el hospital por otros entornos, por pisos más tutelados, es decir... por eso digo que se puede hacer con la visión de que gane la persona y también con la visión de que no pierdan los profesionales ni las instituciones, porque si pierden los profesionales y las instituciones, la persona no acabará ganando."

E3: "Por lo tanto, debes sacar tu patología hacia afuera. Y es difícil, especialmente en las primeras etapas, porque ya tienes gente aquí adentro que lleva no sé cuántos años y que parece que ya sea un camino irreversible. [...] Debemos asumir más riesgos".

Asumir riesgos.-

E3: "...pero asumir riesgos significa asumir el riesgo de que puedes equivocarte, que puede no ir tan bien como pensabas, que a veces no es fácil, que hay resistencias al cambio y por lo tanto tienes que transformar."

E3: "Creo que en general sucede porque no siempre se está dispuesto a asumir riesgos. Y quien impulsa es quien asume el riesgo."

E3: "...mandar, asumir riesgos y modelizar, tener clara la idea..., son aspectos que no son delegables por parte de la gente que está ni en el Departamento ni en el Servei Català de Salut. ¿Por qué? Pues porque si no lo hacen ellos, no lo hace nadie. Es decir, quien tiene la capacidad de modelizar, de hacer que las cosas rueden de una manera diferente [...] la responsabilidad es muy alta."

E3: "...Porque solo tú puedes hacerlo. Por lo tanto, si solo tú puedes hacerlo, la señora que pasa por esa calle allí no puede decidir si hace más formación sanitaria especializada o no puede, o seguramente no sabe qué hacer con la salud mental o no sabe si ..."

"La única cosa que podemos hacer con ella es darle herramientas para que sea una usuaria o un usuario consciente y que lo haga bien y que sepa cuándo debe ir. También tenemos que facilitarle, pero tenemos que poner los instrumentos."

E3: "...Y luego te puedes equivocar, porque no se trata tanto de decir, no, escucha... también tengo la convicción de que si pones a cinco personas que sepan de qué hablan, saldrá un buen producto, pero hay que rematar, ¿eh? Quiere decir asumir riesgos."

Atención Primaria.-

E1: *“¿Dónde debería realizarse esta prevención de la salud mental? [...] Si admitimos que todos estos aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son una exclusividad de los equipos de atención primaria, entonces deberían hacerlo desde los equipos de atención primaria, no desde la red de salud mental.”*

E4: *“...es que la salud mental no la podemos dejar para el CSMIJ o el CSMA. Aquí en la primaria, recuerda que es como pusieron psiquiatras y psicólogos, consultores de primaria. Vale, porque está claro, es a lo largo de la vida que pasan cosas y eso.”*

E1: *“La atención primaria está en tensión, está convulsionada, no sé cómo está, pero necesita replantear muchas cosas. Porque tampoco veo que esta prevención se haya hecho desde la red. No, no, no. Se tiene que hacer desde la atención primaria, porque es la puerta de entrada.”*

E1: *“No, creo que la cronicidad y el entorno de la cronicidad y de la atención social y sanitaria, o sanitaria y social, tiene que ir en el entorno de atención primaria. Lo que pasa es que nosotros tenemos que empezar a pensar en otro tipo, con otro, más que tipo, perdón, con otro desarrollo de la atención primaria.”*

E2: *“Lo que ocurre es que el desarrollo propiamente organizativo que tiene hoy en día la atención primaria no está acorde con las necesidades que existen...”*

E2: *“Las necesidades sociales cada vez van avanzando más porque también cada vez nos hacemos más grandes, porque cada vez estamos más dependientes, porque cada vez tenemos más cronicidad en el sentido entendido de la comorbilidad, etcétera... Por tanto, la atención primaria en su organización también tiene que cambiar y este es uno de los retos que tiene el país claramente.”*

Gestor de Casos.-

E2: *“Habrá cosas que podrá hacer en enfermería y cosas que podrá hacer el médico de cabecera y otras cosas que el médico de cabecera, si las tiene que hacer, las tendrá que hacer con un profesional de la red de salud mental al lado, porque no tiene habilidad para hacer todo.”*

E4: *“Fíjate, en la gestión del caso, la enfermera gestora de casos, muy raramente hemos hablado de una gestora de casos de enfermedad mental. [...] la enfermera experta en salud mental, diciendo, es la que debería acompañar a este paciente, porque este paciente tiene muchas otras cosas.”*

