

CONSEJERÍA DE SALUD



2012/2016

Plan Andaluz de
Atención Integrada
a Pacientes con
Enfermedades
Crónicas



JUNTA DE ANDALUCÍA

También disponible online en:
www.juntadeandalucia.es/salud



2012/2016

**Plan Andaluz de
Atención Integrada
a Pacientes con
Enfermedades
Crónicas**

COORDINACIÓN:

Manuel Ollero Baturone, Reyes Sanz Amores, Concepción Padilla Marin.

COMITÉ EDITORIAL:

Manuel Ollero Baturone, Reyes Sanz Amores, M^a Dolores Alguacil Herrero, Juan Ortiz Espinosa, José Díaz-Borrego Horcajo, Gema García Megido, Susana Rodríguez Gómez, Isabel Escalona Labella, Andrés Cabrera León.

AUTORES:

M^a Dolores Alguacil Herrero, Margarita Álvarez Tello, Bosco Barón Franco, Andrés Cabrera León, José Díaz-Borrego Horcajo, Araceli Diaz Martinez, Luis Felipe Díez García, Isabel Escalona Labella, Juan Manuel Espinosa Almendro, Antonio Fernández Moyano, José Manuel Galiana Auchel, Gema García Megido, Juan Goicoechea Salazar, Nieves Lafuente Robles, Miguel Melguizo Jiménez, Teresa Molina López. Bienvenida Oliver Navarro, Manuel Ollero Baturone, Juan Ortiz Espinosa, Concha Padilla Marín, Fco. Eduardo Pérez Torres, Paloma Porras Martín, Susana Rodríguez Gómez, Ángel Rodríguez Hurtado, Julio Rojas García de Paso, Alberto Ruiz Cantero, Bernardo Santos Ramos, Reyes Sanz Amores.

EDITA:

Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Producción editorial: Artefacto.net

Impresión: Escandón Impresores

D.L.: SE 1291-2012

printed in Spain



Índice

PRESENTACIÓN / 5

1. INTRODUCCIÓN / 6

2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN / 12

Análisis demográfico

Análisis epidemiológico

Otras fuentes de información del Análisis de situación

Análisis de recursos

Conclusiones al Análisis de situación

3. EXPECTATIVAS DE PACIENTES, PERSONAS CUIDADORAS Y PROFESIONALES / 78

4. OBJETIVOS DEL PLAN / 80

5. MODELO DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ANDALUCÍA / 82

Proyectos prioritarios y acciones

Líneas estratégicas y acciones prioritarias

6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO / 110

Cronograma

ANEXO / 118

Listado de códigos CIE-9 de los diferentes grupos y subgrupos de la definición de paciente pluripatológico

GLOSARIO / 120

Presentación

La Consejería de Salud participa de un gran empeño por afrontar con eficacia los problemas de salud de mayor prevalencia y considerados prioritarios en nuestra comunidad autónoma. Para ello, viene desarrollando Planes y Estrategias con actuaciones específicamente dirigidas a lograr los mejores resultados posibles para la salud y la calidad de vida de la ciudadanía andaluza.

El envejecimiento natural de la población y el aumento de las enfermedades crónicas en los últimos años está obligando a que los sistemas sanitarios adapten sus recursos y los reorienten para ofrecer una atención integral a estos pacientes. De hecho, las patologías crónicas son, en la actualidad, responsables del 59% de las muertes en el mundo y copan más del 70% del gasto sanitario, y ésto nos obliga a continuar emprendiendo nuevas actuaciones.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía tiene una orientación, desde hace años, hacia los pacientes con enfermedades crónicas. Esto se refleja, tanto en la cartera de servicio de Atención Primaria, como en la puesta en marcha de herramientas orientadas a facilitar la accesibilidad, la continuidad asistencial y el automanejo de la propia situación de salud. También ha dado respuesta a las nuevas necesidades de la ciudadanía, impulsando el desarrollo de nuevas competencias profesionales y favoreciendo nuevos espacios asistenciales más cercanos y accesibles, que favorezcan el que cada paciente con enfermedad crónica y sus cuidadores, se sientan únicos.

Los sucesivos Planes de Salud y Planes de Calidad han promovido y consolidado una serie de iniciativas con el objetivo de ofrecer respuestas adecuadas a las expectativas y necesidades de la ciudadanía y por eso este Plan garantiza a los pacientes crónicos una atención sanitaria integral e integrada con una respuesta multidisciplinar a las necesidades de cada paciente en relación a la promoción y prevención de la salud, la atención en la fase de descompensación y la rehabilitación funcional, contribuyendo a su recuperación. También establece una alianza estratégica de coordinación efectiva con todas las actuaciones de aquellos Planes y Estrategias del Sistema Sanitario Público de Andalucía cuyo desarrollo contribuya a prevenir y abordar la enfermedad crónica.

Supone, por tanto, una gran satisfacción para mí, presentar el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas y agradecer al equipo de profesionales, su esfuerzo y dedicación en el desarrollo de este valioso instrumento.

M^a Jesús Montero

Consejera de Salud. Junta de Andalucía

1

Introducción



■ **En la actual encrucijada del siglo XXI, el Sistema Sanitario Público se encuentra en un momento decisivo. No solo tiene que resistir las acometidas de los mercados con las restricciones presupuestarias y las pretensiones de mercantilizar la salud, sino que además tiene que afrontar las inevitables reformas que le exigen las necesidades generadas por los cambios demográficos y sociales que se están produciendo durante los últimos años en todo el mundo.**

Se estima que para el año 2050 España, y con ella Andalucía, será el segundo o tercer país más envejecido del mundo y pasaremos del 16 al 34% de la población con más de 65 años de edad. La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades crónicas fueron la causa del 63% de las muertes en el mundo durante 2008 y se espera que supongan el 75% en 2020. Aún cuando estos datos puedan reflejar la reducción de las enfermedades transmisibles y la mejora en las condiciones de vida con mayor esperanza de vida, es evidente que, en sí mismos, están poniendo de manifiesto que el patrón de enfermedades y las necesidades de cuidados de salud están cambiando.

Muchas de las personas con enfermedades crónicas, sufren múltiples condiciones crónicas. Los datos aportados por el análisis de situación realizado en este documento, coincidentes con otras numerosas publicaciones, ponen de manifiesto que el 45,6% de la población mayor de 16 años padece un proceso crónico y el 22%, dos o más. La edad se relaciona con un número creciente de enfermedades crónicas y, a su vez, la cantidad de servicios para cuidar la salud de los mayores se debe, principalmente, al número de enfermedades crónicas que sufren.

El desafío que tenemos que afrontar no es el de la enfermedad crónica, sino el de la cronicidad, como concepto más amplio que excede los límites tradicionales de la atención a la salud. No se trata ya de diagnosticar y tratar una enfermedad, sino de dar respuestas a las necesidades de adaptación al medio de una persona capaz de tomar sus propias decisiones. Una persona que vive sus problemas condicionado por sus vivencias, el medio ambiente y su entorno humano. Desde esta perspectiva, los sistemas sanitarios y una medicina fragmentada y tecnificada, chocan con problemas a los que no son capaces de dar respuesta. Las compartimentaciones entre disciplinas especializadas, con frecuencia, impiden concebir los problemas globales y fundamentales, separando perspectivas que deberían estar relacionadas. Para avanzar en el abordaje de la cronicidad, hemos de reconocer que nos movemos en un entorno complejo que requiere una estrategia integrada que incorpore intervenciones multidimensionales y multidireccionales, desde perspectivas no exclusivamente sanitarias o biológicas. Las experiencias en la lucha contra los accidentes de tráfico o contra el tabaquismo demuestran cómo es necesario, con frecuencia, combinar las medidas de atención individualizadas con múltiples intervenciones, en todos los niveles de la sociedad. El abordaje de la cronicidad obliga a afrontar la protección y la promoción de la salud desde una aproximación intersectorial, con la participación de los diferentes agentes sociales.

Numerosos organismos internacionales han puesto el acento en la necesidad de afrontar los problemas planteados por la atención a las enfermedades crónicas. La OCDE, la Asamblea de la ONU o el Parlamento Europeo, han abordado este problema¹. En España, es de destacar la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*² y el consenso alcanzado durante 2011 en la “Declaración de Sevilla”³, entre dieciséis Sociedades Científicas, los Servicios de Salud de las diecisiete Comunidades Autónomas, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y, el Foro Español de Pacientes, propugnaba la realización de un Plan Integral Autonómico de Atención a los Pacientes con Enfermedades Crónicas en cada Comunidad Autónoma, dentro de una estrategia nacional integrada. Esta recomendación está en sintonía con la actual normativa española y con las estrategias de calidad desarrolladas en Andalucía, una de las comunidades promotora de la declaración. En nuestro país, la Constitución Española en su artículo 43 establece el Derecho a la Salud y su desarrollo, a través de la *Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril*, insta al Sistema Nacional de Salud y a los Servicios Sanitarios de las Comunidades Autónomas, a desarrollar Planes Integrales o Planes Autonómicos de Salud. En el año 2003 se aprueba la *Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS* que recomienda la elaboración de Planes Integrales de Salud, sobre las “patologías más preva-

lentes, relevantes o que supongan una especial carga socio-familiar, garantizando una atención sanitaria integral que comprenda la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación”. *La Ley de Salud de Andalucía del 15 de junio de 1998* y el *Estatuto de Andalucía*, consolidan los derechos de tercera generación de la ciudadanía, que se ven reflejados en el desarrollo de los diferentes Planes Integrales, puestos en práctica en los últimos años.

Durante las últimas dos décadas se han desarrollado diferentes “Modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas”⁴, para diseñar nuevas estrategias frente a la cronicidad. El elemento clave de estos modelos, es considerar que los mejores resultados en salud se obtienen cuando un paciente activo e informado interactúa con un equipo profesional práctico, preparado y proactivo. El *Plan de Calidad de la Consejería de Salud* de la Junta de Andalucía, describe como se produce este encuentro en un espacio compartido en el que pacientes y profesionales comparten valores, responsabilidades, conocimientos y decisiones. Durante los últimos diez años, los Planes de Calidad han traído un cambio cultural y estratégico que ha propiciado la orientación del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) hacia el ciudadano. Este hecho ha dado pie a que, durante este periodo, se hayan desarrollado numerosas estrategias que han permitido disponer de la

1 United Nations high-level meeting on noncommunicable disease prevention and control, http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011/ncd_prevention_control/en/index.html; Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization (WHO); 2011. Available at: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/; Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities. OECD Publishing; 2011. Available at: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-reform_9789264122314-en;

2 Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Bilbao: Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco; 2010. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/proyecto-estrategico/>

3 Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico Cristina, y cols. “Declaración de Sevilla” conferencia nacional para la atención a pacientes con enfermedades crónicas. Rev Clin Esp 2011 (11):604—606

4 WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Global report WHO/NMC/CCH. Geneva; 2002.

Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Quarterly. 1996;74:511-544.

Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium. Health Affairs. 2009; 28(1): 75-85.

Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ. 2002;324:135-41.

mayoría de los elementos que permiten avanzar rápidamente hacia un modelo de excelencia en la gestión de las enfermedades crónicas⁵. Por tanto, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC) no pretende redefinir una nueva estrategia para todas las enfermedades crónicas, sino que aspira a ser una estrategia complementaria que contribuya a alinear los esfuerzos realizados en los diferentes Planes y estrategias del SSPA.

Pese a los esfuerzos realizados durante los últimos años, la pérdida de la continuidad asistencial entre los ámbitos de actuación de la Atención Primaria y Hospitalaria, así como entre la atención sanitaria y social, sigue siendo uno de los grandes problemas para el conjunto de los pacientes, y especialmente para los pacientes pluripatológicos, en quienes esta carencia se expresa de forma más ostensible. La integración de servicios es la justificación inicial de este Plan. Sin embargo, al adoptar una perspectiva globalizadora, el PAAIPEC pone de manifiesto la importancia de la prevención y promoción de la salud, que es definida como la primera línea estratégica. Igualmente el afrontamiento de los determinantes de la enfermedad es identificado como uno de los proyectos prioritarios a desarrollar. La autonomía y corresponsabilidad del paciente es reconocida como segunda línea estratégica, por lo que en el Plan se presta especial atención a las acciones destinadas a reforzar los auto-cuidados y el adiestramiento de las personas cuidadoras. Estas estrategias se abordan desde una perspectiva comunitaria, por lo que parten de la necesidad de realizar la identificación de los activos comunitarios, propiciar las

acciones comunitarias y estimular la participación ciudadana dentro del SSPA.

El PAAIPEC no es un Plan de enfermedades, sino de pacientes, y no de pacientes como adjetivo de pasivo, sino bajo la acepción etimológica de individuo que padece, que sufre. En una primera lectura algunas corporaciones profesionales o sociales pueden no verse reconocidas en la redacción del Plan, al no encontrar una referencia expresa a su intervención específica en el problema o enfermedad principal. Sin embargo, los objetivos e intervenciones propuestos esperan repercutir en la calidad de vida de la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas, ya que pretenden inspirar una forma de abordar el conjunto de los problemas crónicos de salud. Sin embargo, el análisis de situación pone de manifiesto que no todas las enfermedades crónicas tienen el mismo impacto sobre la mortalidad y la discapacidad. Las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y el cáncer son los responsables de la mayor parte de la mortalidad atribuible a enfermedades no transmisibles, tienen un impacto cada vez más adverso en la salud humana, y resultan paradigmáticas de la compleja interacción de numerosos factores genéticos, biológicos, conductuales, sociales, económicos y políticos. Por tanto, sin olvidar el conjunto del problema, estas enfermedades están especialmente presentes a la hora de definir las intervenciones prioritarias.

*La Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público Andaluz*⁶ describe, de forma explícita, el marco de los valores en los que el PAAIPEC está inspira-

⁵ Bengoa R, Nuño R (eds). Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.

⁶ ESTRATEGIA de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía: 2011 - 2014 /coordinación, Pablo Simón Lorda, María Sagrario Esteban López; autores, Rafael Carretero Guerra... [et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud, [2011]

do. En este escenario, la estrategia que pretendemos desarrollar identifica como valores determinantes, la solidaridad y la responsabilidad. En nuestra actual civilización, el egocentrismo y el afán de lucro priman sobre la solidaridad y la responsabilidad. Este hecho condiciona las expectativas de los ciudadanos respecto a los servicios de salud y la relación de los profesionales con la administración. El estado del bienestar, como ente anónimo, no puede competir con la solidaridad concreta, necesaria para responder a los problemas cada día más acuciantes de la solidaridad humana. El “empoderamiento” del ciudadano lleva a exigir las cuotas de responsabilidad y solidaridad que han de estar presentes para reforzar el vínculo social del ser humano, modulando las expectativas individuales y propiciando la participación en las redes comunitarias. El modelo de gestión clínica participativa que propicia el SSPA se sustenta en la responsabilidad y la solidaridad, como fundamentos del trabajo en equipo orientado a resultados, y como antídotos fundamentales contra la falta de implicación. Inspirándose en estos valores, y desde la perspectiva del profesionalismo es fácil encontrar la confluencia de los principios de autonomía del ciudadano y del profesional.

En la actualidad nos movemos en un escenario determinado por la existencia de importantes dosis de incertidumbre. Incertidumbre referida tanto a la toma de decisiones clínicas en pacientes pluripatológicos, como a la eficiencia de muchas medidas preventivas, o a la viabilidad de los diferentes programas de gestión en nuestro entorno cultural. Para afrontar estas incertidumbres hemos diseñado el PAAIPEC adaptando la visión multidimensional que aportan los Modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas al escenario plan-

teado en el Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz y hemos adoptado la perspectiva en la que existe un acuerdo más generalizado: la necesidad de centrarse en la atención primaria y abordar los problemas desde una óptica global.

Cuando el paradigma no es la enfermedad, sino el paciente con múltiples enfermedades y necesidades sanitarias y sociales, el centro de la atención sanitaria ha de estar en la Atención Primaria. El PAAIPEC define como primera prioridad reforzar el papel de la Atención Primaria en el SSPA. Para afrontar el tradicional distanciamiento entre la Atención Primaria con los ámbitos hospitalarios y sociales, se apuesta por la apertura de canales de comunicación fluidos y alianzas sectoriales y sociales que generen espacios compartidos que propicien la continuidad asistencial.

La perspectiva global del Plan evidencia la necesidad de reorientar las prioridades de la gestión del conocimiento en las enfermedades crónicas. Hay que huir de la visión tradicional que asimila la excelencia al dominio de una habilidad o técnica. El gran reto de la cronicidad es acceder y trabajar en el ecosistema de los pacientes, atender a personas a lo largo de su ciclo vital, intervenir en distintos momentos de la historia de la enfermedad, personalizar la atención y ofrecer la incardinación al paciente y su familia en la red socio-sanitaria. Es necesario incorporar múltiples disciplinas en la lucha contra las enfermedades crónicas, pero el reto de la cronicidad es ante todo un desafío para los profesionales con una visión global. Por tanto, para evitar la fragmentación asistencial, se hace una apuesta por la adquisición de nuevas competencias de los profesionales con una visión general en los diferentes ámbitos asistenciales.

La investigación clínica tiene que incorporar también este punto de vista. Aunque a primera vista pueda resultar obvio, es necesario poner el acento en la obligación de realizar estudios rigurosos que permitan obtener evidencias respecto a cuáles son las intervenciones de salud verdaderamente útiles para la generalidad de los pacientes. La mayoría de la asistencia sanitaria se produce en la Atención Primaria, sin embargo, la mayor parte de la investigación de las enfermedades crónicas, se realiza en centros hospitalarios y académicos alejados de la Atención Primaria. La investigación debe evaluar las intervenciones en los pacientes crónicos, ha de valorar medidas de continuidad asistencial y de integralidad, y ha de analizar los determinantes sociales de la salud.

El PAAIPEC aborda el reto de mejorar la capacidad de la ciudadanía para adaptarse y autogestionarse frente a los desafíos físicos, mentales y sociales, desde los principios de solidaridad y responsabilidad individual y comunitaria. Para poder afrontar este reto, en el escenario creado por el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, es necesario implicar

a todos los actores de nuestra comunidad. El PAAIPEC arranca con la voluntad de generar una movilización social y una alianza entre ciudadanos, profesionales y administraciones que trascienda intereses coyunturales. Para ello, se realiza una invitación formal a la participación en el Plan dirigida a las Sociedades Científicas, Asociaciones Ciudadanas y a todo el entramado social. La experiencia exitosa, para la creación colaborativa de conocimiento, de la plataforma en red del *Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC)*⁷, puede facilitar el desarrollo de una estrategia para la cronicidad abierta a un diálogo continuo con la sociedad. En la búsqueda de una amplia movilización social, el Plan promoverá la realización de declaraciones institucionales, desde el máximo ámbito de representación parlamentaria, hasta el ámbito local, que sensibilicen y movilicen a nuestra sociedad frente a los retos de la cronicidad, propiciando la participación ciudadana dentro del SSPA. Es desde esta dimensión donde el PAAIPEC adquiere su verdadera vocación de propuesta, de alianza social, para hacer frente a uno de los grandes retos del estado del bienestar y de nuestra sociedad.

⁷ <http://www.opimec.org>, Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/>

**Análisis de
situación**



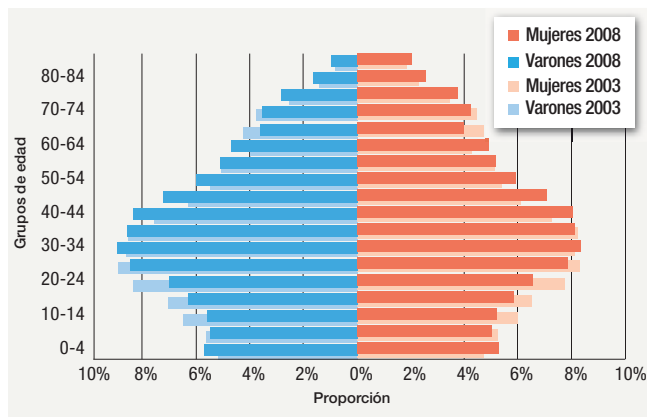
2.1

Análisis demográfico¹

La estructura por edad y sexo en la pirámide de población andaluza muestra su progresivo envejecimiento durante los últimos años. El total de población de Andalucía, en 2008, es de 8.202.220 habitantes. Los mayores de 65 años representan el 14,59%, de los cuales el 3,60% tiene 80 o más años y entre ellos la mitad son de 85 o más años.

Gráfico 1

Pirámide de Población Padronal. Andalucía 2003-2008



1. Tomado del análisis de situación del IV PAS.

El porcentaje de personas de 65 o más años ha ido aumentando en los últimos años y seguirá aumentando y, especialmente el porcentaje de población mayor de 80 años se prevé que sea incluso mayor. Este hecho es lo que se ha denominado «envejecimiento del envejecimiento», un fenómeno que, además, es eminentemente femenino, ya que los grupos de más edad estarán compuestos mayoritariamente por mujeres.

Estos cambios son más evidentes cuando se realizan comparaciones más distanciadas en el tiempo o se realizan proyecciones para el futuro, como se pone de manifiesto en las siguientes figuras.

Gráfico 2

Pirámide de Población Padronal. Andalucía 1991-2007

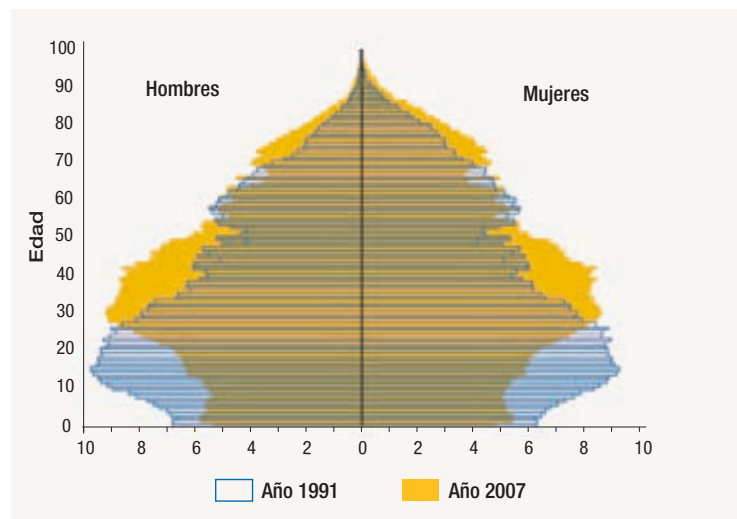
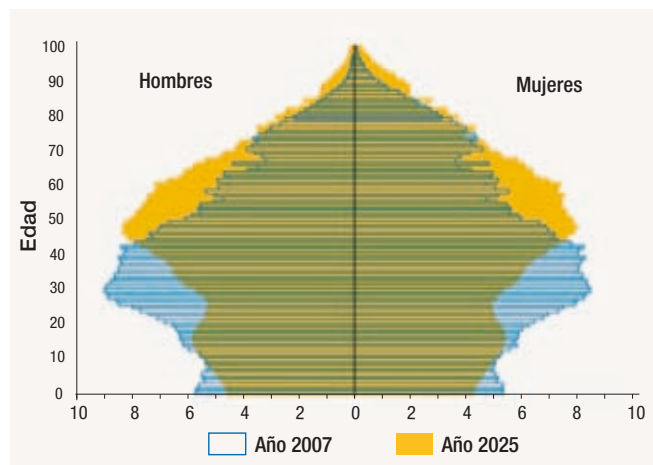


Gráfico 3

Pirámide de Población Padronal. Andalucía 2007-2025



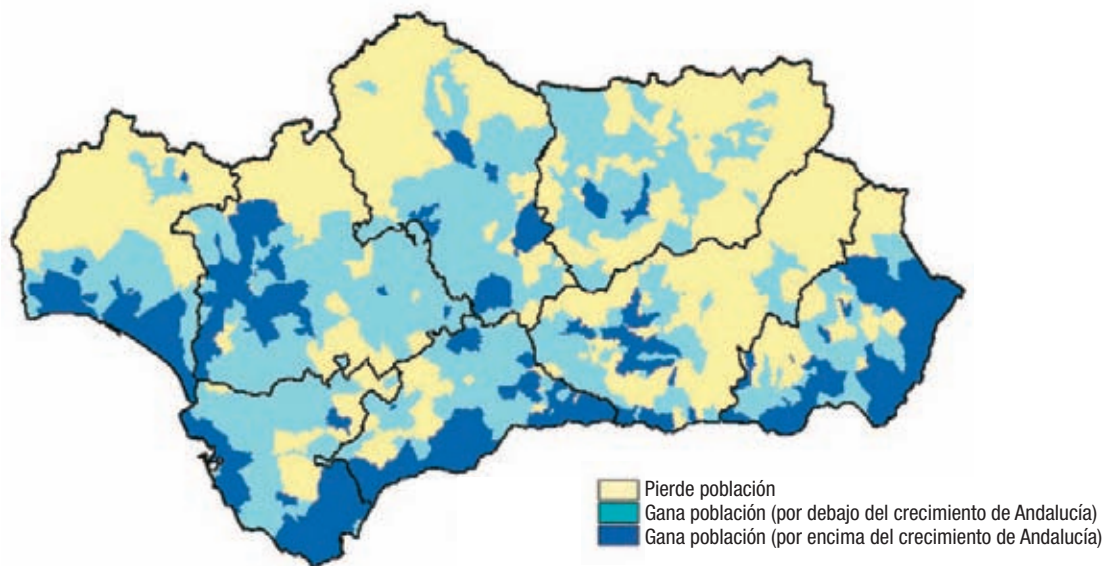
Crecimiento demográfico

Con respecto al crecimiento de Andalucía, en relación a las demás Comunidades Autónomas, se ha encontrado que para el año 2013 y en cifras absolutas, Andalucía aportaría más de un tercio del crecimiento vegetativo del total nacional (nacimientos – defunciones).