Modelo de atención clínica

Historia Clínica.-

E1: *"Debería ser un gran acuerdo entre los dos, entre la privada y la pública, y la privada, de decir bueno pues compartimos datos."*

E1: *"Si el paciente va a una clínica privada porque quiere una segunda opinión, pues mira, autoriza este médico o esta persona, eso queda grabado, o sea, se sabe que el doctor tal ha entrado en esta historia clínica..."*

E1: *"La cuestión de mantenimiento, de esta cuota de poder... Sí, porque sino pierdo el control, ¿no? Pues, yo creo que es eso. Pero no debería ser un problema. Porque además, si dijéramos, no es que la historia de salud mental es más sensible, ya estamos cayendo, no podemos caer. No, no, la salud mental es como lo otro. Es todo como lo otro."*

E2: *"Esto es cierto, pero esto también significa hacer un cambio legislativo, como siempre que hay reformas, casi siempre incluyen algún cambio legislativo. También, evidentemente, bajo la visión de que no todo el mundo tiene que ver todo."*

E2: *"Es decir, no iba a decir que para todos es relevante, pero evidentemente para las personas con enfermedad mental, seguramente aún más o para las personas con cronicidad, porque estos elementos de necesidad que tiene la persona no son solo de salud, no es solo que te vea una enfermera, una médica, que te den un tratamiento, no es eso, necesitas todo lo que es el cuidado."*

E2: *"Bueno, la persona tiene la libertad de poder elegir y si tiene la capacidad y los recursos, tiene la capacidad, tiene la capacidad de elegir. Por lo tanto, que se pueda llegar a compartir también esta información es normal."*

E3: *"Ha ido mejorando pero este no puede ser un tema ni de servidores, no es un tema tecnológico. Es un tema de voluntades, puro y duro. [...] Pero bueno, yo creo que este es un tema que tenemos que seguir trabajando y que, bueno, que hay que tenerlo, porque entre otras cosas la información no es ni de este ni de aquel, la información es del ciudadano."*

E4: *"Estoy totalmente a favor de compartir la historia con la empresa, si lo desea el paciente, ¿eh? Que haya una única historia que sea propiedad del paciente y que sea compartida con la pública y con la privada y a él considere."*

E4: *"Con trastornos mentales que van a la privada. Totalmente a favor de compartirlo, no ha habido manera humana."*

E4: *"En principio hay secreto profesional entre los profesionales sanitarios que trabajan en los servicios laborales y en los centros que tienen profesionales sanitarios y, por lo tanto, eso se debería resolver por la buena praxis profesional. No significa que la empresa tuviera los datos de esa persona. Pero entre profesionales, bueno, este es uno de los retos."*

E5: *(hablando de ámbito social y sanitario) "Compartir historias clínicas, yo creo que es básico, no tiene sentido que no haya una historia clínica en conjunto, que puede tener subapartados, pero es evidente que tiene una gran lógica. Se tiene que acostumbrar todo el mundo a saber utilizar la historia clínica."*

E5: *(hablando de sistema público y privado) "Hay una información obligatoria. Y después claro, cada médico individual tiene su manera de hacer las cosas. Es muy difícil obligar. Es verdad que si está dentro de un servicio público, aunque sea privado púas lo tiene que hacer tal como está reglado. Pero el médico que visita en casa suya, el psiquiatra que visita en casa suya, y que hace la historia clínica que le gusta."*

Integral e integrado.-

E1: *"Bueno, es que debería haber estos recursos sociales más medicalizados que otros."*

E1: *"Bueno, aquí iríamos al otro, también dentro del sistema sanitario, bueno, es que el sistema, a veces los hospitales no hablan como se deberían hablar con los centros de atención primaria. [...] Tú vas al especialista y te cita dentro de seis meses más y entonces como si dijéramos, pues el médico de cabecera te debería ir siguiendo las directrices o poniendo su criterio."*

E2: *"Creo que este es uno de los grandes problemas que en estos momentos tenemos que afrontar, que es la integración social y sanitaria, especialmente en los entornos de cronicidad y de salud mental."*

E3: *"¿Esto es normalización? Porque claro, nosotros aquí no hablamos de atención primaria y salud hospitalaria y no sé qué y cardiología o oncología o cirugía o nefrología o neurología. No, no. Pero sí que hablamos de salud mental. Por tanto, somos los primeros que no nos lo creemos, porque si nos lo creyéramos de verdad, esto estaría aquí, aquí y aquí"*

E3: *"También la integración, por ejemplo, o hacer pactos, por decirlo así, con otros ámbitos, quizás en infantil o juvenil, con toda el área de educación y también podría ser un área importante."*

E3: *"Pero claro, a nivel de, por ejemplo, de cronicidad y salud mental, la integración del ámbito social sería fundamental."*

E4: "Quiero decir, ahora incluso con la atención integrada social y sanitaria. Cuesta mucho. Hemos continuado haciendo al ámbito geriátrico, al ámbito de la salud mental."

E4: "Se tiene que prevenir la cronicidad social, muchas veces mucho más asociada al trastorno mental. Y también, tener una mirada más sistémica, de que aquellas personas con trastornos mentales también tienen otras cosas de salud."

Geriatría y demencias E1: "demencias, que supone un gran impacto para el sistema."

E4: "Yo creo que aquí el tema geriátrico, que hay estudios que puedes buscar, en los centros de salud mental de adultos... desaparecen las personas a partir de los 65 años. Por qué los situamos como crónicos y en cambio es cómo si la psicosis, aquella que llevabas o trastorno bipolar, es igual, o una depresión."

Es decir, como si la etiqueta de crónicos, en alguna, totalmente necesaria, haya tapado el alta prevalencia de trastornos, disfunciones, sintomatología o enfermedad mental."

E4: "Pero es que cuando a alguien le ponemos el crónico, que tendemos a pensar que el crónico es sobre todo geriátrico, es cómo si la salud mental no fuera una prioridad. No, no, es que yo creo que ha pasado esto. Y si te miras, de verdad, hay unos estudios publicados del Centro de Salud Mental de Adultos, cuáles son las edades de la gente que va. ¿Qué pasa? Si tú buscas cohortes de más de 65 años, prácticamente tenemos muy pocos. De personas que continúan yendo allá donde habían ido siempre que era con su psiquiatra, etcétera."

E4: "Fíjate, claro, cuando la cronicidad genérica sanitaria. Cuando la cronicidad, es debido a la EPOC, como puedo decir, ¿eh? Encima es pobre y encima, púas, tiene ansiedad de la misma enfermedad, de la situación económica y tal, bueno, esto ya es obviamente. Es que es obviamente, ¿no? Yo creo que yo creo que una de las cosas que, en buena fe, en buena fe, nos ha condicionado es la asociación cronicidad con geriatría."

E4: "Porque cuando nos ponemos la etiqueta de enfermo mental, es cómo si lo otro desapareciera. Igual que cuando se los ponemos de paciente geriátrico, la enfermedad mental desaparece."

Decisiones compartidas.

E2: "Otra cosa es que esta persona la pueda y la quiera compartir. Y es bueno que la comparta con las personas que la cuiden. Y esto es bueno, pero la decisión es última siempre es de la persona. Tenga una enfermedad mental o tenga más igual una enfermedad, un cáncer. El que sea, la decisión es de la persona. Y pensar que una persona con salud mental no tiene la capacidad de decidir, es equivocarse."

E2: *"Siempre. Es decir, la decisión es de la persona."*

E2: *"Otra cosa, repito que muchas veces, como que hay un conocimiento asimétrico entre la persona que cuida y la persona cuidada, esta persona pida usted, tú, ¿qué harías? Escucha, es la opción, pero decido yo."*

E4: *"Pero el tema de las decisiones anticipadas es un tema que se está empezando a incorporar a la enfermedad mental crónica."*

Fármacos.

E2: *"Sí, de hecho nosotros somos el país, hablo ahora, el país, yo creo que éramos el número 2 en cuanto a consumo de psicofármacos..."*

E4: *"Ahora, pero, tenemos una sobre medicalización bestial de psicofármacos y además con muchas interacciones con los otros medicamentos. Ahora sí que en los médicos de familias es se los sale a la pantalla, obligatoriamente que tienen que revisar porque además hay muchos efectos secundarios y muchas interacciones entre fármacos."*

E4: *"Los psicofármacos, totalmente necesarios muchas veces, pero se tiene que hacer una buena indicación, un buen seguimiento. Una cosa es la cronicidad que requerirá, pues todo esto se tiene que ir revisando. Y el otro es la prescripción fuera de los especialistas que hay mucha."*

E4: *"Este es un motivo más, porque por ejemplo la gestora de casa también podría hacer este acompañamiento, incluso a la oficina de farmacia. Podrían hacer esta revisión. En algunos lugares se hace, pero no de manera muy sistémica, ¿eh? Diríamos. Porque quizás es un mundo que todavía pensamos que lo prescribe un psiquiatra y esto incluso que también, ¿eh? Pero no es verdad. Solo los psicofármacos son prescritos para muchísimos profesionales."*