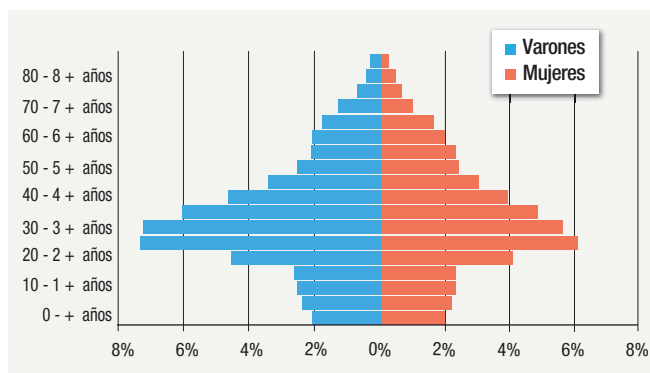
La dinámica de la población andaluza ha tenido un comportamiento heterogéneo durante los últimos 10 años. Ha crecido la población especialmente en los municipios del litoral y las capitales de provincia, junto con sus áreas metropolitanas. Sin embargo, se ha producido un proceso migratorio norte-sur con despoblamiento y envejecimiento de municipios de zonas de sierra situadas al norte de las provincias andaluzas.

Figura 1.

Crecimiento de la población andaluza (%). 1996-2007



Estructura de la población extranjera en Andalucía



La distribución de la población extranjera mantiene características peculiares que la distinguen de la población andaluza. La diferencia entre las dos poblaciones es especialmente importante para los rangos entre los 25 y 39 años: mientras en la población autóctona los picos mayores se quedan alrededor del 4%, en la población extranjera éstos superan el 5%, con puntas máximas de los hombres entre los 25 y 30 años, que llegan al 6%, y de las mujeres entre 25 y 35 años que rozan el 7%. La reducción de número de personas mayores de 65 años es por tanto más pronunciada en la población extranjera que en la española. La pirámide de la población extranjera corresponde a una población inmigrante, con predominio de las cohortes adultas en edad laboral y masculinas.

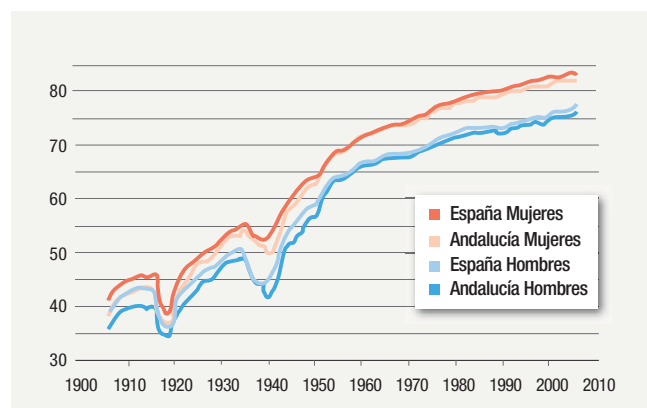
Esperanza de vida de la población andaluza

El descenso de la mortalidad ha sido el fenómeno demográfico y sanitario más importante del pasado siglo en los países desarrollados. La intensidad con la que se ha producido el descenso de la mortalidad en España y Andalucía es una de las características más sobresalientes.

En Andalucía, en este periodo, la esperanza de vida al nacimiento, se ha duplicado, ganándose cerca de cuarenta años más de vida por persona. En la actualidad, la longevidad media de la población andaluza, aunque aún con valores algo inferiores a la del conjunto de España, es muy similar a la media de la Unión Europea (UE-15) y superior a la de países europeos con un PIB más elevado.

■ Gráfico 4.

Evolución de la Esperanza de Vida por sexo, Andalucía y España



La situación sobre la esperanza de vida a los 65 años, en Andalucía y provincias, en 2009, se muestra en la siguiente tabla:

Provincia	Mujeres	Hombres
Almería	20,88	17,24
Cádiz	20,47	16,76
Córdoba	21,65	17,38
Granada	21,09	17,15
Huelva	20,62	17,02
Jaén	20,96	17,27
Málaga	20,94	17,40
Sevilla	20,86	16,90
Andalucía	20,94	17,13

Andalucía se encuentra entre las CCAA con mayor incremento de la Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS) entre 2002 y 2007. En el conjunto de España el valor de este indicador prácticamente no varía en el mismo periodo, mientras que en Andalucía aumenta en 3,6 años y decrece en distintas CCAA con un PIB por encima al de Andalucía. En 2002 la EVBS en Andalucía era similar a Ceuta y Melilla superaba a Canarias, mientras que en 2007, siete 7 CCAA (Asturias, Canarias, Valencia, Extremadura, Galicia, Murcia, Ceuta y Melilla) presentan valores por debajo de Andalucía.

Índice Envejecimiento 2005

Almería	12,76
Cádiz	12,62
Córdoba	17,11
Granada	16,26
Huelva	14,82
Jaén	17,78
Málaga	14,12
Sevilla	13,70
Andalucía	14,59

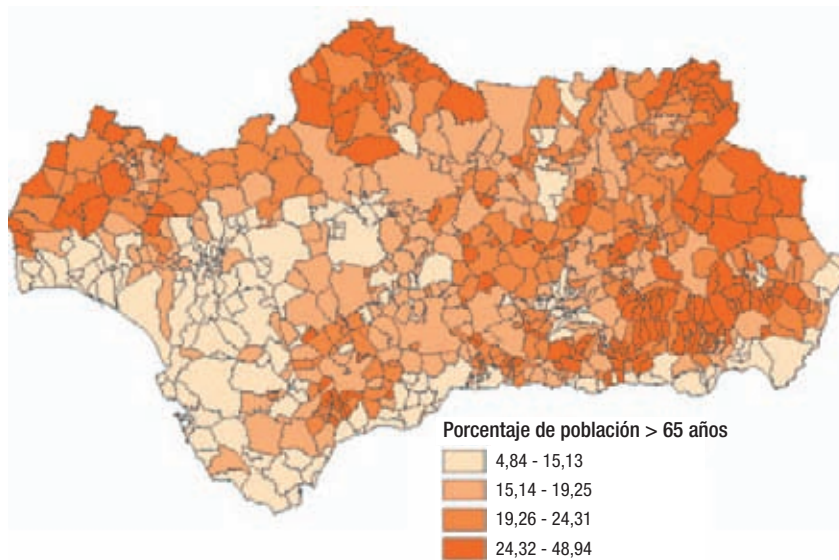
Envejecimiento y dependencia

El Índice de Envejecimiento representa el número de personas de 65 y más años por cada 100 habitantes. El porcentaje es de 14,59% para Andalucía, encontrándose los índices más elevados en las provincias de Jaén y Córdoba y los más bajos en Almería y Cádiz.

La distribución de la población mayor de 65 años en Andalucía por municipios, se concentra especialmente, en municipios de Andalucía Oriental, en zonas, en general, menos habitadas y municipios de sierra de Andalucía Occidental localizados en el norte de Huelva y Córdoba.

Figura 2.

Población mayor de 65 años en los municipios de Andalucía. 2008



Fuente: Padrón 2008. INE. Sº Epidemiología y S. Laboral. SG Salud Pública. C. Salud

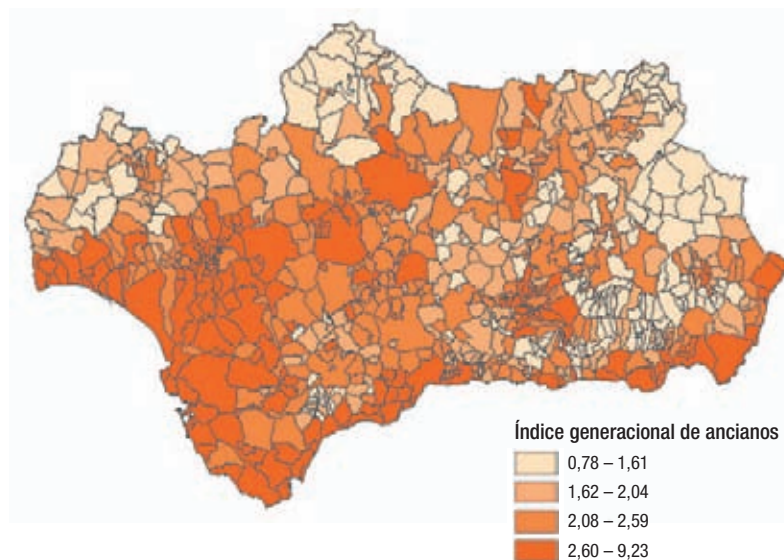
La población más envejecida, de 80 y más años, tiene una distribución por municipios similar a la descrita para los mayores de 65 años.

Índice generacional de ancianos (IGA):

Representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más. Estima por tanto, el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 y más. Teóricamente, relaciona la generación de los mayores con la de sus hijos, es decir, con la de sus cuidadores naturales y nos informa indirectamente sobre la necesidad de cuidados. El siguiente mapa muestra amplias zonas con un índice generacional de ancianos inferior a 1,61, es decir, con muy poca capacidad de cuidados, concentrado en el norte y este de Andalucía. Las zonas geográficas potencialmente con más apoyo familiar, con índices IGA mayor de 2,60, se corresponden con el litoral andaluz y Sevilla, en su mitad sur y Cádiz.

■ Figura 3.

Índice generacional de ancianos.



Fuente: Padrón 2008. INE. Sº Epidemiología y S. Laboral. SG Salud Pública. C. Salud.

Situación de dependencia

Las discapacidades que suponen dependencia, son aquellas que merman la capacidad para la realización de determinadas actividades de la vida diaria (ABVD).

Se estima que en la Unión Europea hay una prevalencia de dependencia de un 10% de la población. En España la principal fuente de información de la dependencia es la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) de 1999, que estimó alrededor de 218.000 personas en toda España.

Recientemente se ha publicado un avance de resultados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), realizada durante el año 2008 por el INE. La tasa de discapacidad por cada 1000 htes de seis y más años, diferente según cada CCAA, en Andalucía se estima que es de 716.100 personas.

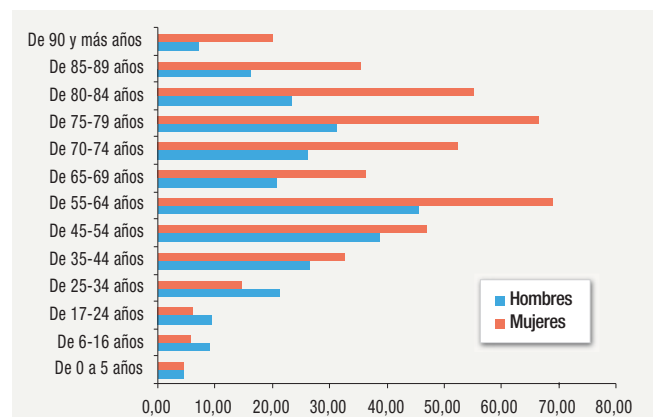
La EDAD 2008 ha permitido disponer de datos actuales sobre la dependencia en Andalucía, cuantificando la necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria. Se estima que un 5,6% de los andaluces necesitan ayuda para las ABVD. Más del 32% de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad, y más del 68% de las que tiene dependencia son personas mayores.

En Andalucía, de las 552.000 personas mayores de 6 años con discapacidades en ABVD, el 79% recibe ayuda. Ello permite rebajar la severidad de sus limitaciones y reducir el número de personas que tienen un grado severo o total de discapacidad, que sería de 232.300 personas.

El 61,6% de la población con discapacidad son mujeres. En las edades más tempranas de la vida hay un mayor número de hombres con discapacidad que de mujeres, situación que se invierte en edades más avanzadas, con un punto de inflexión que se sitúa alrededor de los 45 años.

■ Gráfico 5.

Personas con alguna discapacidad por grupo de edad y sexo. Andalucía. EDAD-2008 (en miles)



Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. Avance de resultados

La esperanza de vida libre de discapacidad para las actividades de la vida diaria (EVLD) es el indicador más pertinente para aproximarnos a una estimación de los años que las andaluzas y los andaluces viven en situación de dependencia. Con datos referidos a la EDDES 99, en España, la EVLD al nacer era de 72,8 años para los hombres y de 75,4 años para las mujeres, mientras que, en Andalucía, la EVLD era de 66,97 años para los hombres y de 68,97 para las mujeres. Andalucía ocupaba en 1999 el puesto número 16 entre las comunidades autónomas en cuanto a EVLD.

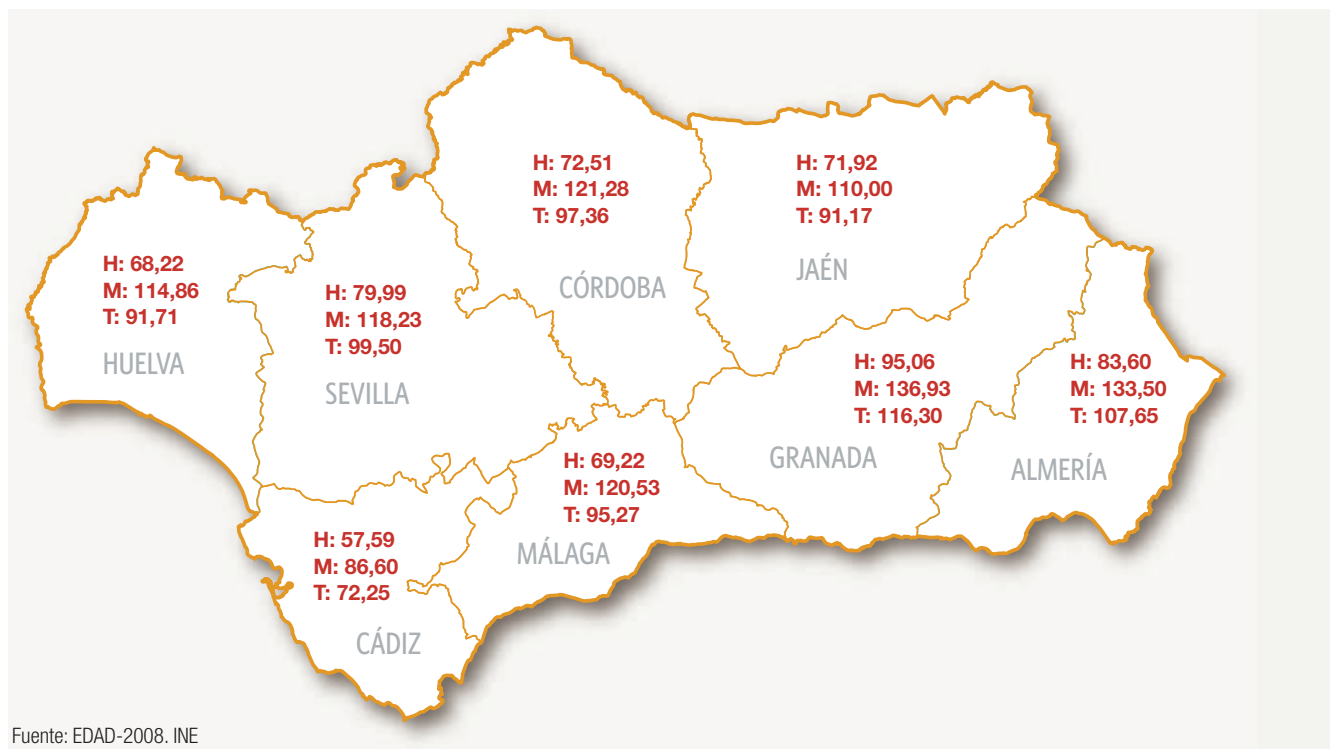
Por término medio, en Andalucía, los hombres van a vivir 7,9 años de su vida en situación de dependencia y las mujeres 12,1 años. Así pues, las mujeres viven en promedio más años, pero muchos de ellos los viven en situación de dependencia. De hecho, según la Encuesta de Redes Familiares (ERF) del IEA, 2005, el 47,4 % de las mujeres mayores de 65 años afirman que necesitan ayuda para las ABVD, mientras que eso le sucede al 35,9% de los hombres de esa edad.

Con todo, esta diferencia de “necesidad de ayuda”, registrada en la ERF entre hombres y mujeres mayores de 65 años, tiene que ser interpretada tomando en consideración los roles de género. La dependencia afecta más a las áreas geográficas y poblaciones pequeñas, con mayor tasa de envejecimiento. Una de cada tres personas con discapacidad vive en municipios menores de 10.000 habitantes, con lo que ello supone de dificultades de acceso a los recursos de ayuda.

La distribución por provincias no es homogénea, explicándose las disparidades por las diferencias existentes en la distribución de la población según el tamaño de los municipios o el índice de envejecimiento.

■ Figura 4.

Distribución de personas de 6 o más años con alguna discapacidad por provincias andaluzas. Tasas por 1000 habitantes.



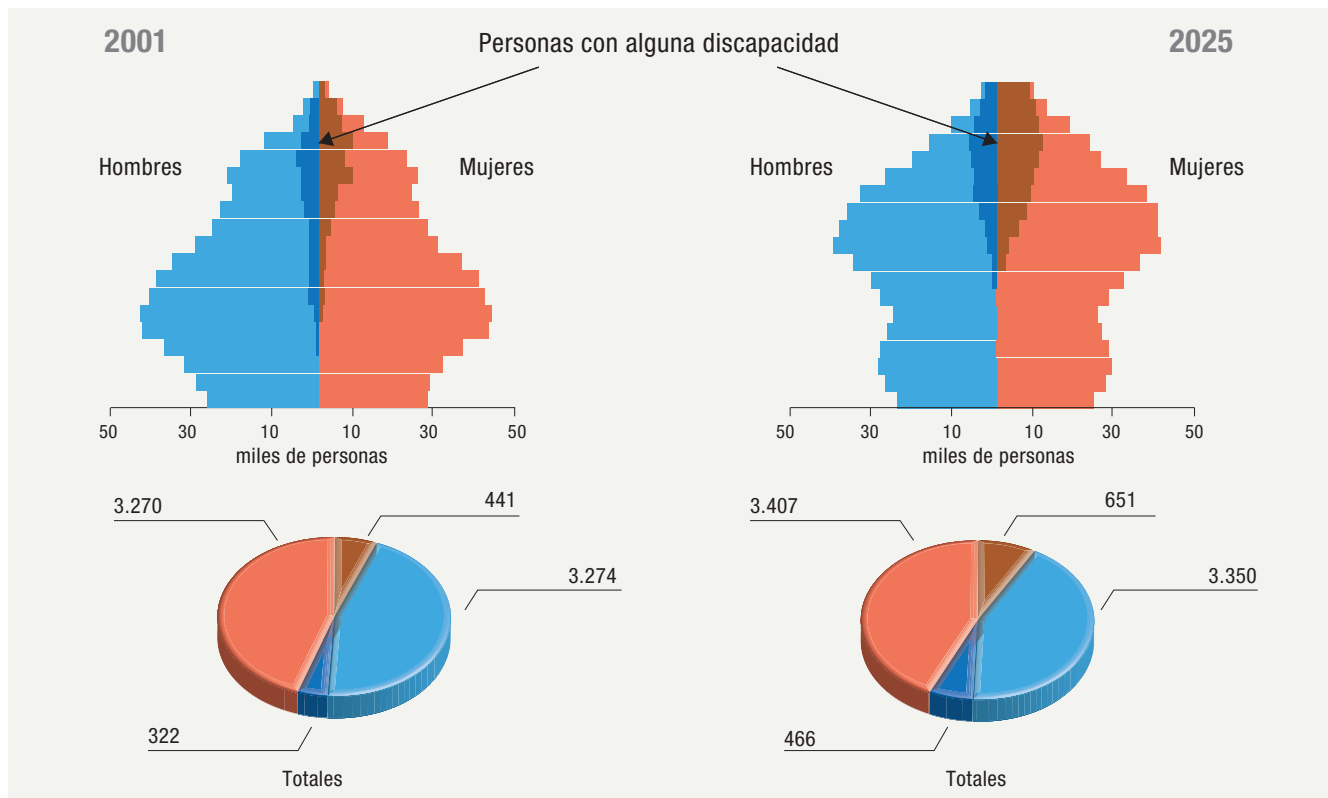
El 75% del total de las discapacidades afectan al desplazamiento, dentro y fuera del hogar, a la realización de las tareas del hogar y de los cuidados personales y a la utilización de las manos y los brazos. El otro 25% básicamente, se reparte entre los problemas de comunicación, de relación con el entorno y de las tareas cognitivas elementales.

La limitación física es la causa más frecuente, pero hay que tener en cuenta que, en determinados grupos de edad, las limitaciones sensoriales o mentales pueden ser las más importantes.

Los escenarios que se plantean para el futuro son de aumento progresivo del número de personas en situación de dependencia, unido, básicamente, al progresivo aumento de la esperanza de vida. Las estimaciones realizadas a partir de la EDDDES-99 hasta el 2025 en Andalucía se presentan en la Gráfico 6.

■ Gráfico 6.

Aumento del número de personas en situación de dependencia y de la esperanza de vida. Estimaciones realizadas a partir de la EDES-99 hasta el 2025. Andalucía



Situación actual de la aplicación de la Ley para la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

El Ministerio de Sanidad y Política Social, edita un boletín mensual en el que se aporta información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que está disponible en: <http://www.saad.mtas.es/portal/documentacion/estadisticas/estsaad.html>.

En el año 2009, en Andalucía se han realizado 282.415 solicitudes de reconocimiento del grado de dependencia, lo que supone el 30,30% del total de España, es la Comunidad Autónoma con mayor número de solicitudes, seguida de Cataluña (133.078, 14,28%) y el País Vasco (67.047, 7,19%).

Se han realizado 244.816 (86,69%) valoraciones de los que se han derivado 226.636 (80,25%) dictámenes, correspondiendo 113.923 (50,27%) al Grado III

y 61.688 (27,22%) al Grado II, resultando un total de beneficiarios con derecho a prestación de 175.611 (77,49%).

En cuanto a las prestaciones identificadas en el Plan Individualizado de Atención (PIA), se dan los siguientes resultados:

Teleasistencia:	14.239 (8,10%)
Ayuda a domicilio:	39.447 (22,46%)
Centros de día/noche:	5.912 (3,37%)
Atención residencial:	13.907 (7,92%)
Prestaciones económicas vinculadas a servicios:	2.275 (1,30%)
Prestaciones económicas a cuidadores familiares:	57.662 (32,84%)
Prestaciones económicas para la asistencia personal:	25 (0,01%)
Actualmente están pendientes de identificar en el P. I. A.	42.146 (24%) personas

También se puede aportar información respecto a los grados y niveles de las personas valoradas hasta la actualidad, teniendo en cuenta que la ley no se ha completado de implantar en su totalidad.

TOTAL	226.636
Grado III, Nivel 2	63.649 (28,08%)
Grado III, Nivel 1	50.274 (22,18%)
Grado II, Nivel 2	28.573 (12,61%)
Grado II, Nivel 1	33.115 (14,61%)
Grado I, Nivel 2	16.852 (7,44%)
Grado I, Nivel 1	19.016 (8,39%)
SIN GRADO	15.157 (6,69%)

De los datos presentados, se observa que Andalucía es una comunidad que apuesta definitivamente por la aplicación de la Ley, y conforme se van cumpliendo los años de implantación, se está llegando a las poblaciones previsibles; en cuanto a las prestaciones, observa un importante nivel de prestaciones vinculadas a los cuidadores familiares frente al de los servicios profesionalizados. Esta situación era previsible y así ha ocurrido anteriormente en los países de nuestro entorno.