Políticas de salud

Prevención y promoción de la salud.-

E1: *"El mejor lugar donde lo puedes hacer está en la escuela, porque aquel niño o aquella niña no van al centro de salud."*

E1: *"A nivel de la atención primaria, el médico primary tiene que tener las herramientas para detectar los enfermos, los conocimientos y derivar en la red correspondiente y después ya lo volverá a seguir. Y supongo que las actividades que se pueda hacer de promoción o de prevención las tendría que hacer el equipo de atención primaria."*

E2: *"Es prioritaria. Yo creo que esto lo ve todo el mundo. Es factible, claramente. El que también es cierto cuando tú te lo miras desde la macro gestión, como tú antes comentabas, es que los cambios son, difícilmente son de hoy por mañana. Son cambios que llevan tiempos, porque tienes que ganar y tienes que vencer resistencias que pueda haber, situaciones establecidas, etcétera. Pero es factible claramente porque es una visión mucho de salud y muy social."*

E3: *"La promoción y la prevención de la salud, educar en la población para tener estos cuidados, y así mejorar los resultados de futuro."*

E3: *"Y yo creo que hay una cosa que nos falta que es hacer más hincapié en la prevención de la cronicidad. Y estoy hablando de prevención cuando ya estás en la cronicidad."*

E4: *"Por lo tanto, si tiene algo que sabemos, pues sabemos también el pronóstico, sabemos prevenir, diríamos los brotes, bueno o al menos lo intentamos, diríamos, y sobre todo prevenir la distorsión social que esto comporta con la intervención educativa, con la intervención familiar, si o no."*

E5: *"Yo creo que la única cosa que creo que no se está haciendo suficientemente son las campañas sobre temas muy controvertidos y que son muy preocupantes."*

Profesionales.

E3: *Tenemos que repensar el sistema, es decir, no en formato profesional, pues seguramente nos tendremos que reinventar. O sea, hay una cosa que es muy clara, si nosotros llevamos el mismo rumbo y la misma velocidad vayamos contra la roca. [...] nosotros tenemos una capacidad, por ejemplo, de formación de personal sanitario en formación sanitaria especializada determinada, que es el potencial es más grande, que no lo estamos agotando e incluso en estas, muchas son por gente que viene de fuera, que sabemos que vienen, forman y se van.*

Plan de salud.

E3: *"Porque los planes, aquí decíamos una cosa, mira los planes son vivos, que quiere decir que lo podemos cambiar cuando queramos, son para la acción, por lo tanto, tienen que pasar cosas y los tenemos que evaluar. Hacían rendimiento de cuentas, que quiere decir os explicaremos qué hemos conseguido y que no hemos conseguido en toda esta historia y por tanto, esto le da también credibilidad a la cosa."*

E3: *"Porque esto de los planes de salud va, la lógica era no trabajaremos por estructuras, no..., trabajaremos por problemas de salud."*

E3: *"El tema de la salud en todas las políticas, que en el fondo quería decir, escucha, el ámbito de la salud está muy bien, pero hay muchas cosas de las que manuegem en este negociado de la salud que están, que impregnan todas las políticas. Y esto iba también para el tema del ejercicio físico, alimentación, es decir, una visión mucho más, mucho más amplia de la jugada."*

E3: "...el plan de salud siempre es una cosa que tiene... es reflexión, plasmación y por tanto compromiso, movimiento y trabajo, es decir, transformar, evaluar si está funcionando y con esta evaluación reflexión de cómo continúa andando."

E3: "Plan de Salud es una herramienta para transformar, no es una herramienta para hacer más visitas de primaria o decir que tenemos que crecer. No, es para transformar. Y por ejemplo cuando hacíamos esto, pues dijimos, escucha, una de las líneas de transformación fue todo el tema de la cronicidad y se hicieron unas cosas chulísimas."

E5: "Antes la gente no iba a la evaluación, a pesar de que... ¿quién es usted para evaluar lo que yo hago? Ahora ya todo el mundo está de acuerdo que cosas como se evalúa, pero todo el mundo está de acuerdo en que se tiene que evaluar y que las cosas se tienen que hacer muy bien."

Visión de futuro

E2: "Salud sanitaria, la social, etc. Pero sí que tú estás dando una idea, tú estás focalizando una idea. Por lo tanto, yo diría que fuera un plan de salud sanitario y social y social y le dejaría de salud, porque la parte social también es salud."

E4: "Como revisar si las redes segregadas de salud mental, nos han comportado más dificultad de atención integral de la salud y de los determinantes sociales a las personas con enfermedad mental. Y como esto lo cambiamos.

Y al último es tener en cuenta esto, de que tenemos que aceptar que tenemos que tener una mirada centrada en la persona, su familia y su entorno, pero también que, como que, seguro que irá a diferentes profesionales públicos y privados, tenemos que tener información de todo el que hace cada uno de estos profesionales. Y yo creo que, como que yo creo que la historia es propiedad del paciente, si él autoriza, todos los profesionales que estén colegiados y sean sanitarios, con autorización tendrían que poder entrar a la historia clínica."

E2: "atención domiciliaria, sanitaria y social. Este es un elemento muy claro. Y el otro es el de la información compartida."

E2: "Técnicamente es posible, es más difícil del que a veces nos creemos, ¿no? Hablo desde un punto de vista técnico, pero que es un tema en el que se tiene que avanzar y que en poco tiempo."

E4: "En principio hay secreto profesional entre los profesionales sanitarios que trabajan en los motores laborales y en los centros que tienen profesionales sanitarios y, por lo tanto, esto se tendría que resolver por la buena praxis profesional. No quiere decir que la empresa tuviera los datos de aquella persona. Pero entre profesionales, bueno, este es uno de los retos."

E3: Y yo creo que hay una cosa que nos falta que es hacer más hincapié en la prevención de la cronicidad. Y estoy hablando de prevención cuando ya estás en la cronicidad."

E3: Que es el tema del empoderamiento personal, es decir, la gente, el que estamos diciendo es cuando tengas esto, ven aquí, otras tú, no quizás, creo que el enfoque es otro y por tanto, en todos los, en toda el escalado de problemas de salud, el nivel de responsabilidad personal y de asunción de un rol diferente tiene que estar presente, porque si no iremos poniendo recursos y recursos y no llegaremos."

E3: Tenemos que repensar el sistema, es decir, no en formato profesional, pues seguramente nos tendremos que reinventar. O sea, hay una cosa que es muy clara, si nosotros llevamos el mismo rumbo y la misma velocidad vayamos contra la roca. Por lo tanto, no lo sé, o maquinas todo en contra, o empezamos a virar un poco o basura algo, porque es que vayamos.... Claro, haremos el sistema insuficiente y, por tanto, no lo sé, yo creo que tenemos que empezar a intentar... O sea, nosotros tenemos una capacidad, por ejemplo, de formación de personal sanitario en formación sanitaria especializada determinada, que es el potencial es más grande, que no lo estamos agotando e incluso en estas, muchas son por gente que viene de fuera, que sabemos que vienen, forman y se van."

E3: "pero yo creo que se tiene que transformar más, es decir, tenemos que asumir riesgos, asumir."

E3: "Pues es esto, es decir, no lo sé. Y después te puedes equivocar, porque no se trata tanto de decir, no, escucha.... también yo tengo la convicción que, si poses a cinco personas que sepan de que hablan, saldrá un buen producto, pero se tiene que rematar, ¿eh? Quiere decir asumir riesgos."

E4: "En aquellas personas que tienen enfermedad mental crónica, aquí se los hay también generar procesos, quizás con gestión de redes cooperativas, pero no es una cuestión de adultos. No es una cuestión de adultos, pero es una cuestión de cooperativas, porque estoy segura que o bien desaparecen de los centros de salud mental de adultos cuando se los ponemos el hashtag de geriátrica o bien infra diagnostican otras comorbilidades. Por lo tanto, en estas personas que los conocemos perfectamente desde hace años con un diagnóstico de trastorno mental crónico, hay ciencia aquí, tenemos que trabajar básicamente con la atención primaria, porque no se nos escapan y no hacemos infradiagnóstico, y además, tiene que haber protocolos específicos, porque sabemos por ejemplo que tienen mucha más prevalencia de enfermedad circulatoria, por la propia enfermedad mental, por el sobrepeso que en general tienen, por los efectos secundarios de la medicación, por el estigma, porque en general son más sanitarios, más fumadores."

E4: "Claramente protocolos de salud en general, específicos y que, y esta persona, tanto su psiquiatra, su psicólogo, su enfermero, es igual de red mental, tiene que saber hacer detección, pero también la atención primaria, también tienen que ver que este es un paciente más que igual que un EPOC, también puede tener una neo de colon. Pues el paciente con trastorno mental severo también puede sufrir otras cosas."

UIC
barcelona