La labor de cuidar tiene un coste muy importante y hay ocasiones en las que puede llegar a generar sobrecarga, aislamiento o insatisfacción en quien la ejerce. El interés de poner de manifiesto su existencia radica en que permite que la atención del sistema pueda centrarse también en la persona que cuida y no sólo en la persona que es cuidada. Los factores que más determinan la sobrecarga están en relación con el peso de las cargas de los cuidados, con las renuncias personales (a la vida laboral, al desempeño de otros roles familiares y sociales, a los proyectos de futuro, con anulación del plan de vida propio) y el déficit de autocuidado.

Las enfermedades crónicas (EC) lideran las causas de mortalidad en todo el mundo, provocando más muertes cada año que otras causas, incluso consideradas de manera conjunta. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades crónicas fueron la causa del 63% de las muertes en el mundo durante 2008 y se espera que supongan el 75% en 2020. A pesar de su rápido crecimiento y distribución desigual, gran parte del impacto social y humano, creado cada año por las muertes relacionadas con las

EC, pueden ser evitados mediante intervenciones bien estudiadas, coste-efectivas y factibles¹.

Por otro lado, en la población general adulta la prevalencia de múltiples enfermedades crónicas varía ampliamente según diversas publicaciones. Los estudios en España son fundamentalmente de base hospitalaria, obteniendo prevalencias que van desde el 42% hasta el 57%.

A pesar de que cada vez son más las personas que sufren múltiples enfermedades crónicas y que, por tanto, se hace necesario y urgente prestarles una atención adecuada y de calidad, los problemas metodológicos en cuanto a medir la comorbilidad o multimorbilidad persisten, habiendo una enorme heterogeneidad de índices existentes que coinciden en centrarse en aquellas enfermedades crónicas con alta prevalencia y con un impacto grave en las personas afectadas². Algunos grupos de investigación en el mundo, y especialmente de Andalucía, están introduciendo nuevos conceptos como el de pluripatología, que tratan de responder a las necesidades de profesionales sanitarios para abordar integralmente los problemas de pacientes con múltiples enfermedades crónicas^{3,4}.

1 World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. WHO Library Cataloguing in Publication Data. 2011. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

2 Diederichs C, Berger K, Bartels DB. The Measurement of Multiple Chronic Diseases – A Systematic Review on Existing Multimorbidity Indices. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2011 March; 66(3): 301-311

3 Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. When People live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/>

4 Ollero-Baturone, M. Alvarez, M. Barón-Franco, B. Bernabéu-Wittel, M. Codina, A. Fernández-Moyano, A., EM al., 2007. Atención al paciente pluripatológico. Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Segunda Edición. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/pluri.pdf>

Encuesta de Salud de Andalucía 2007

Una de las fuentes de conocimiento, en Andalucía, sobre la prevalencia, estado de salud, consumo de medicamentos y utilización de servicios sanitarios de la población que vive con enfermedades crónicas, es la Encuesta Andaluza de Salud de 2007 (EAS07), principal encuesta de base poblacional sobre el Sistema Sanitario Público de Andalucía y sobre el estado de salud de la población no institucionalizada y residente en Andalucía. Se realiza mediante entrevista personal en el hogar de la persona entrevistada y consta de dos muestras independientes, una para la población menor de 16 años (2.000 personas) y otra para la población mayor de 16 años (6.500 personas).

A partir de los datos de la EAS07, se ha elaborado un informe que nos ha permitido conocer la situación actual de las enfermedades crónicas.

La tabla siguiente muestra una lista de EC. Por un lado las 12 de la EAS07 que se han considerado en el análisis estadístico y, por otro lado, otras recogidas en la EAS07 pero no consideradas en la EAS07 y las no recogidas en la EAS07.

■ Tabla 1.

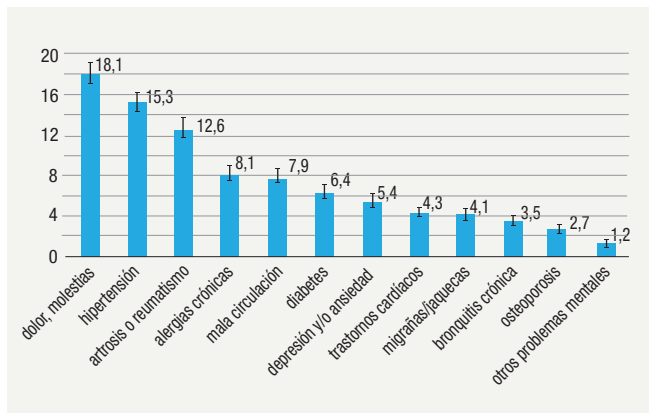
Enfermedades Crónicas (EC)

EC de la EAS07 analizadas	EC de la EAS07 no analizadas	Otras EC no recogidas en la EAS07
■ alergias crónicas	■ Varices en las piernas	■ Asma
■ artrosis o reumatismo	■ Colesterol	■ Cáncer
■ bronquitis crónica	■ Trastornos de próstata	■ Dolor crónico
■ diabetes	■ Anemia	■ Enfisema o EPOC
■ hipertensión	■ Incontinencia urinaria	■ Infarto
■ migrañas/jaquecas	■ Dolor menstrual	
■ dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura	■ Otras enfermedades crónicas especificadas por el entrevistado	
■ mala circulación		
■ trastornos cardíacos		
■ depresión y/o ansiedad		
■ otros problemas mentales		
■ osteoporosis		

Los principales resultados son:

■ Gráfico 7.

Prevalencia de Enfermedades Crónicas individuales*.



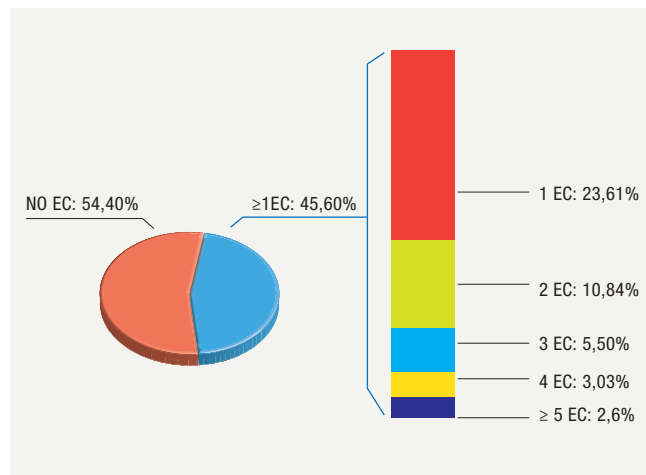
*Indicadas por médico. Coeficiente de variación máximo obtenido del 11,6%.
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

La prevalencia de todas las EC aumenta muy significativamente con la edad ($p < 0,001$), a excepción de la de migrañas/jaquecas ($p = 0,28$) y la de alergias crónicas que se dan significativamente con mayor frecuencia en los grupos de menor edad ($p < 0,001$).

Un 45,6% (EM=0,6) de la población andaluza mayor de 16 años refirió tener al menos una EC de entre las 12 EC anteriores (Gráfico 8), distribuyéndose en un 23,61% (EM=0,5) que tiene 1 EC, un 10,84% (EM=0,4) con 2 EC, un 5,5% con 3 (EM=0,3), un 3,03% con 4 (EM=0,2) y un 2,62% (EM=0,2) que padece 5 ó más EC.

■ Gráfico 8.

Prevalencia de Enfermedad crónica (EC)*



*Al menos una de entre las 12 siguientes: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. Coeficiente de variación máximo obtenido del 7,5%.

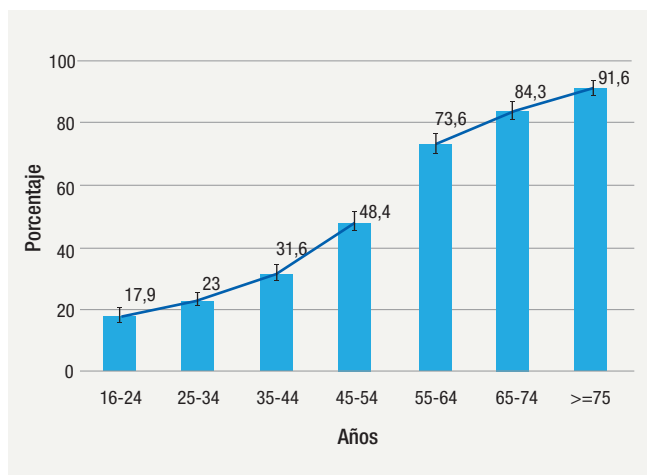
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Si analizamos la prevalencia de tener al menos 1 EC, según la edad, ésta va de un 17,9% en el grupo de edad más joven (16-24 años) al 91,6% en el más mayor (≥ 75 años), observándose una evolución creciente con un salto entre los grupos de edad 45-54 años y 55-64 años, grupo éste último donde la prevalencia de tener al menos 1 EC es casi el doble con respecto al grupo inmediatamente anterior (73,6% y 48,4% respectivamente).

Por otra parte, las prevalencias observadas de tener al menos 1 EC entre el grupo de edad 75-84 y ≥ 85 años son muy similares (91,7 y 90,4% respectivamente).

■ Gráfico 9.

Prevalencia de tener al menos 1EC* según grupos de edad**.



*Al menos una de entre las 12 siguientes: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis.

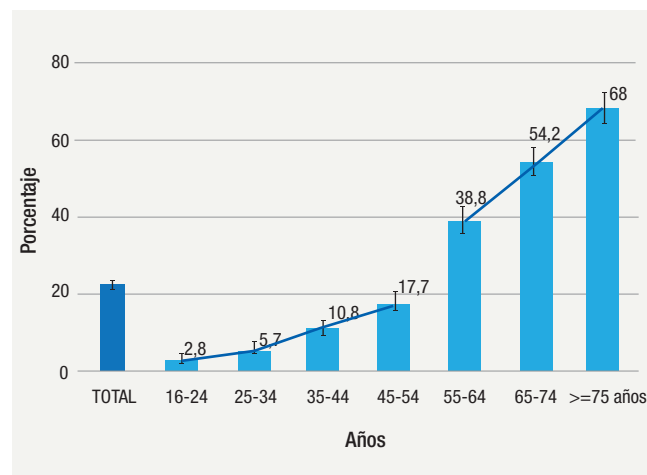
** Intervalos de confianza de la proporción al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 6,8%.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Al igual que ocurría con la prevalencia de tener al menos 1 EC, se observa una evolución creciente con un salto aún mayor entre los grupos de edad 45-54 años y 55-64 años, grupo éste último donde la prevalencia de tener al menos 2 EC es más del doble con respecto al grupo inmediatamente anterior (17,7% y 38,8% respectivamente).

■ Gráfico 10.

Prevalencia de al menos 2 EC*, total y según grupos de edad**.



*Al menos dos de entre las 12 siguientes: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis.

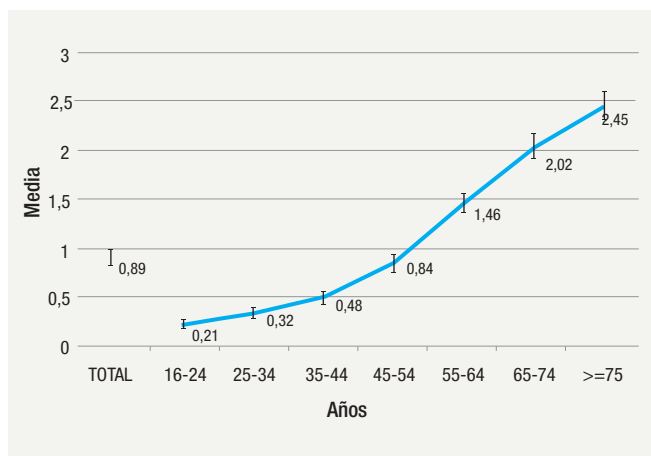
** Intervalos de confianza de la proporción al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 11,3%, a excepción del grupo 16-24 años que fue del 18,6% por lo que la interpretación debe tomarse con precaución debido a la alta variabilidad.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Las prevalencias observadas de tener al menos 2 EC, entre el grupo de edad 75-84 y >=85 años son similares, aunque en menor medida que en el caso de tener al menos 1EC (68,6% y 63,5% respectivamente).

■ Gráfico 11.

Nº medio de Enfermedades Crónicas*, total y según grupos de edad**



*Al menos dos de entre las 12 siguientes: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis.

** Intervalos de confianza de la media al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 7,4%.

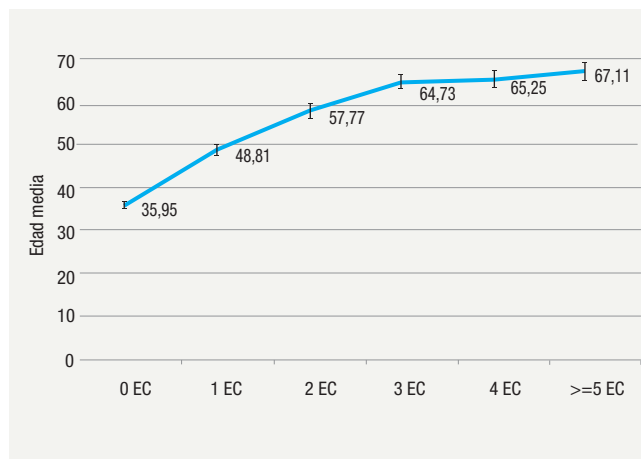
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Nuevamente, los resultados observados son similares entre el grupo de edad 75-84 y el de ≥ 85 años (2,45 y 2,42 EC respectivamente).

La edad media de no tener EC es de 35,95 años (EM=0,23), mientras que la de tener 1 EC es de 48,81 años (EM=0,44), 2 EC de 57,77 años (EM=0,62) y 3 EC de 64,73 años (EM=0,72), aumentando ligeramente para 4 EC (65,25; EM=1) y 5 ó más EC (67,11; EM=0,97).

■ Gráfico 12.

Edad media según nº de Enfermedades Crónicas*



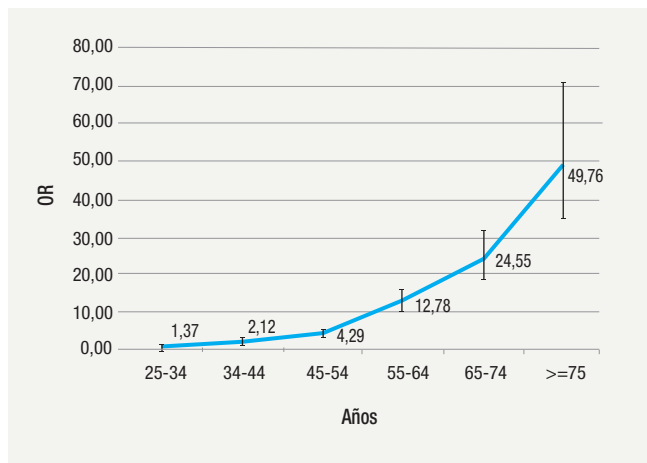
*Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. Intervalos de confianza de la media al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 2%.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Así pues, la relación entre la edad y el nº de EC es bastante alta, siendo ligeramente superior la relación exponencial. Por otro lado, las OR de tener al menos 1 EC, según los diferentes grupos de edad, son estadísticamente significativas en todos ellos, no sólo con respecto al de referencia (16-24 años), sino también con respecto al grupo inmediatamente anterior ($p < 0,05$), con el que además la OR va siendo el doble. Una vez más, se evidencia la fuerte relación entre al menos 1 EC y edad, observándose además una alta variabilidad en los grupos más mayores.

■ Gráfico 13.

OR de tener al menos 1 EC* según grupos de edad**



*Al menos una Enfermedad Crónica de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis.

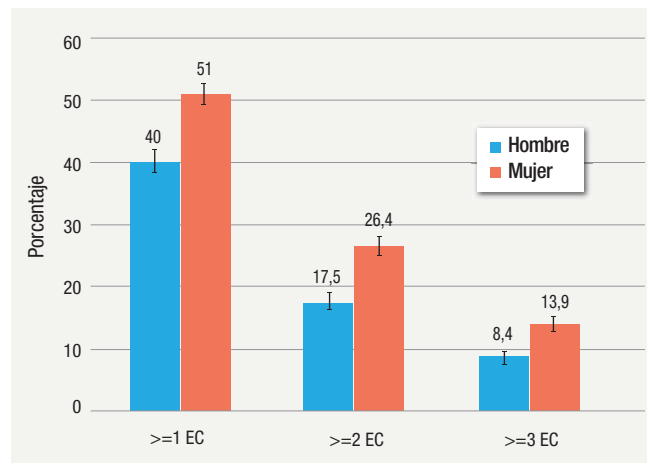
**Intervalos de confianza de OR al 95%.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Con respecto al sexo, tener al menos 1 EC y tener al menos 2 EC es significativamente más prevalente en las mujeres (Gráfico 14; $p < 0,001$). Así pues, un 51% (EM=0,9) de las mujeres andaluzas mayores de 16 años tiene al menos 1 EC, un 26,4% (EM=0,8) al menos 2 EC y un 13,9% (EM=0,6) tres ó más EC. En los hombres, estos porcentajes son del 40% (EM=0,9), 17,5% (EM=0,7) y 8,4% (EM=0,5) respectivamente.

■ Gráfico 14.

Prevalencia de Enfermedades Crónicas según sexo*



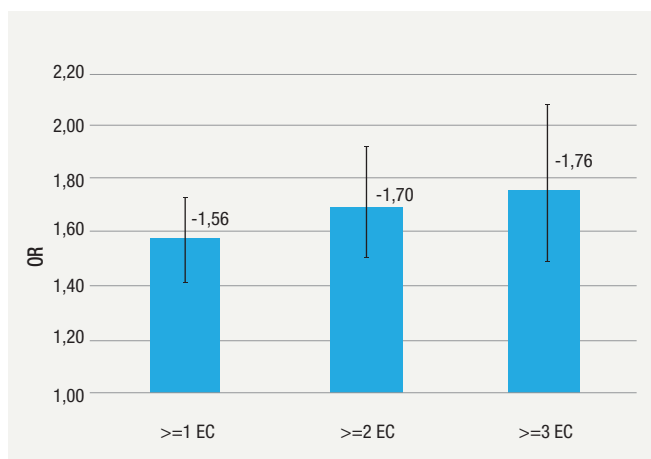
* Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. Intervalos de confianza de OR al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 5,8%.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Además, se observa un incremento de la probabilidad de que las mujeres padezcan EC conforme aumenta su número (Gráfico 15).

■ Gráfico 15.

OR de tener Enfermedades Crónicas en mujeres*

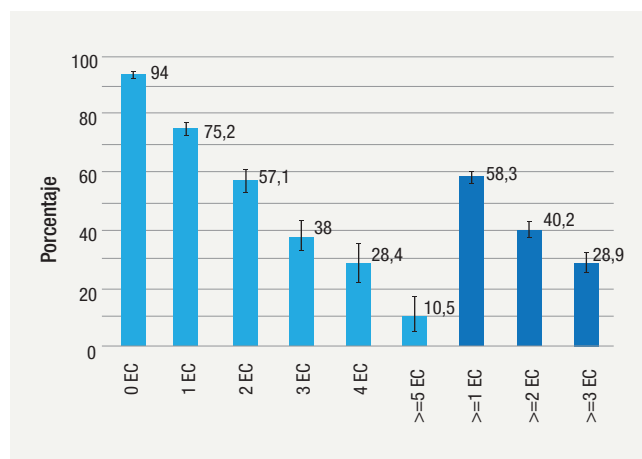


* Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. Intervalos de confianza de OR al 95%.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

■ Gráfico 16.

Estado de Salud* y tener al menos 1 EC**



* Salud general autopercibida como 'excelente, muy buena o buena' según pregunta simple de la escala de calidad de vida SF-12 (resto de categorías: regular y mala).

** Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. Intervalos de confianza de la proporción al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 11,3%, a excepción de >=5EC que fue del 22,3% por lo que la interpretación debe tomarse con precaución debido a la alta variabilidad.

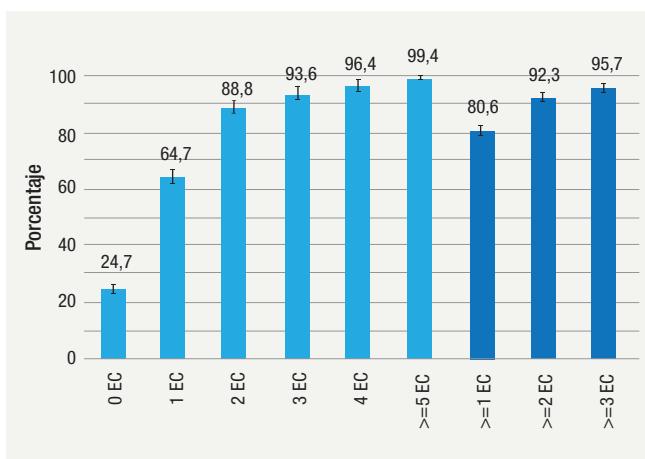
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

El porcentaje de salud general autopercibida por la población andaluza mayor de 16 años como 'excelente, muy buena o buena, desciende desde un 94% para la población sin EC hasta un 10,5% para la que tiene 5 ó más EC (Gráfico 16). Por otro lado, es de un 58,3% (EM=0,9) en la población con al menos 1 EC, un 40,2% (EM=1,3) en la de al menos 2 EC y un 28,9% (EM=1,7) para la que padece 3 ó más EC. En todos los casos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Para la otra medición de la EAS07 sobre la Salud general autopercibida, que considera las categorías de 'muy bueno y bueno' (frente a 'regular, malo y muy malo'), se obtuvieron resultados bastante similares a los anteriores, siendo los siguientes: 93,3% no EC, 75,2% 1 EC, 52,3% 2 EC, 39,7% 3 EC, 27,4% 4 EC, 12,9% 5 ó más EC; 58,7% 1 ó más EC, 41% 2 ó más EC y 30% 3 ó más EC.

Un 24,7% de la población andaluza mayor de 16 años sin EC afirmó haber consumido algún medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.) en las 2 semanas previas a la entrevista (Gráfico 17), mientras que este porcentaje aumenta a más del doble para la población con una EC (64,7%), a más del triple (80,6%) para la población con al menos 1 EC, al 92,3% con al menos 2 EC y a prácticamente el 100% para la población con 5 ó más EC.

Gráfico 17.
Consumo de medicamentos* y tener al menos 1EC**



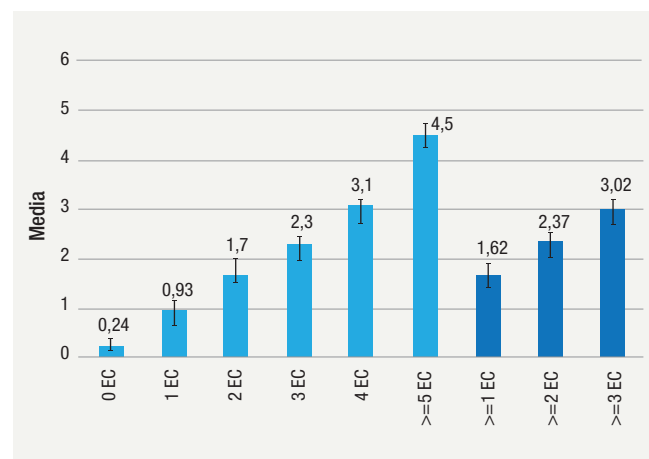
* En las 2 semanas previas a la entrevista. Medicamentos como gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc., no necesariamente recetados.

** Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. Intervalos de confianza de la proporción al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 2,9%.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Por otro lado, la población que tiene al menos 1 EC consumió en las 2 semanas previas a la entrevista 1,62 medicamentos de media, con al menos 2 EC consumió 2,37 medicamentos y con al menos 3 EC consumió 3,02 medicamentos (Gráfico 18). Esta coincidencia entre número de medicamentos y número de EC se confirma con la alta relación observada entre ambas variables ($R=0,75$).

Gráfico 18.
Número de medicamentos diferentes consumidos* en personas con al menos 1 EC.**



* En las 2 semanas previas a la entrevista. Medicamentos como gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc., no necesariamente recetados.

** Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. Intervalos de confianza de la proporción al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 4%.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Por último, añadir que se obtienen resultados similares para el consumo de medicamentos recetados, aunque con porcentajes inferiores.

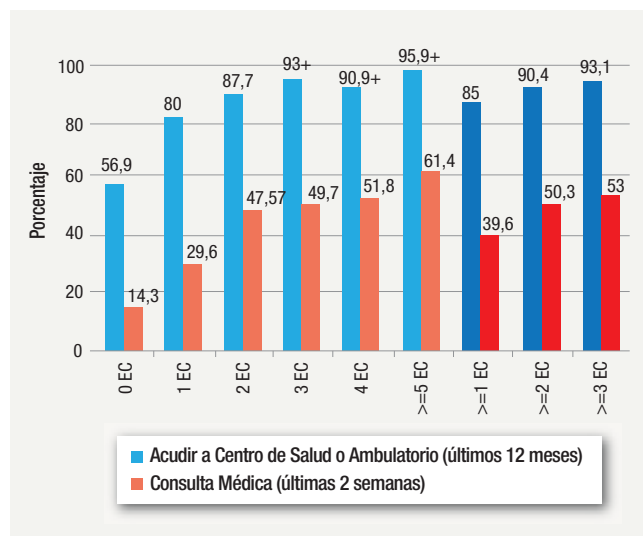
Servicios Sanitarios

Un 56,9% (EM=0,8) de la población andaluza mayor de 16 años sin EC acudieron a su Centro de Salud o Ambulatorio en los 12 meses previos a la entrevista, mientras que ese porcentaje aumenta al 85% (EM=0,7) en la población con al menos 1 EC y al 90,4% (EM=0,8) con al menos 2 EC.

En el caso de la consulta médica en las 2 semanas previas a la entrevista, acudió a ésta un 14,3% (EM=0,6) de la población andaluza mayor de 16 años sin EC, frente al 39,6% (EM=0,9) de la población con al menos 1 EC y al 50,3% (EM=1,3) de la población con al menos 2 EC (no se refiere a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía).

Gráfico 19.

Utilización de Centro de Salud, Ambulatorio o Consulta Médica* y tener al menos 1 EC**



* No se refiere a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

** Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis.

+ Coeficientes de variación por encima del 16,6%, por lo que la interpretación debe tomarse con precaución debido a la alta variabilidad. El resto de estimaciones obtuvieron un máximo del 13,8%.

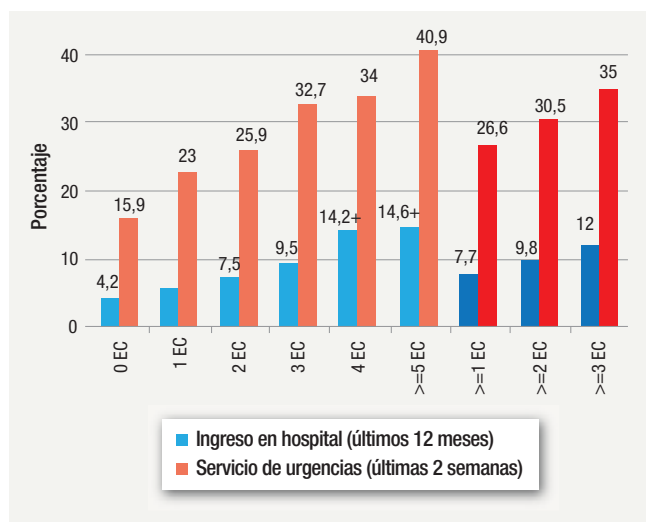
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Con respecto a la hospitalización, mientras el 4,2% (EM=0,3) de la población andaluza mayor de 16 años sin EC dijo haber estado hospitalizado al menos 1 noche en los 12 meses previos a la entrevista, este porcentaje es del 7,7% (EM=0,5) en la población con al menos 1 EC y del 9,8% (EM=0,8) en la población con al menos 2 EC.

Por último, el 15,9% (EM=0,6) de la población andaluza mayor de 16 años sin EC dijo haber utilizado algún servicio de urgencias en los 12 meses previos a la entrevista, siendo este porcentaje del 26,6% (EM=0,8) en la población con al menos 1 EC y 30,5% (EM=0,8) en la población con al menos 2 EC..

■ Gráfico 20.

Hospitalización* y utilización de servicios de urgencias y tener al menos 1 EC**



* Ingreso en el hospital de al menos 1 noche.

** Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis.

+ Coeficientes de variación por encima del 16,6%, por lo que la interpretación debe tomarse con precaución debido a la alta variabilidad. El resto de estimaciones obtuvieron un máximo del 13,2%.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Evolución del Riesgo Cardiovascular en la Población Andaluza en los últimos 16 años (1992-2007): Estudios DRECA 1-2.

Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte en los países occidentales. En España fueron responsables del 35 % del total de las defunciones en el año 2000 (30 % en varones y 40 % en mujeres), cifra que se eleva al 38 % en nuestra comunidad autónoma (33 % en varones y 45 % en mujeres). Dentro de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC), las dos principales causas de mortalidad son la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular.

Las tasas ajustadas de mortalidad por EAC han disminuido en España un 42 % en los últimos 20 años (1980-2000), a expensas fundamentalmente, de la mortalidad por ictus, siendo escaso el descenso de la mortalidad por cardiopatía isquémica. Esta tendencia descendente se observa también en Andalucía (reducción del 36 % en el mismo periodo), pero mostrando siempre tasas de mortalidad por encima de la media española.

La reducción observada en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares es similar a la nacional, pero en el caso de las coronariopatías el porcentaje de disminución es menor. Sin embargo, debido al envejecimiento de la población, en términos absolutos, la mortalidad por EAC no sólo no ha disminuido sino que incluso ha aumentado, sobre todo la relacionada con la cardiopatía isquémica. Es de esperar que el impacto sanitario de estas enfermedades continúe aumentando en los próximos años.

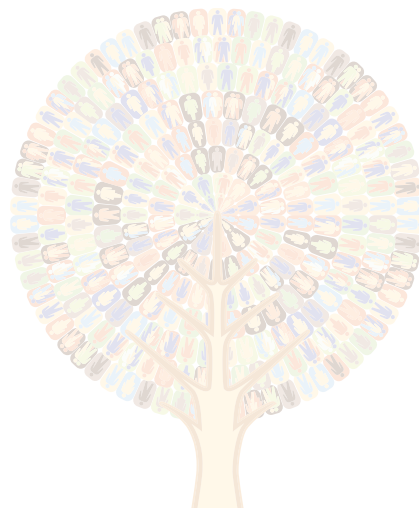
Desde un punto de vista comparativo, Andalucía, Murcia, Canarias y la Comunidad Valenciana son las comunidades autónomas que presentan las tasas de mortalidad estandarizadas por edad más altas de España, tanto para el conjunto de las EAC, como para la cardiopatía isquémica en particular. La elevada prevalencia de factores de riesgo vascular en nuestra comunidad justifica en parte esta situación, a pesar de ser la nuestra una de las CCAA menos envejecidas de España (Andalucía es la comunidad autónoma con menor porcentaje de población de más de 65 años).

El proyecto DRECA 2 es un estudio de base poblacional cuyo objetivo principal es analizar la evolución temporal y la tendencia de los factores de riesgo vascular (FRV) mayores en una cohorte de población andaluza, durante el periodo 1992-2007. La edad actual de esta cohorte es de 20 a 74 años y por tanto los datos son sólo extrapolables a este grupo de edad. La edad es uno de los principales FRV (si no el que más), pero no es modificable. Los datos epidemiológicos de los grupos de edad mayores proceden de estudios no exclusivamente de población andaluza o de poblaciones demandantes en las que la prevalencia es superior a la de la población general.

Tener información válida sobre la situación actual de los FRV modificables en la población andaluza, así como su tendencia temporal a largo plazo, permite plantear y priorizar las estrategias de prevención cardiovascular de una manera más eficiente, coherente y realista.

El DRECA-2 parte de la cohorte del Estudio DRECA-1, realizado en el año 1992 en una muestra de 2.721 personas de 5 a 59 años (1.302 hombres y 1.419 mujeres), representativa de la población andaluza en ese momento, que se vuelve a estudiar en el año 2007. Los individuos captados y seguidos forman parte del estudio longitudinal, que permite valorar la incidencia y tendencia temporal de los FRV en los últimos 15 años. Para el estudio transversal anidado se sustituyen los individuos no captados por otros del mismo sexo, rango de edad y lugar de residencia. En él se analiza la prevalencia de FRV clásicos, FRV emergentes y marcadores genéticos, y el grado de adherencia a la dieta mediterránea.

A continuación se presentan las tablas sobre prevalencia de FRV clásicos.

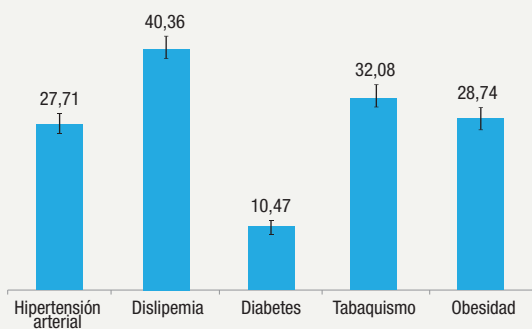


■ Gráfico 21

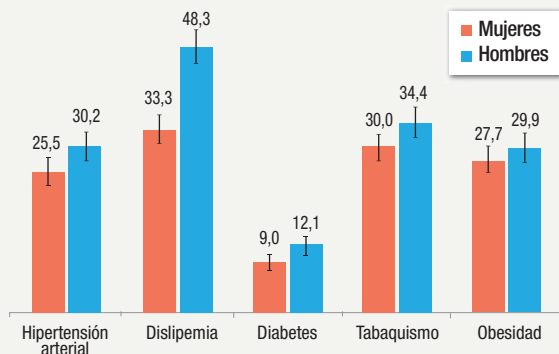
Prevalencia de FRV (%).

Estudio DRECA 2 (20-74 años)

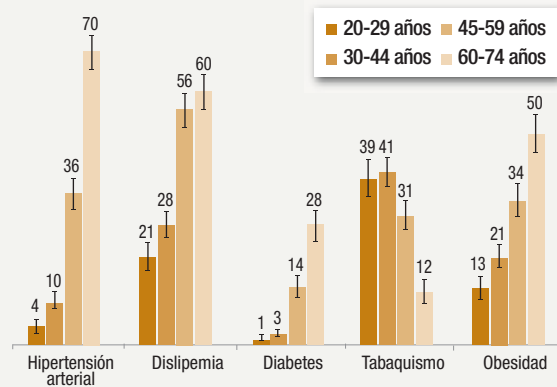
Prevalencia de FRV mayores. Hombres y Mujeres



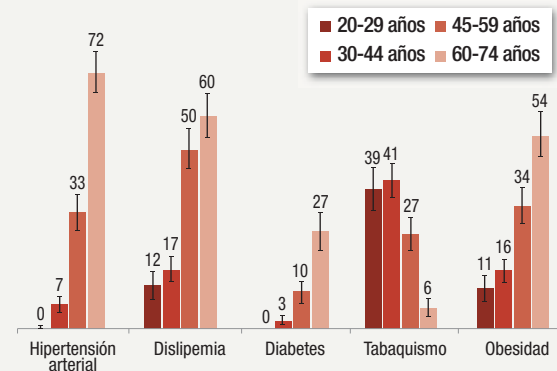
Prevalencia de FRV mayores



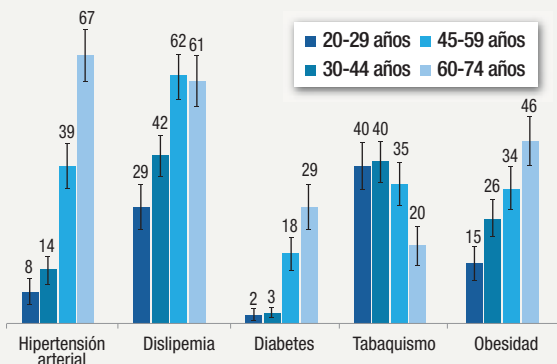
Prevalencia de FRV mayores. Hombres y Mujeres



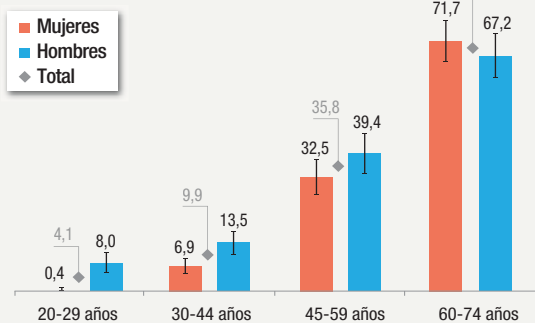
Prevalencia de FRV mayores. Mujeres



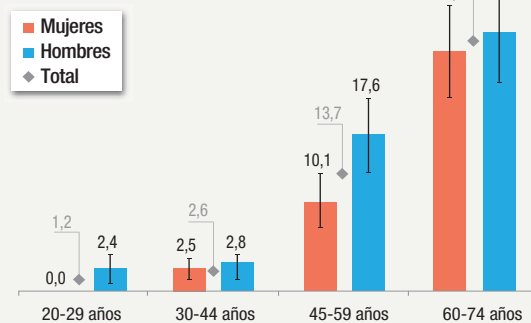
Prevalencia de FRV mayores. Hombres



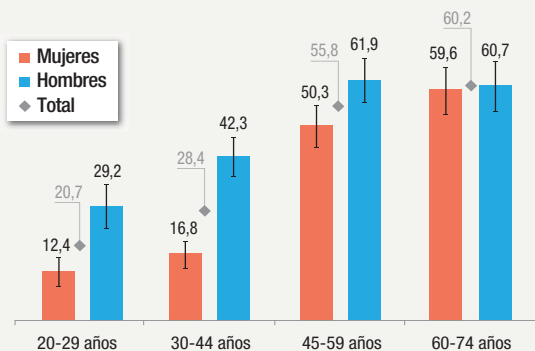
Prevalencia de Hipertensión Arterial



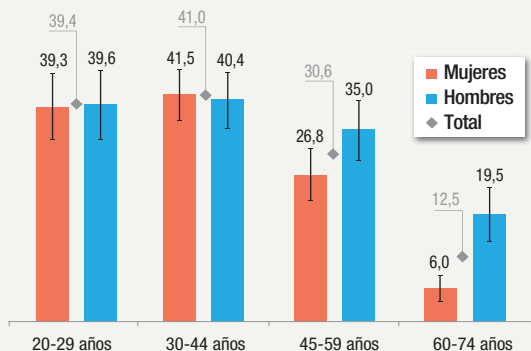
Prevalencia de Diabetes Miletus



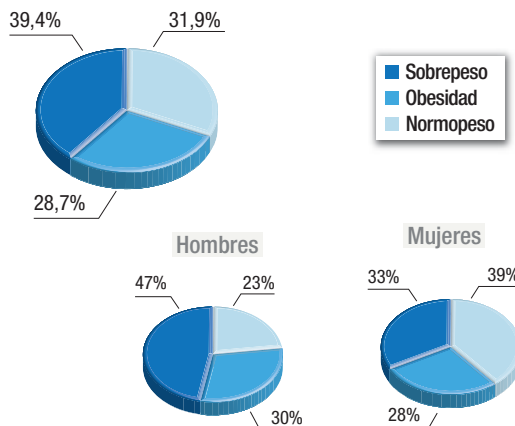
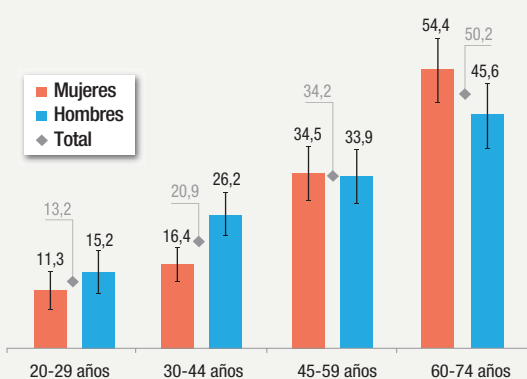
Prevalencia de Displemia



Prevalencia de Tabaquismo



Prevalencia de Obesidad

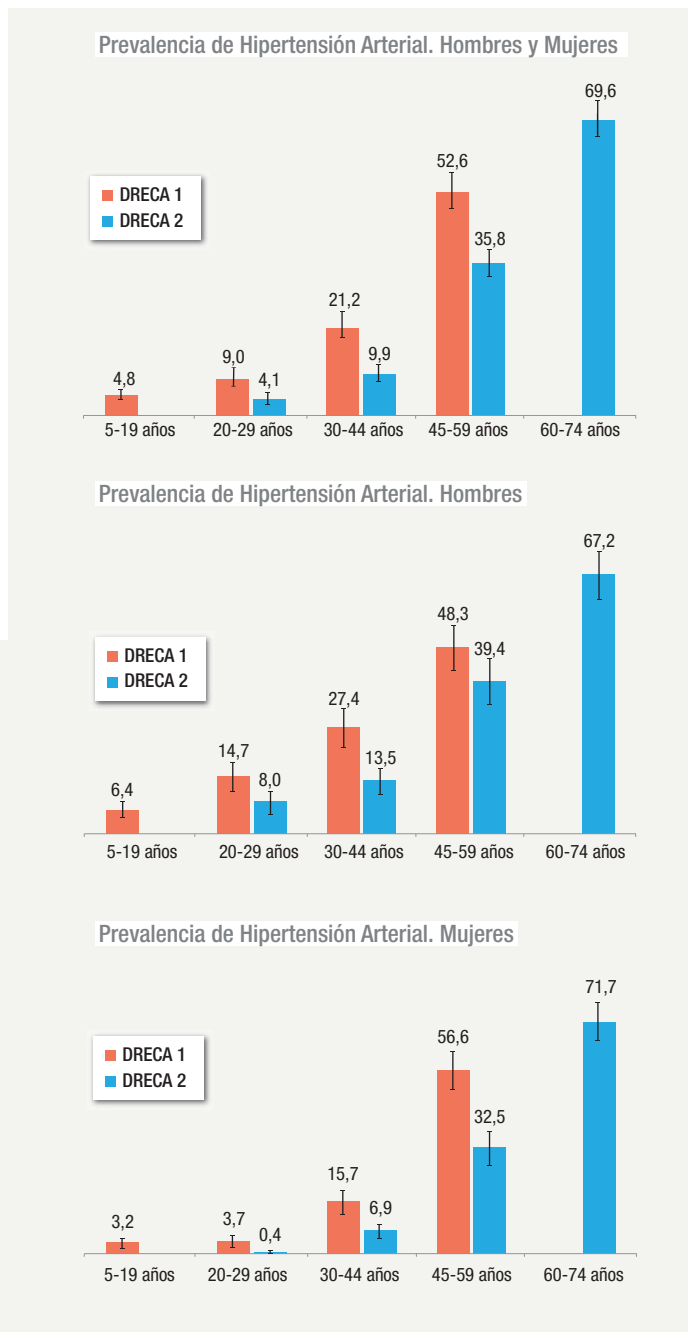
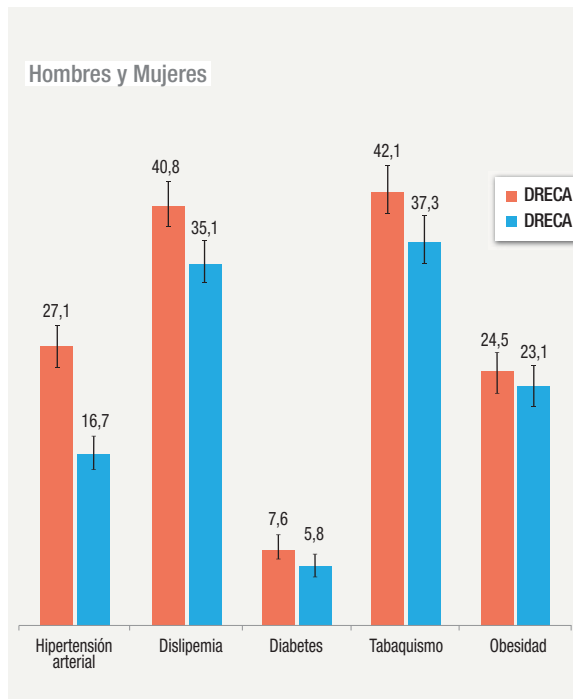


Cambios en la prevalencia de FRV (1992-2007)

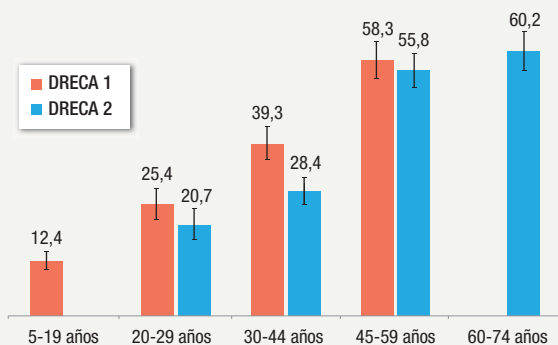
Para valorar su evolución en los últimos 15 años, se calculan las prevalencias en el primer y segundo estudio por grupos de edad. Sólo se comparan las obtenidas en la población de 20 a 59 años, único rango de edad con representación en ambos estudios.

■ Gráfico 22

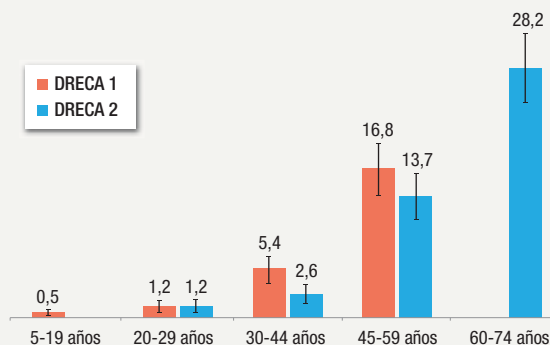
Cambios en la prevalencia de FRV (1992-2007). (20-59 años)



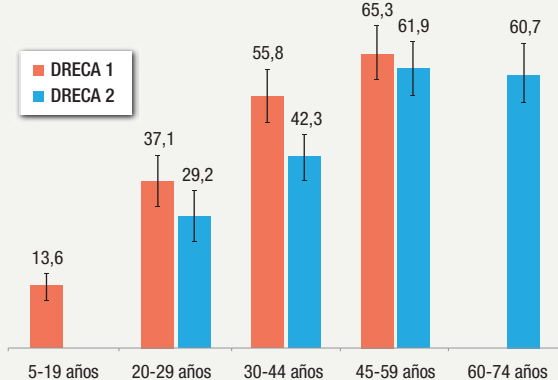
Prevalencia de Displemia. Hombres y Mujeres



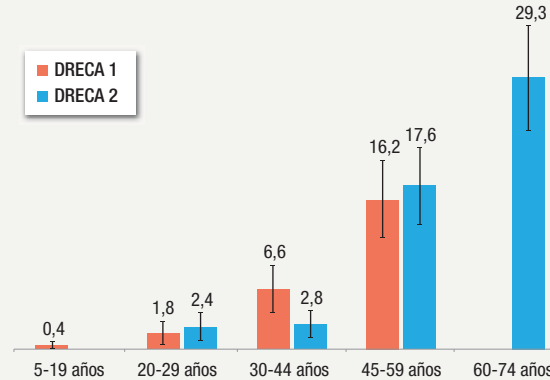
Prevalencia de Diabetes. Hombres y Mujeres



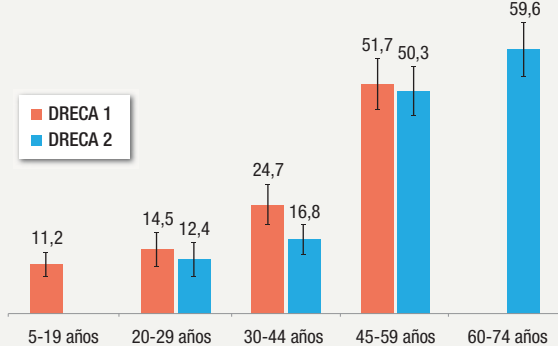
Prevalencia de Displemia. Hombres



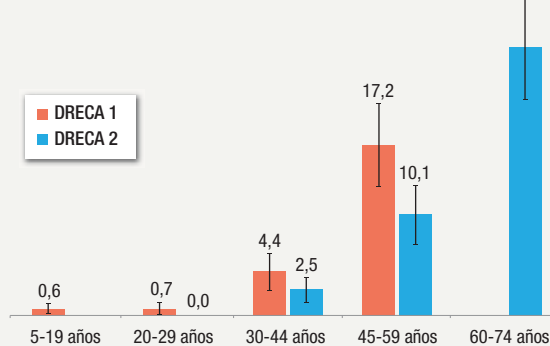
Prevalencia de Diabetes. Hombres



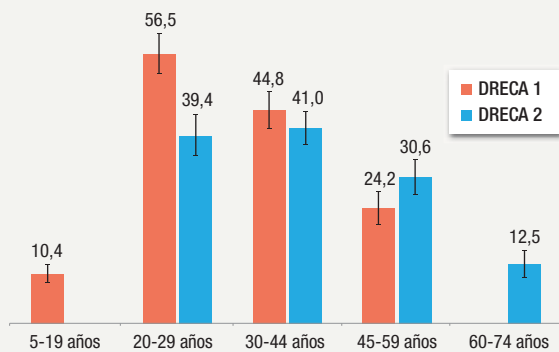
Prevalencia de Displemia. Mujeres



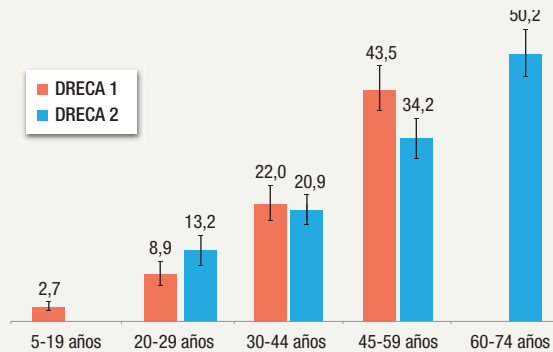
Prevalencia de Diabetes. Mujeres



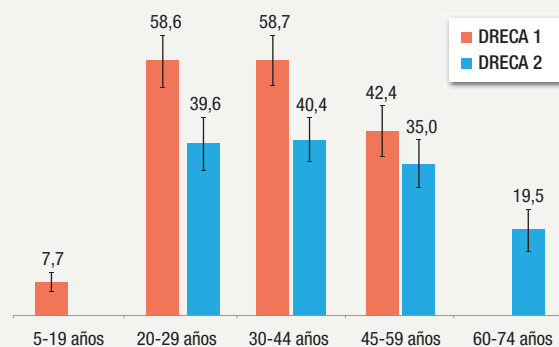
Prevalencia de Tabaquismo. Hombres y Mujeres



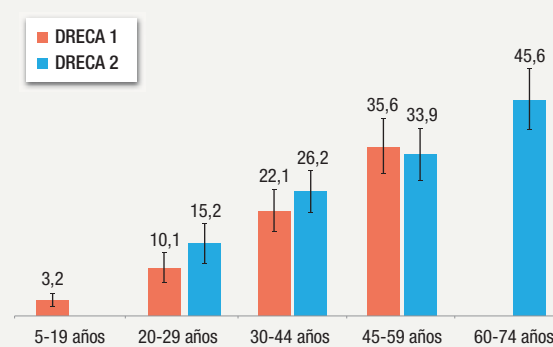
Prevalencia de Obesidad. Hombres y Mujeres



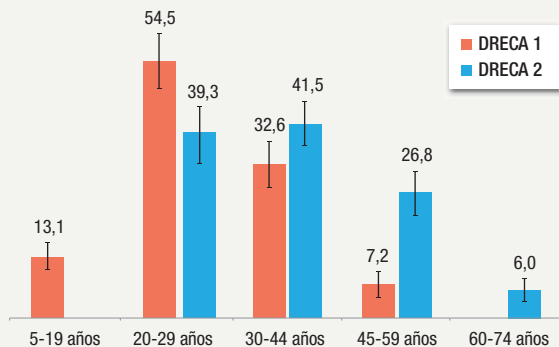
Prevalencia de Tabaquismo. Hombres



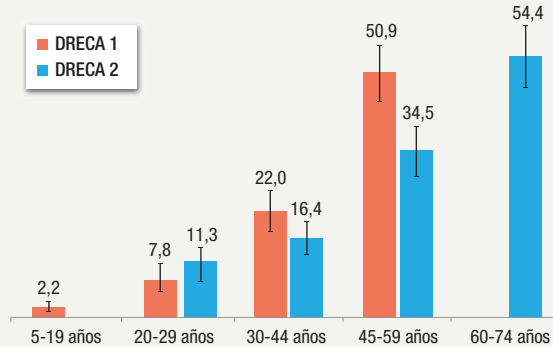
Prevalencia de Obesidad. Hombres



Prevalencia de Tabaquismo. Mujeres



Prevalencia de Obesidad. Mujeres



En resumen, podríamos afirmar que:

- > La prevalencia actual de los FRV en la población adulta de Andalucía es elevada, similar a las medias nacionales en HTA y tabaquismo, y superior en diabetes y, sobre todo, en obesidad.
- > La edad es el principal factor determinante de la prevalencia de los FRV.
- > En la población andaluza adulta de edades medias (20 a 60 años), el perfil global de riesgo vascular no ha empeorado en los últimos 15 años.
- > Se aprecian cambios favorables en la prevalencia de hipertensión arterial y dislipemia en ambos sexos, en todos los grupos de edad.
- > La prevalencia de tabaquismo ha disminuido en los hombres, pero se ha incrementado en las mujeres.
- > No se ha modificado sustancialmente la prevalencia de diabetes.
- > Se detectan cambios desfavorables en la prevalencia de tabaquismo en mujeres y de sobrepeso/obesidad (IMC>25) en los hombres y en las mujeres más jóvenes (<30 años).

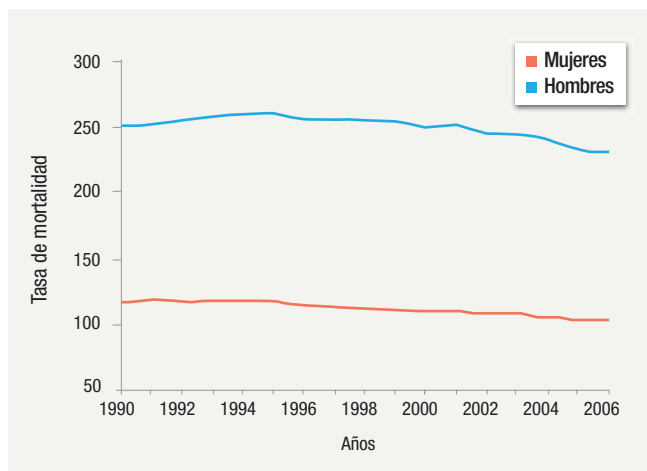
Mortalidad por enfermedades crónicas

Durante el año 2006 la mitad las defunciones en España se debieron a cuatro enfermedades crónicas: cáncer, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular y diabetes mellitus. Por tanto, puede señalarse que estas enfermedades constituyen un importante problema de salud en nuestro país, al igual que en la mayoría de los países desarrollados.

Aparte de su magnitud, estas enfermedades crónicas cumplen criterios de vulnerabilidad ya que muchas de ellas comparten varios factores de riesgo, con lo que en teoría las intervenciones dirigidas a la prevención primaria de las mismas podrían ser altamente eficientes. Factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la hipertensión arterial, la alimentación inadecuada, la obesidad o la inactividad física son comunes a muchas de estas enfermedades.

■ Gráfico 23

Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por cáncer en hombres y mujeres. España, 1990–2000



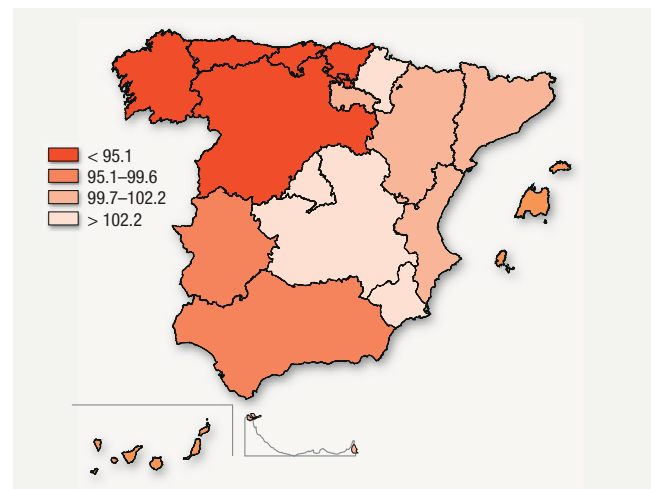
El cáncer

Constituye la segunda causa de muerte en España, después de las enfermedades cardiovasculares. En el año 2006, las defunciones por tumores malignos representaron el 26,5% del total de las muertes (31,6% en hombres y 20,8% en mujeres), lo que supuso una tasa de mortalidad de 223,1 por 100.000 habitantes (282,3 en hombres y 165,5 en mujeres).

El cáncer es la primera causa de mortalidad prematura. Si se tiene en cuenta las muertes en menores de 75 años, el cáncer causó el 41% del total de esas defunciones en 2006 (39,8% en hombres y 43,8% en mujeres) (Gráfico 23). La mortalidad por cáncer presenta un patrón geográfico característico, con mayor mortalidad en el noroeste de la península y un menor riesgo de muerte en el sureste¹.

■ Figura 5

Tasa de mortalidad por cáncer según Comunidad Autónoma.

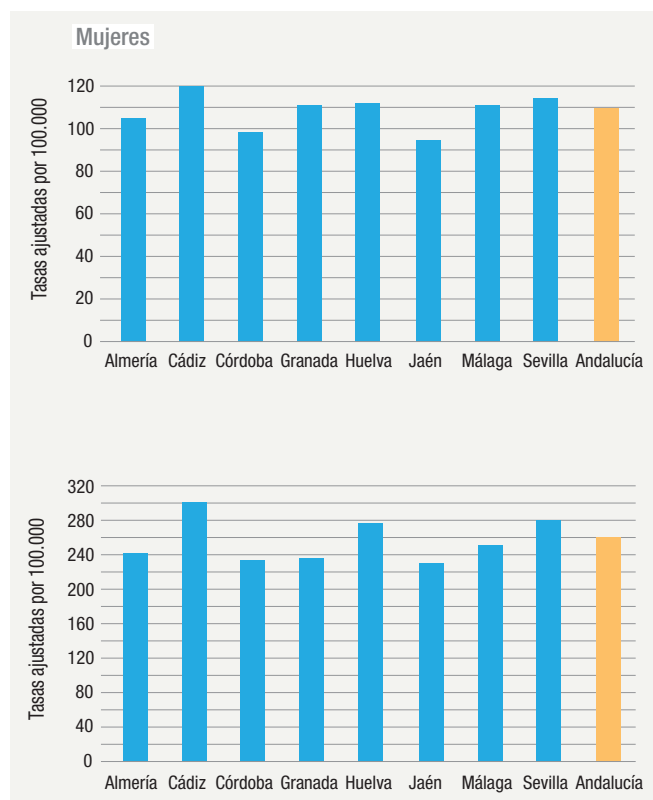


¹ Mortalidad por cáncer, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y diabetes mellitas. Instituto de Información sanitaria. MSPSI. 2006

En la siguiente tabla, se representa la importancia de la mortalidad por cáncer en Andalucía, en las diferentes provincias y en el conjunto de Andalucía, referida al último quinquenio del que se disponen de datos definitivos (1999-2003). Para ello se han calculado las tasas de mortalidad media anual ajustadas por edad y las tasas ajustadas por edad de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). En mujeres la provincia de Cádiz, Sevilla y Huelva tenían mortalidad más alta que la media andaluza y Jaén, Córdoba y Almería más baja².

■ Gráfico 24

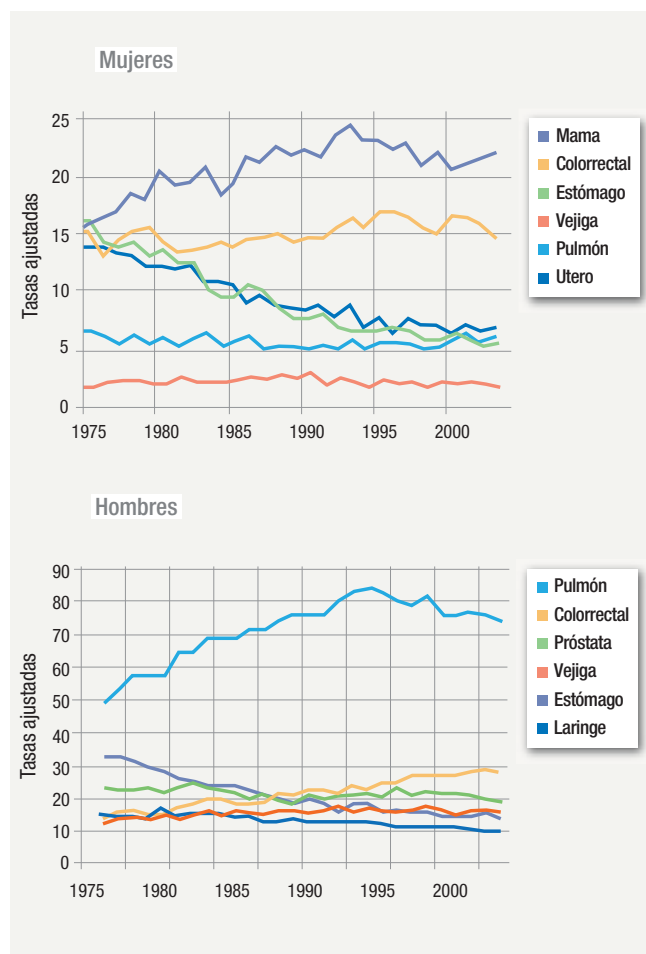
Mortalidad por cáncer en Andalucía, 1999-2003.



En hombres la distribución provincial de la magnitud de la mortalidad por cáncer es similar a la de mujeres. Las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla se situaban por encima de la media andaluza y las de Jaén, Córdoba y Granada por debajo. La mortalidad en hombres por esta causa supuso el doble que en mujeres.

■ Gráfico 25

Evolución de la mortalidad por los principales cánceres en Andalucía de 1975 al 2003.



La cardiopatía isquémica

Origina la tercera parte de las defunciones por el conjunto de enfermedades cardiovasculares. En 2006, el 31% de las muertes por enfermedades cardiovasculares en España fueron debidas a enfermedad isquémica del corazón, lo que supuso una tasa de mortalidad de 84,2 por 100.000 habitantes. En hombres, las defunciones por enfermedad isquémica del corazón ese año representaron el 38% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 97,6 por 100.000, mientras que en mujeres representaron el 24% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 74,1 por 100.000.

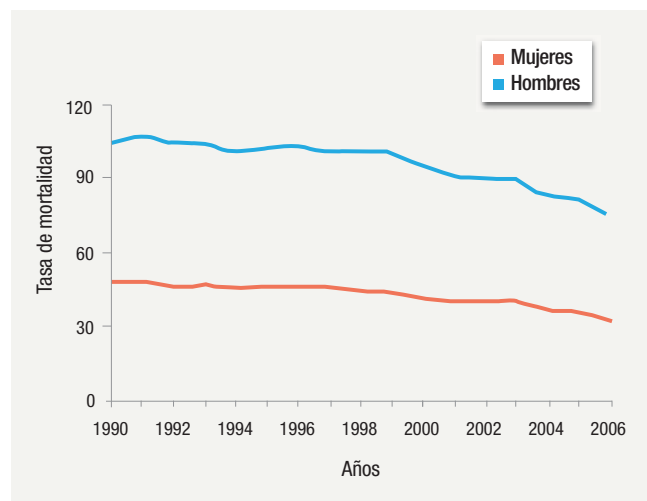
La evolución del riesgo de mortalidad, evaluada a través de la tendencia en la tasa de mortalidad ajustada por edad, muestra que entre 1990 y 2006 el riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón descendió en España un 23%, tanto en hombres como en mujeres. En este descenso de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, observado también en los países desarrollados desde el último tercio de siglo XX, probablemente haya influido una menor incidencia de la enfermedad, como consecuencia de una menor exposición de la población a los factores de riesgo, junto a una mayor supervivencia de los pacientes, como consecuencia de una mejora en los tratamientos.

A pesar de esa disminución en el riesgo de mortalidad, la proporción de fallecimientos por enfermedad isquémica del corazón se ha mantenido prácticamente estabilizada en los países desarrollados. Concretamente, las defunciones por cardiopatía isquémica desde el inicio de la década de los años noventa del pasa-

do siglo se han mantenido en el 10% de las defunciones totales. El aumento en el número de fallecimientos por encima de los 75 años, cuya causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, explica este hecho. Como consecuencia de este incremento en la edad de los fallecidos, el riesgo de mortalidad prematura por enfermedad isquémica del corazón ha experimentado un importante descenso: en 2006 el riesgo de mortalidad en menores de 75 años era un 32% inferior al riesgo de mortalidad en 1990.

■ Gráfico 26

Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por enfermedad isquémica del corazón en hombres y mujeres. España, 1990-2006



España es el segundo país de la Unión Europea, después de Francia, con una menor mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. En España, la tasa de mortalidad es un 70% inferior a la media de la Unión Europea.

La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón presenta un patrón geográfico característico, observándose una mortalidad más alta en el sureste de la península, en Canarias y en las ciudades de Ceuta y Melilla y una mortalidad más baja en el norte peninsular y en la Comunidad de Madrid.

En la comparación entre comunidades autónomas, Andalucía, junto con Canarias, Murcia y la Comunidad Valenciana presentan las tasas de mortalidad estandarizadas por edad más altas de España, tanto para el conjunto de las enfermedades del aparato circulatorio, como para la mortalidad por cardiopatía isquémica. La elevada prevalencia de factores de riesgo en nuestra comunidad podría explicar, en parte, la alta morbi-mortalidad cardiovascular de Andalucía, a pesar de ser una de las comunidades autónomas menos envejecidas de España.

Figura 6

Tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón según Comunidad Autónoma. España, 2006

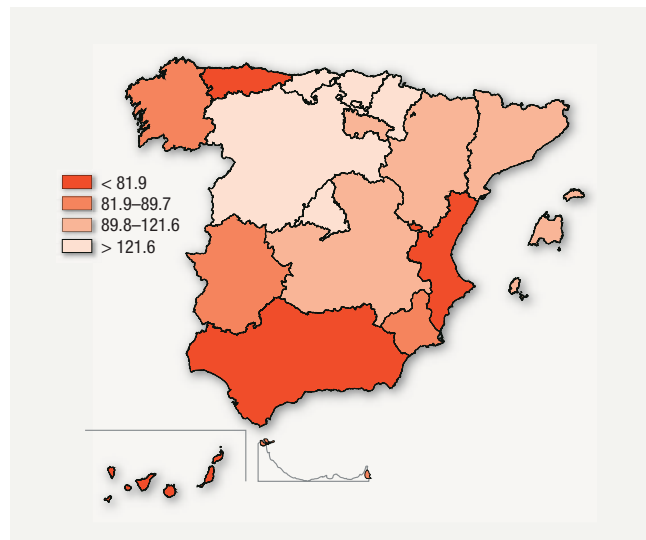


Gráfico 27

Tasas brutas y ajustadas por edad de mortalidad por cardiopatía isquémica. Andalucía, 1975-2006

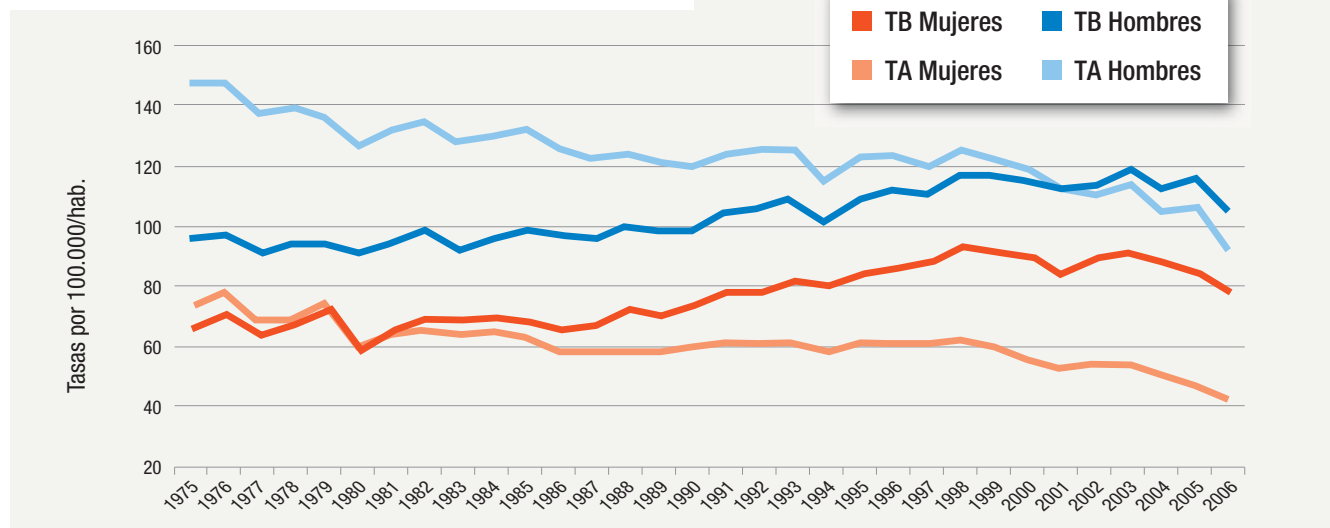
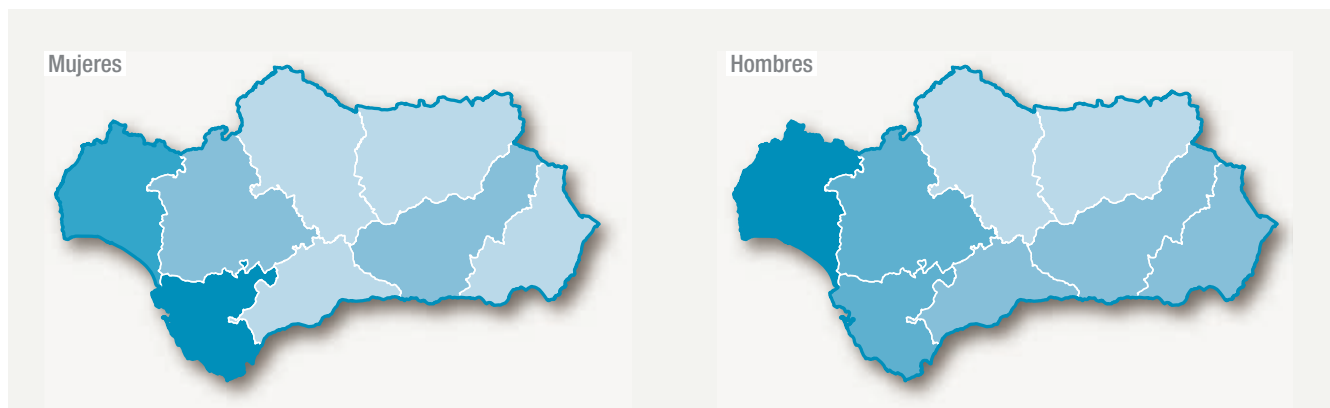


Figura 7

Distribución espacial por provincias de la tasa ajustada de mortalidad por cardiopatía isquémica. 2008



Fuente: IEA. Elaboración: Sº de Epidemiología y S. Laboral. S.G. de Salud Pública. Consejería de Salud

En la distribución geográfica dentro de la CCAA de Andalucía, se perfila un patrón de mayor mortalidad en Andalucía occidental para el conjunto de las enfermedades del aparato circulatorio, en general, y para la cardiopatía isquémica en particular. En el nivel provincial, la mayor mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio se observa en Sevilla, Cádiz y Huelva.

Este mismo patrón puede observarse, con un mayor detalle, en el nivel de distritos sanitarios para cardiopatía isquémica: los de Andalucía occidental presentan tasas más elevadas que los de Andalucía oriental, concretamente en las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla³.

La enfermedad cerebrovascular

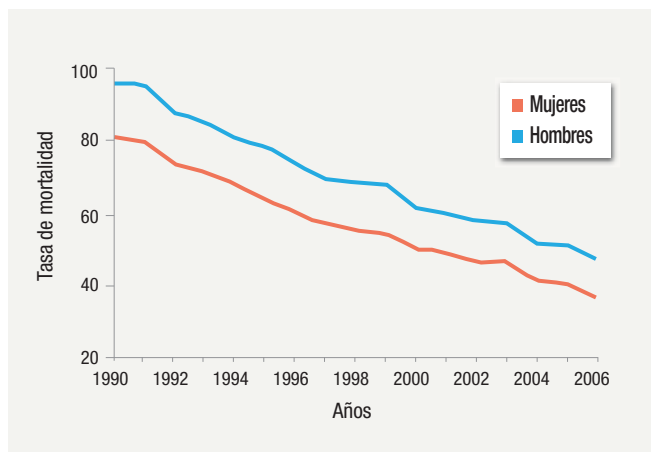
Representa casi el 30% de las defunciones por el conjunto de enfermedades cardiovasculares. En 2006, se produjeron 32.900 muertes por enfermedades cerebrovasculares en España, lo que supuso una tasa de mortalidad de 74,7 por 100.000 habitantes. En hombres, las defunciones por enfermedades cerebrovasculares ese año representaron el 25% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 63,8 por 100.000, mientras que en mujeres representaron el 29% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y una tasa de mortalidad de 85,2 por 100.000.

En España, el riesgo de mortalidad por las enfermedades cerebrovasculares muestra igualmente una tendencia descendente. Concretamente, la tasa de mortalidad ajustada por edad entre 1990 y 2006 descendió un 50%, tanto en hombres como en mujeres.

3. Fuente Plan de Cardiopatías de Andalucía

Gráfico 28

Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por enfermedad cerebrovascular. España, 1990–2006



España se encuentra entre los cuatro países de la Unión Europea, después de Francia, Austria e Irlanda, con menor mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, la tasa de mortalidad es un 65% inferior a la media de la Unión Europea.

Como en el caso de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares es más alta en la zona del sureste peninsular. Andalucía, Murcia y Comunidad Valenciana fueron las comunidades autónomas con mayor mortalidad en 2006.

En Andalucía se ha observado un descenso progresivo de la mortalidad por esta causa en. Así ha pasado de 7.835 fallecimientos por ictus en 2003 a

Gráfico 29

Tasas brutas y ajustadas por edad de mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Andalucía, 1975–2006

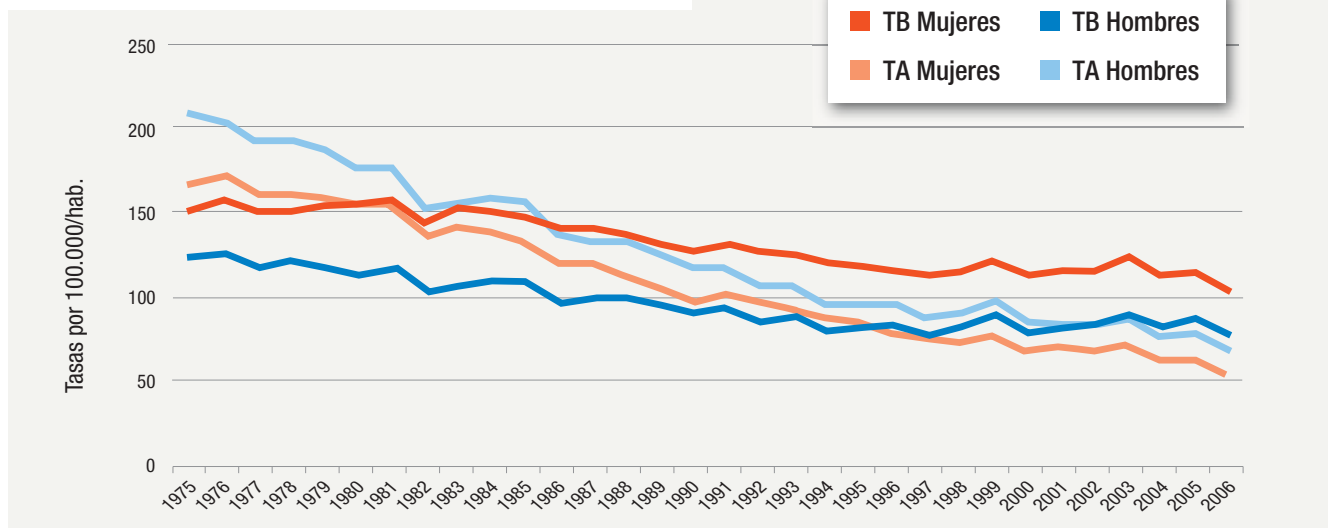
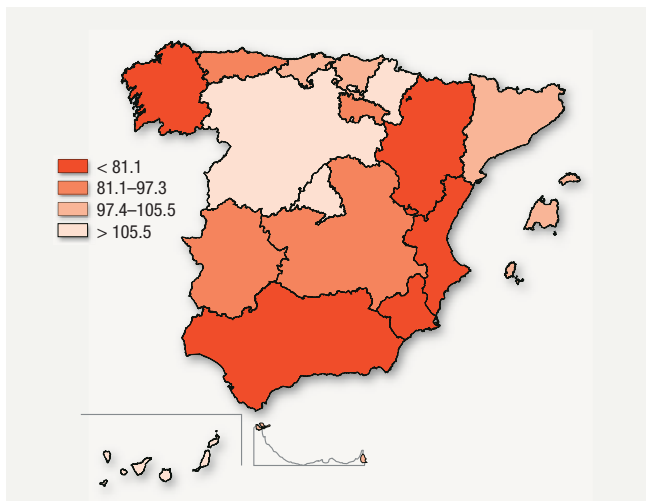


Figura 7

Tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular según Comunidad Autónoma. España, 2006



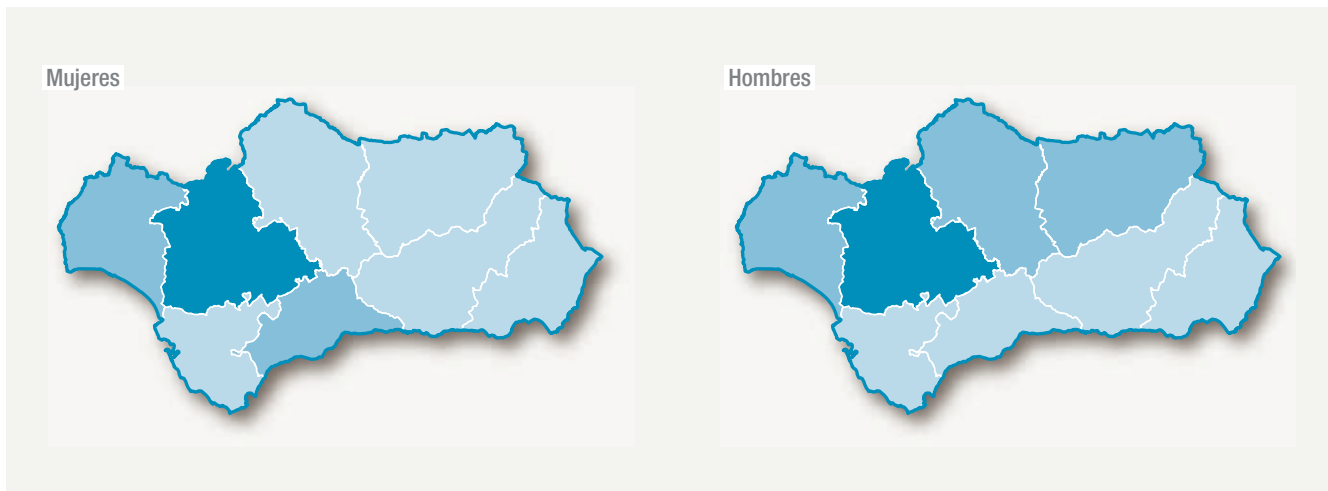
6.527 fallecimientos en el año 2008, 3.653 mujeres y 2.874 hombres. Esto, supone una disminución relativa del 16,7%, siendo este descenso de la mortalidad más marcado en las mujeres que en los varones (Figura 9) y representa una tasa bruta de mortalidad de 70,58 en hombres y 88,43 en mujeres (por 100.000 habitantes).

A pesar de este descenso de la mortalidad por ictus, Andalucía sigue teniendo, como se comentaba anteriormente, una mortalidad que se encuentra por encima de la media en España donde existe una importante variabilidad entre las distintas Comunidades Autónomas en cuanto a mortalidad por esta causa⁴.

4. Fuente Plan Andaluz de atención al Ictus

Figura 8

Distribución espacial por provincias de la tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cerebrovascular. 2008



Fuente: IEA. Elaboración: Sº de Epidemiología y S. Laboral. S.G. de Salud Pública. Consejería de Salud

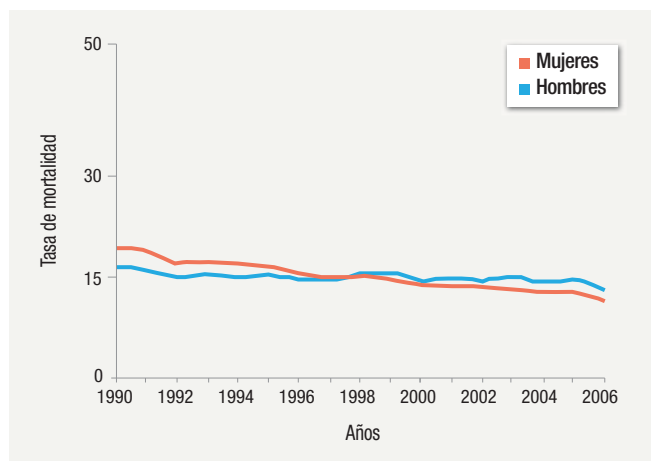
La Diabetes Mellitus

Fue la causa del 2,6 % del total de fallecimientos ocurridos en el año 2006 en España, lo que supuso una tasa de mortalidad de 22,0 por 100.000 habitantes. En hombres, las defunciones por diabetes ese año representaron el 2% del total, lo que supuso una tasa de mortalidad de 17,6 por 100.000, mientras que en mujeres representaron el 3,3% y una tasa de mortalidad de 26,2 por 100.000.

La evolución del riesgo de mortalidad, evaluada a través de la tendencia en la tasa de mortalidad ajustada por edad) muestra que entre 1990 y 2006 el riesgo de mortalidad por diabetes descendió en España un 32%; este descenso fue mayor en las mujeres (40%) que en los hombres (20%). De hecho, a partir de 1998, el riesgo de muerte por diabetes, que ve-

Gráfico 30

Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por diabetes mellitus. España, 1990-2006



nía siendo más alto en las mujeres, es ya mayor en los hombres. A pesar de esa disminución en el riesgo de muerte, la proporción de fallecimientos por diabetes se ha mantenido prácticamente estabilizada desde 1990 (alrededor de un 2,6% de las defunciones), incrementándose ligeramente en los hombres.

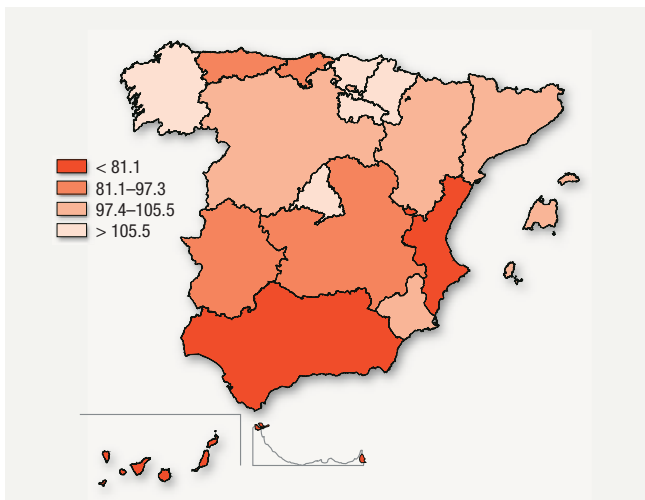
A pesar de ello, la mortalidad prematura por diabetes constituye todavía un importante problema de salud en los hombres. Mientras que en 2006 el 33% de las defunciones por diabetes en hombres se producían antes de los 75 años, en las mujeres esa cifra era sólo del 15%. Esa diferencia en la edad de los fallecimientos por diabetes entre hombres y mujeres se traslada a la diferencia en el riesgo de mortalidad por esa causa entre unas y otros: el riesgo de mortalidad en el conjunto de la población es 1,1 veces mayor en hombres que en mujeres; en cambio, si se tiene en cuenta la mortalidad prematura, es decir los fallecimientos antes de los 75 años de edad, el riesgo de mortalidad por diabetes es 1,8 veces mayor en hombres que en mujeres.

España tiene una tasa de mortalidad por diabetes mellitus similar a la del conjunto de los países de la UE. No parece haber un patrón geográfico claro: aunque muchos de los países mediterráneos tienen una tasa de mortalidad superior a la del conjunto de la UE, Francia, y sobretodo Grecia, muestran una tasa de mortalidad muy inferior.

La mortalidad por diabetes mellitus presenta un patrón geográfico característico, con mayor mortalidad en el sur de la península, en Canarias y en las ciudades de Ceuta y Melilla y una mortalidad más baja en el norte peninsular y en la Comunidad de Madrid.

Figura 9

Tasa de mortalidad por diabetes mellitus según Comunidad Autónoma. España, 2006

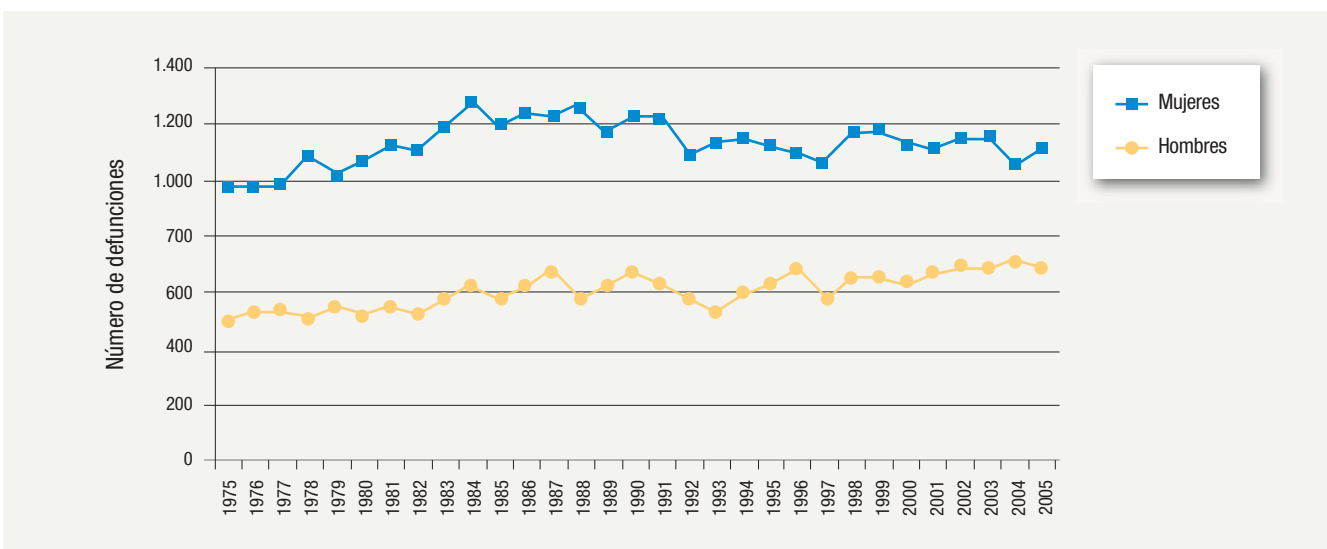


La distribución geográfica de la mortalidad por diabetes es bastante similar a la de la frecuencia de obesidad, su principal factor de riesgo. Así, Andalucía, Canarias, Extremadura o Castilla La Mancha son las comunidades autónomas con mayor riesgo de mortalidad por diabetes y con mayor frecuencia de obesidad.

En Andalucía, se observa en el periodo 1975-2005, un incremento progresivo en el número de defunciones por diabetes, con sobremortalidad femenina en números absolutos. Las tasas brutas de mortalidad no han experimentado grandes cambios, aunque se puede apreciar un descenso en mujeres y una mínima tendencia ascendente en hombres.

Gráfico 31

Mortalidad por diabetes en Andalucía, 1975–2005

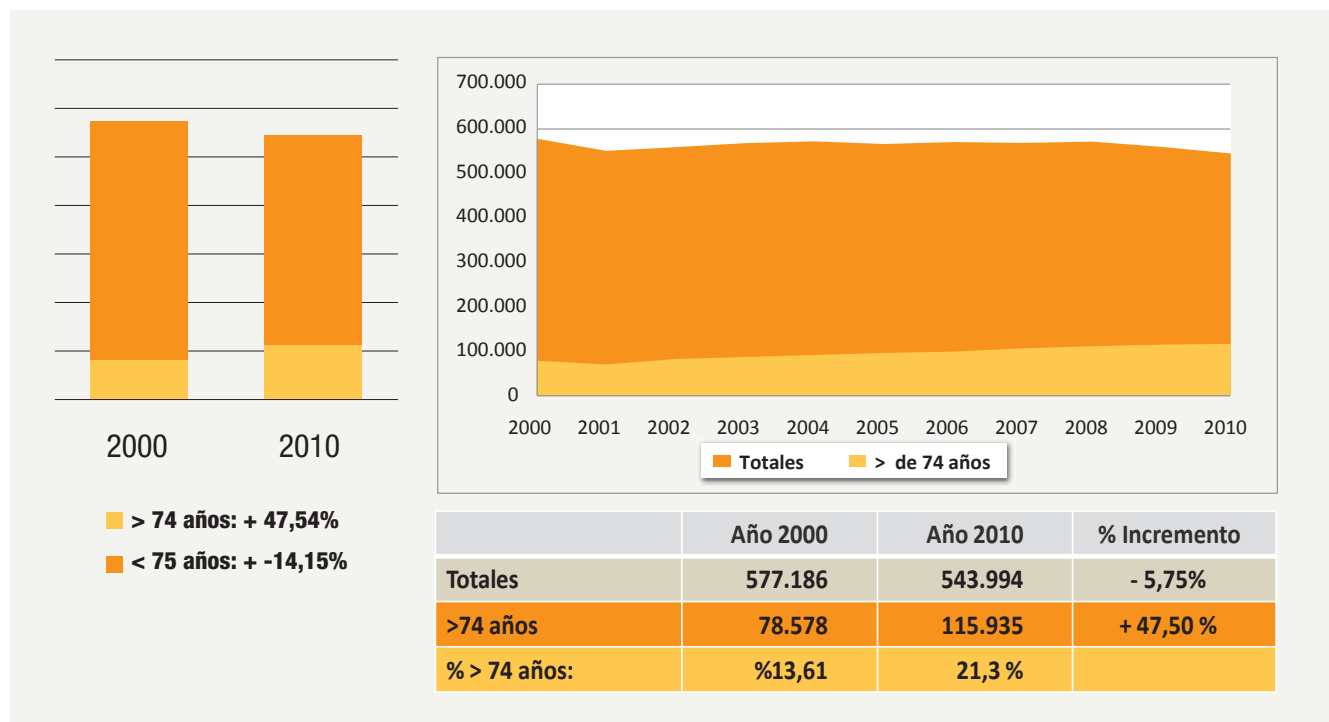


Estudio ligado a la hospitalización por enfermedades crónicas y pluripatología, a partir del CMBD, en los últimos 10 años en hospitales del SSPA:

Un análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBD) de los hospitales del SSPA en el periodo 2000-2010 permite poner de manifiesto cómo se están modificando las características de los pacientes que acuden a los hospitales andaluces. Durante este periodo el total de altas hospitalarias descendió en un 5,75%. Sin embargo, mientras que las altas hospitalarias en menores de 75 años descendieron un 14,15%, las altas en mayores de 74 años se incrementaron un 47,54%.

Figura 10.

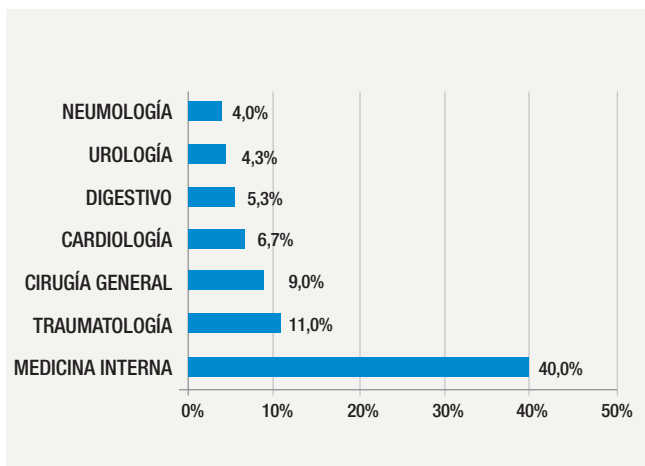
Evolución del número de altas hospitalarias del CMBD del SSPA en el periodo 2000-2010. Distribución por grupos de edad mayor y menor de 75 años.



Las estancias de mayores de 75 años de edad también aumentaron en un 29,7%, de 847.452 hasta 1.099.165 en 2010. Sin embargo la estancia media descendió un 12%, desde 10.8 a 9.5 días. La edad media de todas las altas de mayores de 75 años se incrementó en un 0.62%, siendo de 80.92 en el año 2000 y 81.42 en el 2010. En cuanto a la tasa de mortalidad hubo un ascenso desde el 11.9% al 12.3% (3.4%). Señalar que el porcentaje de puntos GDR de las altas de los mayores de 75 años respecto a los puntos GDR del total de las altas, se incremento en un 49,4% (desde el 18% al 26,9%). Del total de ingresos un 21.35% fueron programados, mientras el 78,75% fueron urgentes, hasta un 8% procedían de consultas. Analizando la diferencia entre servicios, los GDR médicos representaron el 69,7% y el 29.2% los quirúrgicos. La distribución por servicios se describe en Gráfico 32.

■ Gráfico 32.

Distribución por servicios de las altas hospitalarias en pacientes mayores de 75 años de edad según el CMBD del SSPA en el periodo 2000-2010.



En cuanto a los GRD más frecuentes, en orden decreciente fueron: Neumonía simple 6.1%, Insuficiencia cardiaca 4.8%, Insuficiencia cardiaca y arritmia 2.3%, Proceso Fractura de cadera 2.5%, Ictus 2.35%, Sustitución de cadera 2.1%, Angor 1.9%, Edema Agudo de Pulmón 1.7%, 089 Neumonía y pleuritis 1.6%, EPOC 1.5% y sustitución articulación excepto cadera 1.5%.

Para intentar analizar el impacto de las enfermedades crónicas en los hospitales del SSPA, se ha generado un listado de códigos CIE 9 que ha permitido identificar cada una de las categorías de la definición de paciente pluripatológico según el PAI Atención a Pacientes Pluripatológicos.

Las categorías de la definición de Paciente Pluripatológico identifican a pacientes que presentan una enfermedad médica crónica que genera discapacidad. Por tanto no se trata solo de los pacientes con alguna enfermedad crónica o algún factor de riesgo, sino de enfermedades crónicas sintomáticas. De esta forma se ha elaborado un marcador que permite identificar de forma aproximada el peso de las enfermedades crónicas y la pluripatología en los hospitales andaluces. Este marcador, al igual que la definición de Paciente Pluripatológico no incluye las enfermedades psiquiátricas ni las alteraciones sensoriales, pero incluye el núcleo fundamental de las enfermedades crónicas que tienden a generar minusvalía.

Figura 11.

Evolución del número de altas hospitalarias del CMBD del SSPA en el periodo 2000-2010. Distribución según el número de categorías clínicas de enfermedad crónica de la definición de Pacientes Pluripatológicos. Dos o más categorías se considera Pluripatológico.

Pacientes-Año por Nivel de Cronicidad / Año (Hospitalización y Hospital de Día Quirúrgico)

Nivel Crónico	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
0	354.552	344.502	362.359	364.680	383.557	380.856	381.457	433.405	448.935	442.424	433.603	4.330.330
1	104.564	106.150	110.791	114.003	115.420	117.612	120.015	131.810	134.960	134.866	133.820	1.324.011
2	33.476	34.800	36.268	38.283	38.991	40.992	41.731	43.836	46.203	47.399	48.346	450.325
3	8.018	8.805	9.405	10.352	10.913	12.555	13.340	14.454	15.954	16.842	17.629	138.267
4	1.533	1.813	1.901	2.206	2.421	2.989	3.462	4.012	4.505	5.073	5.525	35.440
5	247	271	282	350	378	642	758	832	998	1.143	1.255	7.156
6	16	31	37	26	53	87	99	146	154	189	236	1.074
7	1	3	2	0	2	8	12	12	13	20	24	97
8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4
Total	502.407	496.375	521.045	529.900	551.735	555.741	560.874	628.507	651.723	647.957	640.440	6.286.704



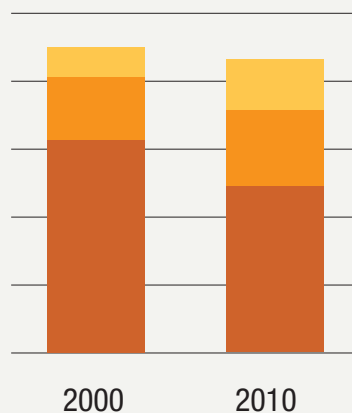
Sin cronicidad	Sin enfermedad crónica que genera discapacidad.
Cronicidad	<i>Presencia de una enfermedad crónica invalidante de las incluidas en las categorías del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológico*.</i>
Pluripatología	<i>Presencia de dos o más enfermedades crónicas invalidantes de las incluidas en las categorías del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológico*.</i>

* Proceso Atención a Pacientes Pluripatológico. (Consejería de Salud Junta de Andalucía. Ollero y cols 2007)

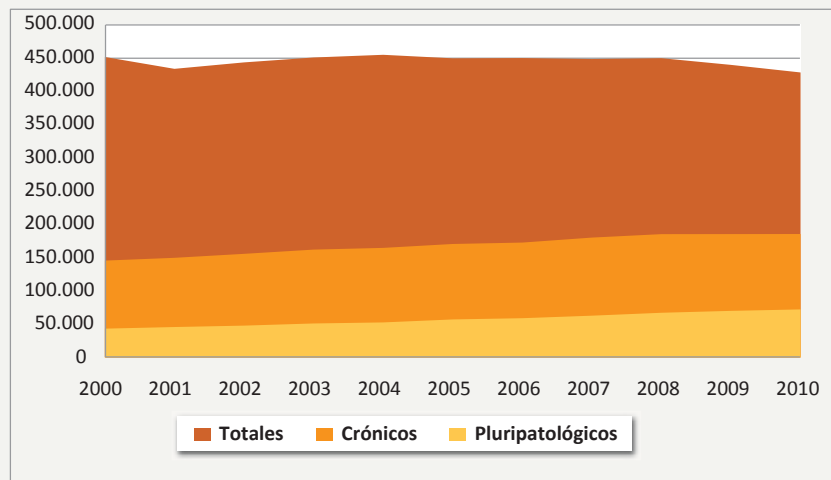
El análisis del conjunto de las altas hospitalarias de Andalucía pone de manifiesto que en el 43,14% de las altas hospitalarias se identifica una enfermedad crónica que genera discapacidad. En este periodo se ha reducido un 21% el número de pacientes sin cronicidad, mientras que se ha incrementado un 66,82% el número de pluripatológicos.

Figura 12.

Evolución del número de altas hospitalarias del CMBD del SSPA en el periodo 2000-2010. Distribución según la presencia de una o más categorías clínicas de la definición de pacientes pluripatológicos. Se considera pluripatología la presencia de dos o más procesos crónicos.



■ Sin cronicidad - 21 %
 ■ 1 crónica + 11,6 %
 ■ Pluripatológicos + 67 %



	Año 2000	Año 2010	% Incremento
% sin cronicidad	67,90 %	56,87 %	- 20,58 %
% Cronicidad (≥ 1 enfermedad crónica)*	32,10 %	43,14 %	+ 27,47 %
% Pluripatología	9,54 %	16,78 %	+ 66,82 %
Total Pluripatológico	43.107	71.913	

*Cronicidad: presencia de una enfermedad crónica invalidante de las incluidas en las categorías del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológico. (Ollero y cols 2007)

Este incremento se aprecia tanto en pacientes con GRD médicos como en pacientes con GRD quirúrgicos en los que en incremento de pluripatológicos es incluso mayor alcanzando el 119% de incremento en este periodo.

Figura 13.

Evolución del número de altas hospitalarias del CMBD del SSPA en el periodo 2000-2010. Pacientes con GRD médicos. Distribución según la presencia de una o más categorías clínicas de la definición de pacientes pluripatológicos. Se considera pluripatología la presencia de dos o más procesos crónicos.

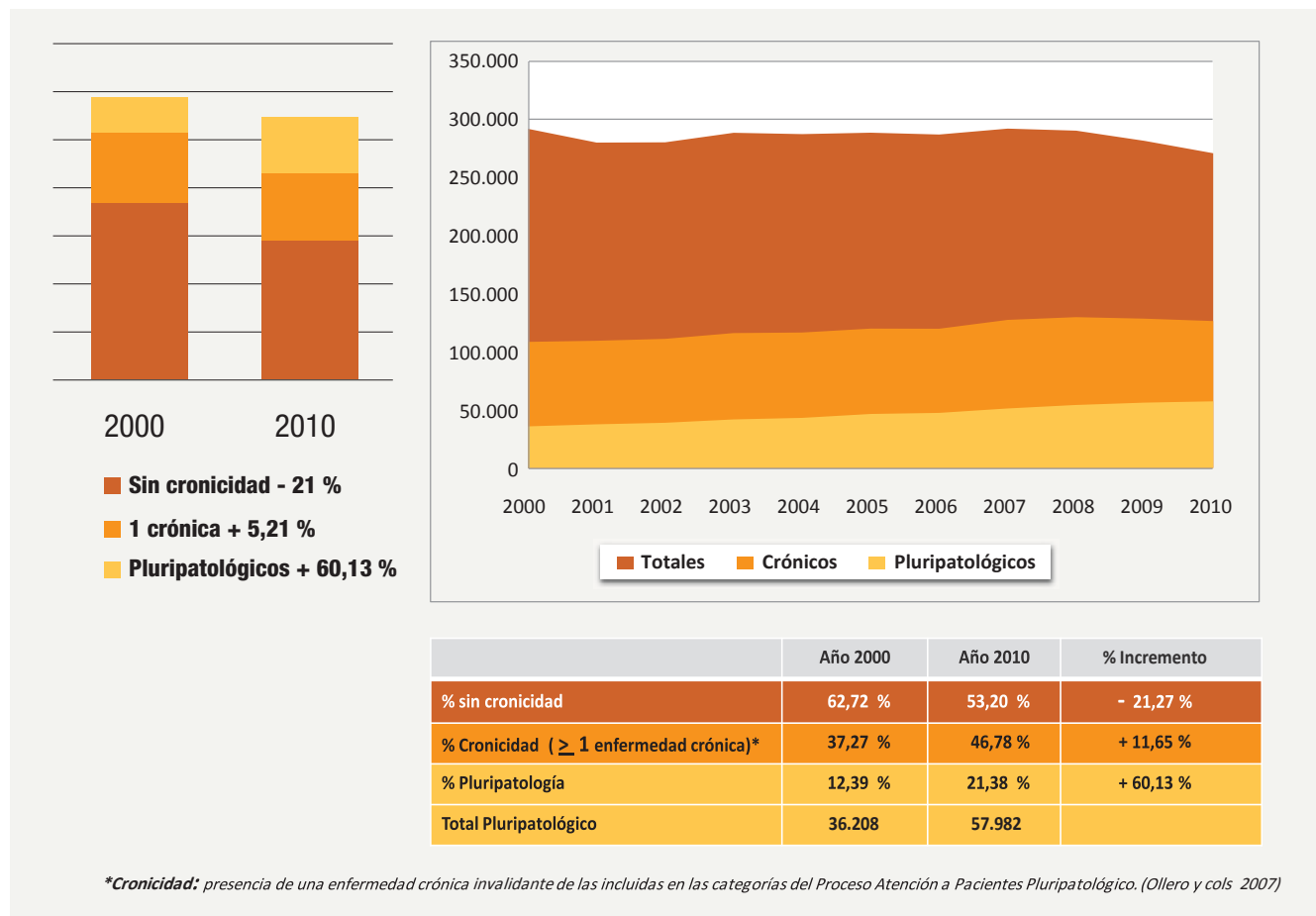
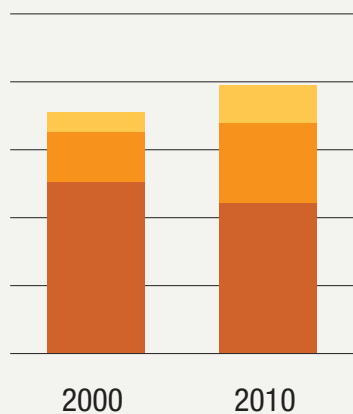
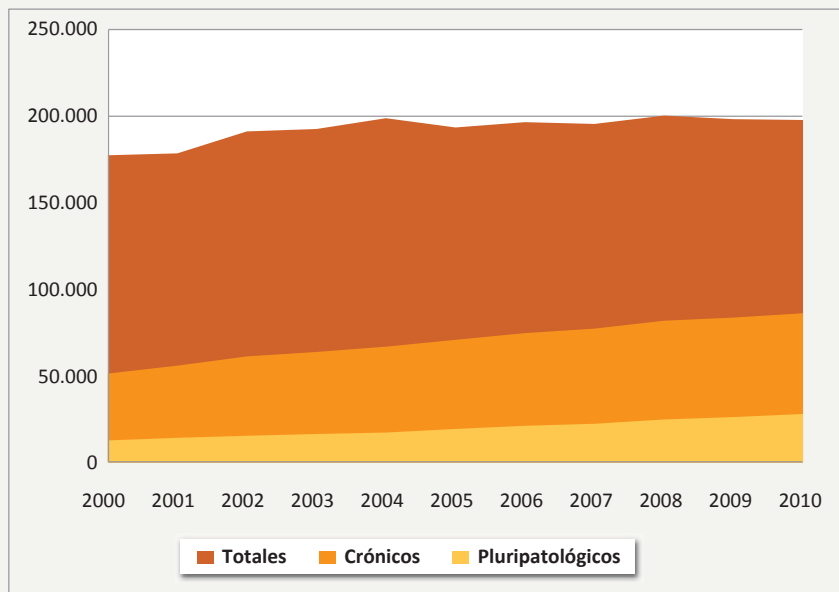


Figura 14.

Evolución del número de altas hospitalarias del CMBD del SSPA en el periodo 2000-2010. Pacientes con GRD quirúrgicos. Distribución según la presencia de una o más categorías clínicas de la definición de pacientes pluripatológicos. Se considera pluripatología la presencia de dos o más procesos crónicos.



■ Sin cronicidad - 11 %
 ■ 1 crónica + 51,09 %
 ■ Pluripatológicos + 120 %

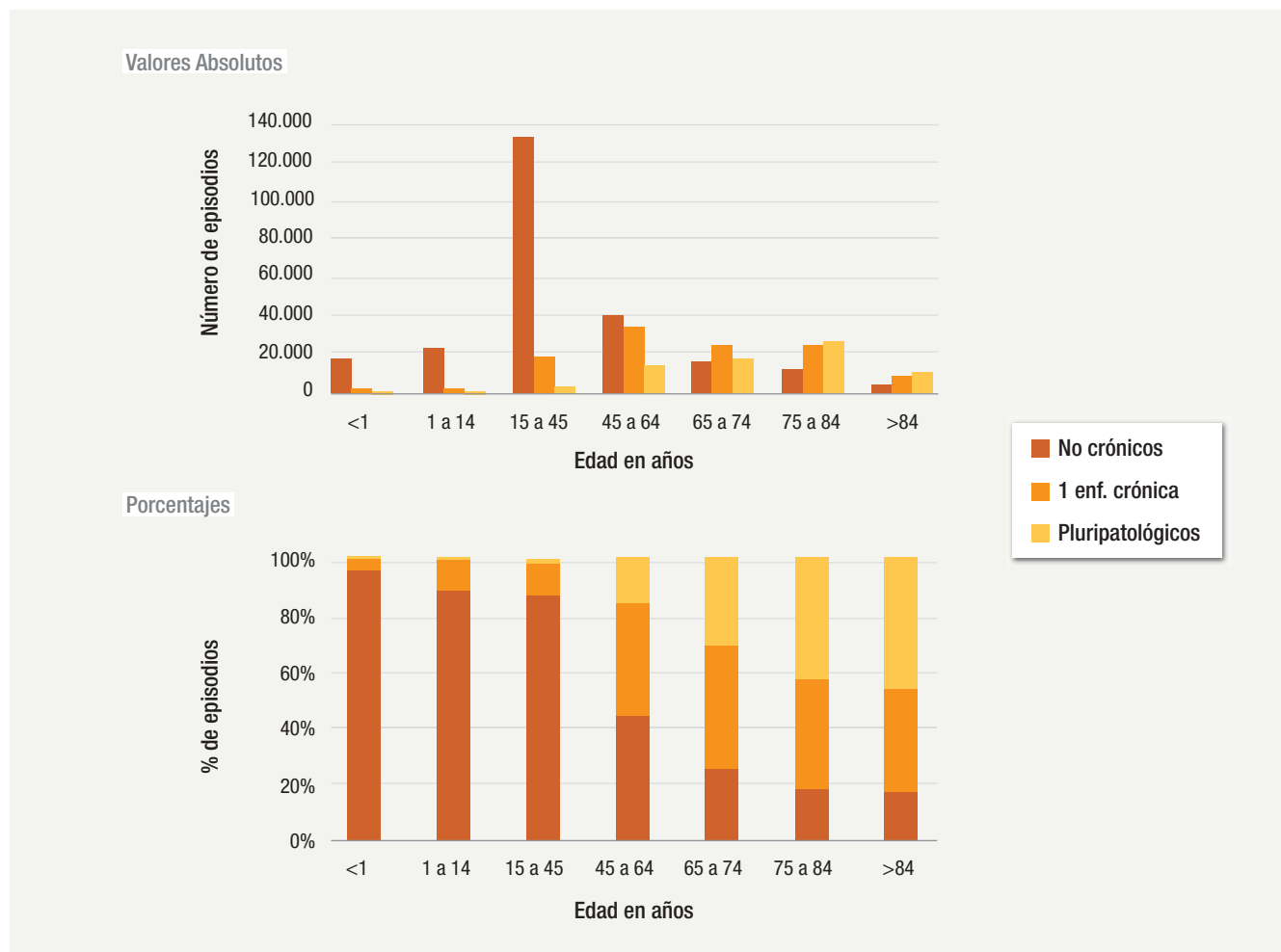


	Año 2000	Año 2010	% Incremento
% sin cronicidad	71,07 %	56,44 %	- 11,47 %
% Cronicidad (≥ 1 enfermedad crónica)*	28,93 %	43,56 %	+ 67,89 %
% Pluripatología	7,07 %	13,94 %	+ 119,88 %
Total Pluripatológico	12.505	27.501	

*Cronicidad: presencia de una enfermedad crónica invalidante de las incluidas en las categorías del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológico. (Ollero y cols 2007)

Figura 15.

Altas hospitalarias del CMBD del SSPA durante el año 2010. Distribución según la presencia de una o más categorías clínicas de la definición de pacientes pluripatológicos. Se considera pluripatología la presencia de dos o más procesos crónicos.

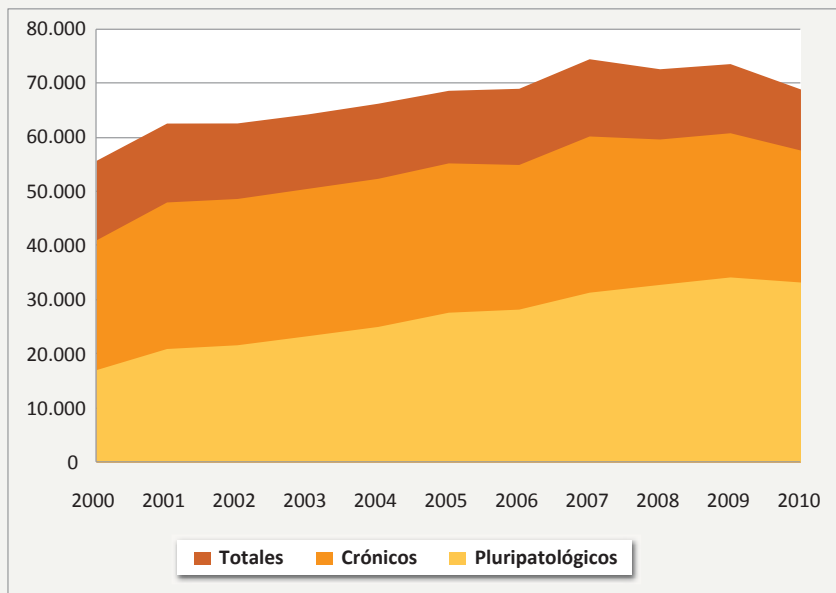
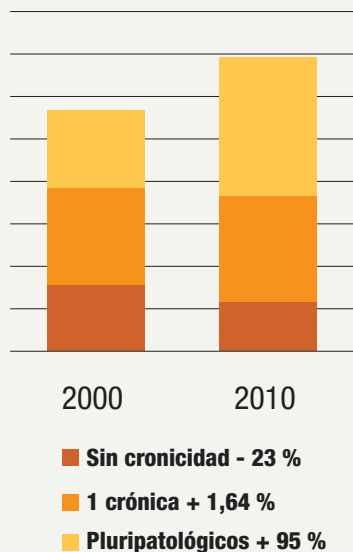


La relación de la cronicidad con la edad queda claramente establecida. De los pacientes menores de 45 años solo el 12,65% padecen un proceso crónico y

solo el 1,54% son pluripatológicos. Por el contrario, entre los mayores de 45 años el 69,23% sufren una enfermedad crónica y el 29,71% son pluripatológicos.

Figura 16.

Evolución del número de altas hospitalarias del CMBD del SSPA en el periodo 2000-2010. Servicios de Medicina Interna. Distribución según la presencia de una o más categorías clínicas de la definición de pacientes pluripatológicos. Se considera pluripatología la presencia de dos o más procesos crónicos.



	Año 2000	Año 2010	% Incremento
% sin cronicidad	26,41 %	16,43 %	- 23%
% Cronicidad (≥ 1 enfermedad crónica)*	73,59 %	83,57 %	40,4%
% Pluripatología	30,61 %	48,24 %	94,83%
Total Pluripatológico	17.063	33.244	

*Cronicidad: presencia de una enfermedad crónica invalidante de las incluidas en las categorías del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológico. (Ollero y cols 2007)

Frente al descenso del número total de altas hospitalarias en Andalucía, en el caso de los servicios de Medicina Interna, es de destacar que el número de altas se ha incrementado un 23,64 %. Sin embargo, mientras que los pacientes sin cronicidad han descendido un 23 % los pluripatológicos se han incrementado

un 94,83%. De esta forma en la actualidad el 83,57% de los enfermos de Medicina Interna tienen una enfermedad crónica y el 48,24 % son pluripatológicos. El 38,47% de los pacientes pluripatológicos que son atendidos en los hospitales del SSPA son atendidos en el servicio de Medicina Interna.

Figura 17

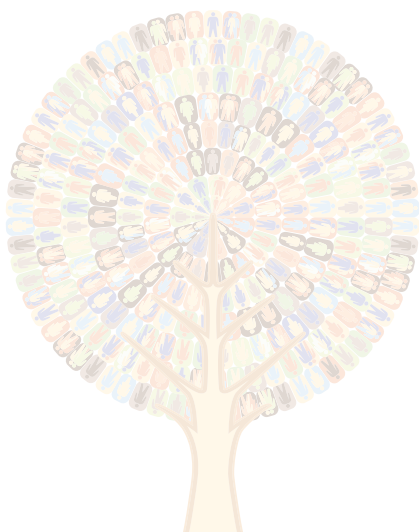
Altas hospitalarias del CMBD del SSPA en el año 2010. Peso de las diferentes categorías clínicas y presencia de pluripatología. Se considera pluripatología la presencia de dos o más procesos crónicos.



En la figura puede visualizarse el peso de las diferentes categorías clínicas de la definición de pacientes pluripatológicos. Las enfermedades cardíacas, respiratorias, neurológicas y osteoarticulares son las de más peso, así como las enfermedades neoplásicas. Es de destacar la dificultad para realizar un abordaje tradicional por enfermedad en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas. La mayoría de los procesos crónicos ocurren en pacientes con pluripatología. Más del 80% de los pacientes con insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, ictus, enfermedad neurológica con deterioro funcional o artropatía periférica ocurren en pacientes pluripatológicos y prácticamente en todas las categorías clínicas los pacientes pluripatológicos representan más del 50%.

Por otra parte la presencia de enfermedad crónica y pluripatología se asocia con una mayor complejidad y peor pronóstico, como se expresa en los indicadores asistenciales, presentando según el número de categorías clínicas mayor estancia media, puntos GRD, número de ingresos o mortalidad.

Estos datos permiten poner de manifiesto que nuestros hospitales de agudos se están convirtiendo en hospitales de pacientes crónicos con eventos agudos y especialmente de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Este hecho obliga a replantear la organización y las prioridades dentro del hospital en el marco de las recomendaciones generales de los modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas.



Frecuentación en Atención Primaria⁵

Uno de los indicadores cuantitativo que valoramos en la utilización de los Servicios Sanitarios por la población es la frecuentación (FREC), definida como el número

de veces que acude a consulta un usuario a lo largo del año (N° Total de consultas realizadas * 100 / N° de TIC), definida para cada tipo de profesional (medicina de familia y enfermería) y por el lugar de la asistencia (centro o domicilio).

MEDICINA DE FAMILIA	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
	FREC centro x 1.000 TIS				FREC domicilio x 1.000 TIS			
Total Andalucía	5.436,16	5.878,67	5.896,04	5.690,01	61,21	78,98	88,39	97,27

Fuente TIS: MTicitas para 2007-2008-2009. MTIBDU para 2010

ENFERMERÍA	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
	FREC centro x 1.000 TIS				FREC domicilio x 1.000 TIS			
Total Andalucía	1.809,58	2.232,91	2.405,66	2.363,82	258,23	339,20	355,58	359,35

Fuente TIS: MTicitas para 2007-2008-2009. MTIBDU para 2010

Si analizamos el comportamiento de la Frecuentación en los últimos cuatro años, a nivel de Medicina de Familia en el Centro de salud, se incrementó en 2.008 y decreció en 2.010, pero sin sufrir grandes variaciones (creció un 4,67%). En enfermería el incremento ha sido mayor (creció un 30,63%), sobre todo a expensas del aumento de la Cartera de Servicios (prescripción enfermera, agendas a demanda, informes de dependencia,...).

En el domicilio la frecuentación de Medicina de Familia ha crecido un 59% en los cuatro últimos años y la de enfermería un 39%, debido al envejecimiento de la población, a la inmovilización de algunos pacientes, a la complejidad de los pacientes por pluripatología, a la institucionalización de personas mayores.

Si tenemos en cuenta la frecuentación por tramos de edad, veremos que el 15,24% de población mayor de 64 años (1.244.150 ciudadanos), nos consume el 50,74% del total consultas médicas en el Centro de salud (19.906.400 consultas). Esto se debe no solo al envejecimiento de la población, sino también al au-

⁵ Fuente: Subdirección de Gestión y Evaluación de resultados en salud. Servicios de Apoyo del SAS.

mento de las patologías crónicas y de pacientes pluriopatológicos.

Entre los factores determinantes que justifican estas variaciones está la implantación de la receta electrónica, las consultas en acto único y la gestión compartida de la demanda. Estas herramientas han hecho posible que pese al crecimiento de la población (6,31% en los últimos 5 años) y de las actividades incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, se haya mantenido la actividad diaria de los profesionales.

Población BDU	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	7.678.515	7.890.485	8.045.445	8.105.027	8.162.974

Fuente TIS: Base de Datos de Usuario a 31 de Diciembre de cada año.

% de población > 64 años	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	15%	14,79%	14,89%	15,15%	15,24%

Fuente TIS: Base de Datos de Usuario a 31 de Diciembre de cada año.

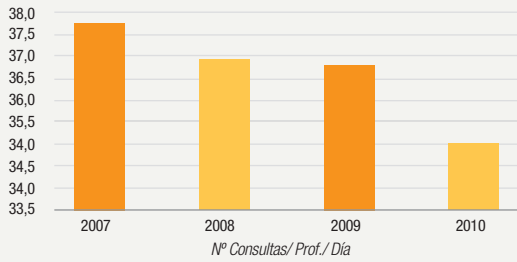
MEDICINA DE FAMILIA	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
	Actividad por profesional y día en el Centro de salud				Actividad por profesional y día en el domicilio			
Total Andalucía	37,75	36,93	36,80	35,02	0,43	0,50	0,55	0,60

Fuente: MTI citas

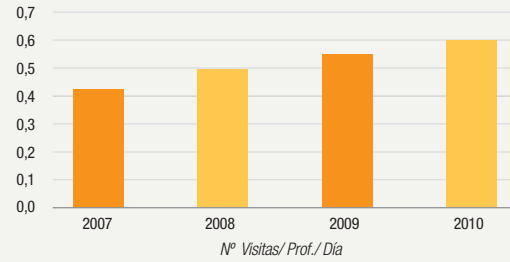
ENFERMERÍA	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
	Actividad por profesional y día en el Centro de salud				Actividad por profesional y día en el domicilio			
Total Andalucía	17,73	18,27	18,87	18,02	2,53	2,78	2,79	2,74

Fuente: MTI citas; MTI BDU

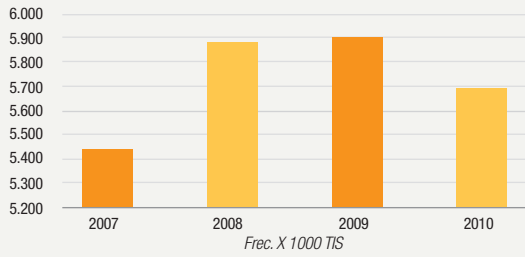
Actividad día Centro Médico de Familia



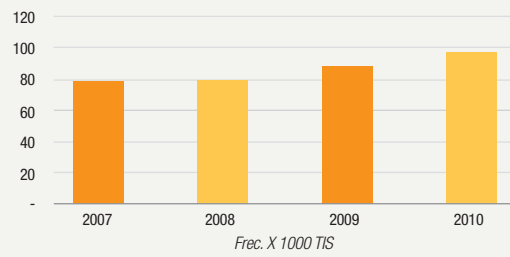
Actividad día Domicilio Médico de Familia



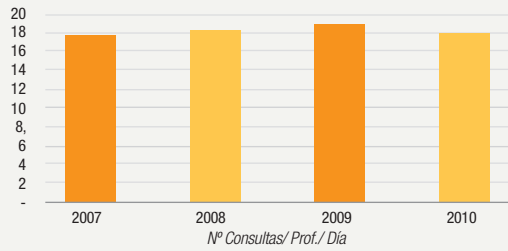
Frecuentación Centro Médico de Familia



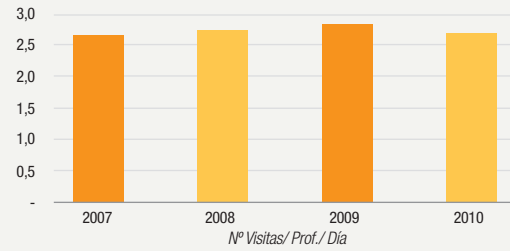
Frecuentación Centro Domicilio de Familia



Actividad día Centro Enfermería



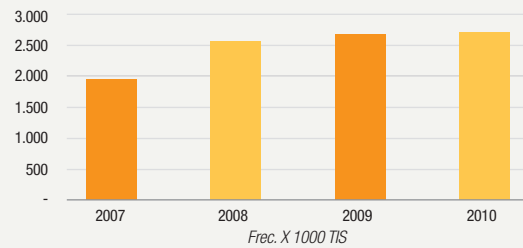
Actividad día Domicilio Enfermería

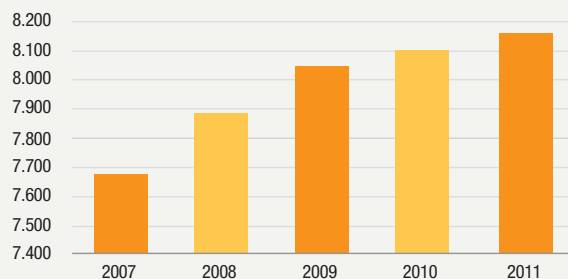
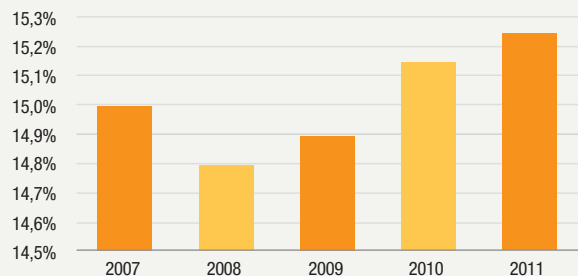


Frecuentación Centro Enfermería



Frecuentación Domicilio Enfermería



TIS: TOTAL ANDALUCÍA**TIS: % > 64 AÑOS**

Consumo de Medicamentos: Polimedicación⁶

Para el análisis de la polimedicación se ha realizado un estudio de prevalencia del nº de pacientes con 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y más de 11 medicamentos activos en la Historia Digital durante, al menos 6 meses, y que se presentan en la tabla siguiente.

nº medicamentos	nº pacientes en BDU	nº pacientes en proceso pluripatológico
5	96.484	5.015
6	76.103	4.952
7	58.712	4.731
8	43.379	4.363
9	30.730	3.636
10	21.131	2.949
11	14.112	2.190
12	9.161	1.613
13	5.151	1.002
14	3.088	707
15	1.830	414
16	1.075	275
17	674	166
18	380	103
19	208	62
20	126	39
21	81	30
22	32	11
23	22	4
24	18	6
25	9	3
26	3	1
27	4	1
28	2	1
29	0	0

⁶ Fuente: Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento. Febrero de 2012

También se ha realizado un análisis de medicamentos centinelas de enfermedades crónicas: El resultado a medir a sido pacientes con medicamentos concomitantes para:

■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + EPOC (2)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + Alzheimer (5)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + SMental (6)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + EPOC (2) + Alzheimer (5)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + EPOC (2) + SMental (6)
■ Diabetes (1) + cardiovasculares (3 ó 4) + EPOC (2) + Alzheimer (5) + SMental (6)

Se trataría de pacientes que llevaran con ese medicamento más de 6 meses en el momento de extraer el dato. Se han extraído además todas las combinaciones posibles de estas situaciones clínicas.

Se han considerado medicamentos centinela los siguientes:

- (1) **Diabetes:** grupos A10A (insulinas) o A10B (hipoglucemiantes distintos a insulina). Pacientes que tenga medicamento de uno u otro grupo.
- (2) **Limitación crónica del flujo aéreo (EPOC o asma):** grupos R03BB (anticolinérgicos), R03AC (beta2), R03DC. (antileucotrienos), R03CC (beta2), R03AK (asociaciones). Pacientes que tenga medicamento de uno u otro grupo.
- (3) **Enfermedad vascular: anticoagulantes:** acenocumarol (2256), warfarina (2098), antiagregantes: aspirina (1059), 8363 (clopidogrel/aas), 8253 (prasugrel), 1211 (dipiridamol), 2144 (trifusal), 367 (clopidogrel). Pacientes que tengan medicamentos de uno u otro grupo.
- (4) **Insuficiencia Cardíaca:** IECAS o ARA II (C09) + betabloqueantes específicos (Carvedilol, Bisoprolol o Metoprolol). Pacientes que tengan prescritos de forma concomitante medicamentos de estos grupos.
- (5) **Alzheimer:** Donepezilo, Rivastigmina, Galantamina, Nemantina, etc.
- (6) **Salud mental:** grupo N06 (antidepresivos, excl. antidemenia) o N05 (antipsicóticos).

Se ha estratificado por edad, Distrito, AGS y por polimedición, siendo los resultados globales para Andalucía:

ANDALUCIA. N° DE PACIENTES CON MEDICAMENTOS CENTINELAS:	TOTAL	>80	65-80	40-65
DIABETES + CARDIOVASCULAR	87.611	18.942	44.999	23.670
DIABETES + CARDIOVASCULAR + EPOC	7.340	1.904	4.214	1.222
DIABETES + CARDIOVASCULAR + ALZHEIMER	1.440	742	666	32
DIABETES + CARDIOVASCULAR + S. MENTAL	28.951	7.801	15.089	6.061
DIABETES + CARDIOVASCULAR + EPOC + ALZHEIMER	104	55	46	3
DIABETES + CARDIOVASCULAR + EPOC + S. MENTAL	2.492	717	1.354	421
DIABETES + CARDIOVASCULAR + EPOC + ALZHEIMER + S. MENTAL	66	33	31	2

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, impulsado por principios como la universalidad, equidad, solidaridad y accesibilidad ha venido desarrollando estrategias dirigidas a la población con mayores necesidades.

Desde la incorporación de los programas de atención a las personas con problemas crónicos de salud a la cartera de servicios de Atención Primaria, la población dependiente viene siendo receptora de diversos programas y a ella dedican atención preferente un numeroso colectivo de profesionales y tecnologías innovadoras, que han requerido adecuar las formas de la organización y prestación de los servicios, para así poder responder a nuevos retos. Todo ello incluido en un modelo biopsicosocial, que incorpora la multidisciplinariedad y el trabajo en equipo.

La cobertura de Centros de AP en Andalucía es completa, por lo que la amplia cartera de servicios que ofrece alcanza a la totalidad de la población, a través de los 1.502 centros de atención primaria (de los que 1.115 son consultorios locales o auxiliares).

Los equipos de AP reúnen 18.857 profesionales: 4.726 de medicina de familia, 1.099 de pediatría, 4.428 de enfermería y 284 de trabajo social. Entre los dispositivos de apoyo de mayor accesibilidad, destacan 136 unidades radiológicas y 192 salas de fisioterapia, así como 46 equipos móviles de rehabilitación,

fisioterapia y terapia ocupacional, distribuidos por toda la geografía andaluza.

Existe una amplia cartera de servicios en AP para la atención a pacientes con enfermedades crónicas, disponible en:

http://www.sas.juntaandalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_cartera2008

Existe una cartera de Procesos asistenciales Integrados, disponible en:

<http://www.sas.juntaandalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/..publicaciones/datos/218/pdf/CarteradeServiciosPAI.pdf>

Además de una cartera de servicios de atención hospitalaria disponible en:

http://www.sas.juntaandalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/servicios/especializada_CartServicios.pdf

y que en la actualidad, esta red cuenta con 34 centros hospitalarios, 12 centros hospitalarios de alta resolución y 44 centros de especialidades repartidos por todo el territorio andaluz. Con un total de 62.603 profesionales.

Entre los servicios especializados que han logrado mejorar la accesibilidad de la población dependiente a la atención hospitalaria, destaca la rehabilitación, logopedia fisioterapia y terapia ocupacional, los hospitales de día médicos, los centros de media estancia.

Respecto al uso adecuado de medicamentos, los Servicios de Farmacia de los distritos de atención primaria y de los hospitales han desarrollado estrategias de mejora de la seguridad especialmente dirigidas a pacientes crónicos. El análisis de la prescripción, que ha sido de gran ayuda para la monitorización del uso adecuado de medicamentos, los programas de revisión de polimedicados y de pacientes con combinaciones de fár-

macos de alto riesgo y los programas de conciliación al ingreso y al alta hospitalaria son ejemplos de ello.

La información detallada de la red asistencial del SSPA puede ser consultada en las memorias de la Consejería de Salud y del SAS, así como en la Web <http://www.juntadeandalucia.es/salud>.

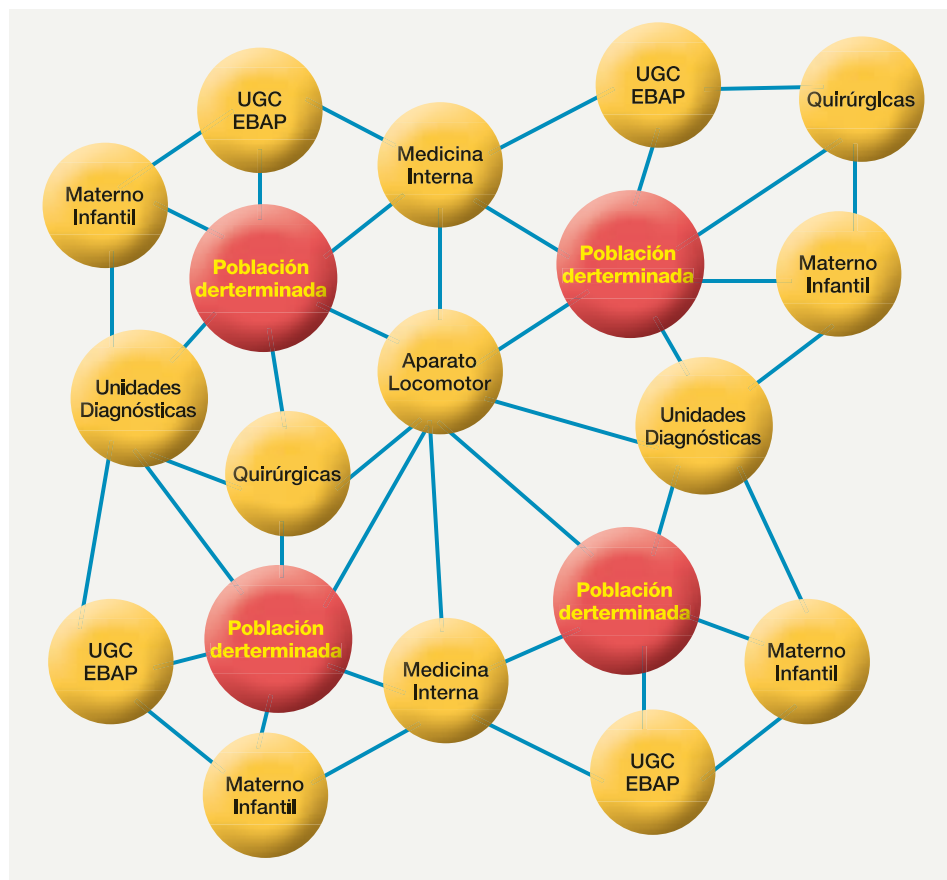
El despliegue clínico de estrategias corporativas, entre las que se encuentran entre otras, los Planes Integrales o los Procesos asistenciales integrados, se ve potenciado por determinados factores entre los que cabe des-

taçar la fusión entre niveles asistenciales estableciendo Áreas de Gestión Sanitaria, la incorporación de objetivos concretos en los Contratos programa de los Centros o los acuerdos de las UGC y/o el establecimiento de acuerdos de colaboración entre UGC de entornos similares, inter o intraniveles, como ya se ha comentado.

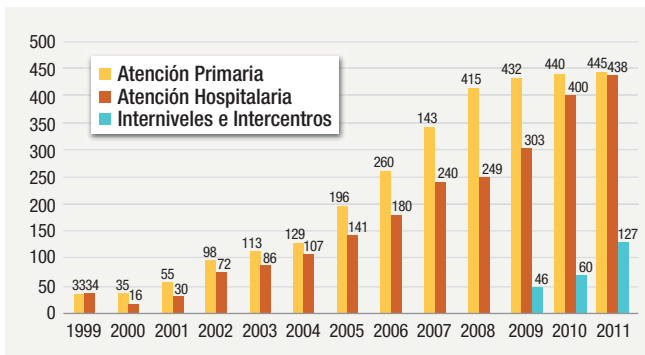
Este nuevo esquema debe facilitar de manera notable la continuidad asistencial permitiendo un abordaje integral y multidisciplinar de la atención sanitaria, minimizando más aún las brechas entre niveles asistenciales o entre diferentes centros.

■ Figura 18

Organización Asistencial



■ Gráfico 32. Gestión Clínica

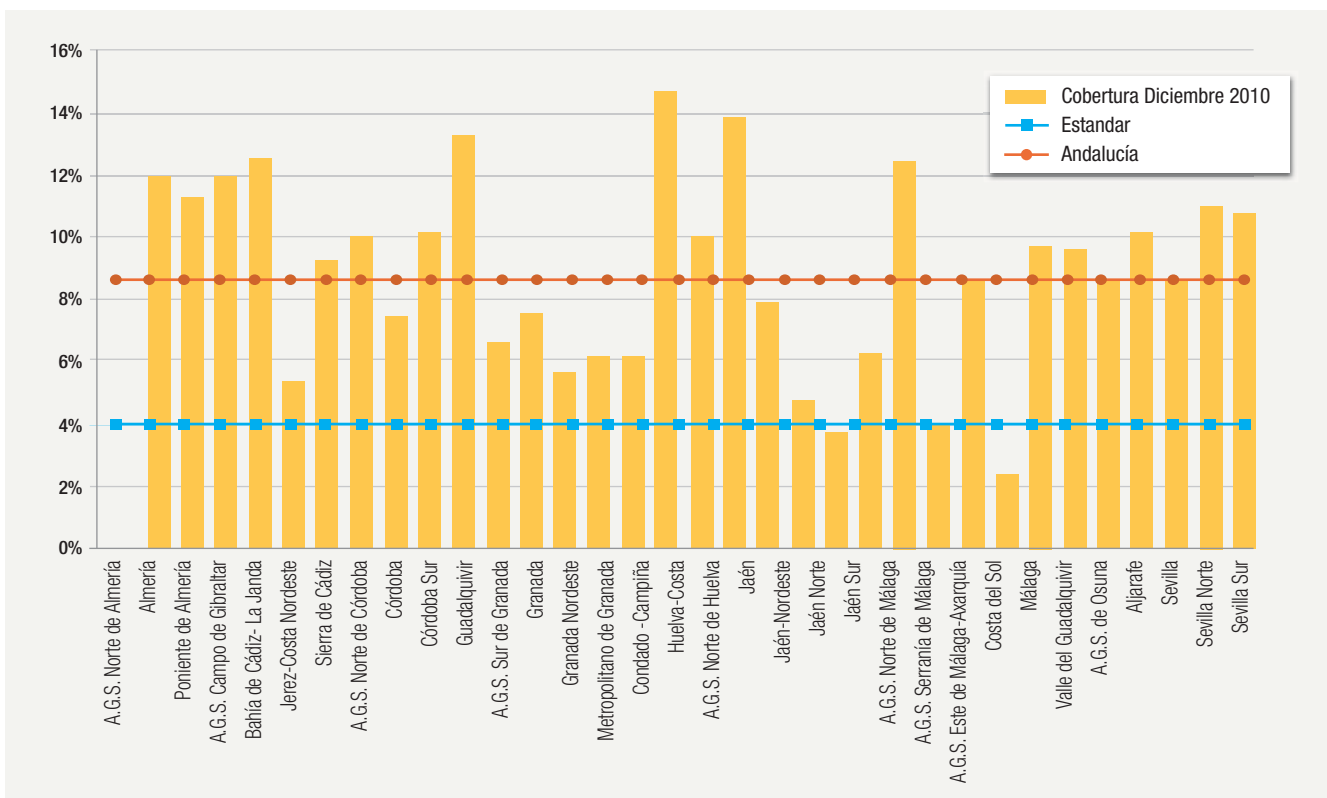


A partir de la descripción del PAI Atención al Paciente pluripatológico se ha configurado un modelo de atención compartida entre AP y AH, entre el Médico de Familia y el Internista de referencia.

En el gráfico 33 se pone de manifiesto la identificación de pacientes pluripatológicos en AP, en diciembre de 2010: Total pacientes pluripatológicos identificados en Andalucía: 97.195. El 8,63 % de los > 65 años de edad.

■ Gráfico 33

Atención al paciente pluripatológico. Diciembre de 2010



En una encuesta llevada a cabo en octubre de 2011 a las UGC de AP, con un índice de respuesta del 50%, se expresa el porcentaje de UGC que cuentan con Internista de referencia, acceso telefónico al Internista o posibilidad de ingresos programados a través del Internista.

Provincia	Totales UGC, que han respondido	Internista de referencia		Acceso telefonico con el Internista		Ingresos programados con el Internista	
		TOTAL SI	%	TOTAL SI	%	TOTAL SI	%
Almería	10	4	40	6	60	1	10
Cádiz	36	12	33,33	16	44,44	12	33,33
Córdoba	22	13	59,09	13	59,09	4	18,18
Granada	24	6	25	15	62,05	0	0
Huelva	13	1	7,69	2	15,38	1	7,69
Jaén	15	5	33,33	7	46,66	2	13,33
Málaga	39	15	38,46	16	41,02	3	7,69
Sevilla	47	34	72,34	33	70,21	29	61,7

En ella se pone de manifiesto la variabilidad interprovincial en la implantación del Modelo de colaboración entre UGC de MI -UGC de AP.

Servicios ofertados en AP que están especialmente dirigidos a la población en situación de dependencia y sus familias cuidadoras.

■ Atención al Alta Hospitalaria

Es la continuación de los cuidados tras un alta hospitalaria, sobre todo por procesos quirúrgicos y según protocolos de actuación conjunta entre Atención Primaria y Especializada. En el año 2011 las personas atendidas fueron 99.261 con, con un seguimiento del 89,96% de todas las altas y del 98,52% de las altas contactadas por el hospital, aunque existe una importante variabilidad geográfica.

■ Atención personas inmovilizadas

Son personas con diversos tipos de incapacidad que les obliga a estar en cama o con dificultad para desplazarse, necesitando ayuda de otras personas, por un tiempo superior a 2 meses. El número de pacientes incluidos en este servicio en el año 2.011 es de 164.710.

■ Atención a personas ancianas de riesgo

Servicio que identifica y realiza seguimiento de personas mayores frágiles o en riesgo de serlo así como a las personas mayores dependientes, a través de la valoración geriátrica integral. Mu-

chas de estas personas, además, serán tributarias de seguimiento en diferentes Procesos Asistenciales Integrados. La cobertura de este servicio es muy alta, reflejo de la importancia que tiene para los servicios sanitarios públicos. En 2011 se atendieron 338.672.

■ **Atención a personas mayores residentes en instituciones Asistencia sanitaria**

Asistencia sanitaria en el Centro de salud y en la institución a personas mayores residentes, con los mismos protocolos de actuación y seguimiento que en el resto de la población mayor, además de actividades específicas. En el año 2011, se han valorado 46.127 personas mayores residentes en instituciones.

■ **Atención a personas en riesgo social**

Las actuaciones específicas dirigidas a personas, que son atendidas en los servicios sanitarios y presentan factores de riesgo social, van encaminadas a: identificación, valoración social y establecimiento de un plan de actuación en colaboración con la familia y con los recursos formales e informales. Así mismo se realiza trabajo con grupos específicos de pacientes y de personas cuidadoras, proyectos de intervención sociosanitaria y trabajo comunitario en colaboración con los servicios sociales, asociaciones de autoayudas y otras entidades.

Sus criterios mínimos de oferta son:

- > Orientar y asesorar a los miembros de las Unidades de Gestión Clínica/EBAP sobre aspectos sociales individuales, grupales y comunitario.
- > Coordinar las actividades de trabajo con la comunidad, estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el centro y la población.
- > Promover el trabajo en equipo e intersectorial.
- > Prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores de la salud:
- > Ofertar atención sociosanitaria, en consulta y a demanda, a los miembros de la UGC/EBAP y a la población.

En el año 2011, de las 199.767 personas en riesgo social atendidas en Atención Primaria, el 62,65% presentaban problemáticas relacionadas con la dependencia y, de éstas, en el 44,60% se asociaban problemas de apoyo social.

De las 50.350 personas atendidas por el colectivo profesional de trabajo social en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía en el año 2011, el 57,89% presentaban criterios de riesgo social.

La tabla siguiente muestra los profesionales de Trabajo Social en Andalucía en 2011:

■ **Tabla 2.**

Profesionales de trabajo social en Andalucía en 2011

PROVINCIA	DISTRITO	HOSPITAL	AGS	ESMC	TOTAL
Málaga	36	19	14	4	73
Jaén	32	13	0	6	51
Almería	22	10	6	6	44
Huelva	25	10	7	4	46
Cádiz	31	16	5	4	56
Granada	31	18	6	7	62
Sevilla	46	37	7	18	108
Córdoba	27	12	4	6	49
TOTAL	247	51	68	55	421

■ **Modelo de gestión de casos: Enfermera gestora de casos**

La participación, desde el año 2002, de la enfermera gestora de casos en coordinación con los equipos de Atención Primaria, es importante para que los pacientes y las personas cuidadoras consigan los objetivos marcados en su plan asistencial, garantizando la continuidad asistencial en domicilio y con los otros niveles de atención. La enfermería de familia es clave para el logro de estos objetivos.

En el año 2011, las personas atendidas por la EGC, en Andalucía han sido 390.416 (dato de SI-GAP n° de hombres en Gestión de Casos + n° de mujeres en Gestión de Casos); 24.812 personas cuidadoras han participado en talleres grupales y 55285 personas han sido seguidas por la EGC.

■ **Tabla 3.**

ECG en Andalucía en 2011

PROVINCIA	DISTRITO	HOSPITAL	AREA	TOTAL
Málaga	38	10	18	66
Jaén	29	2	0	31
Almería	17	5	8	30
Huelva	19	4	5	28
Cádiz	28	8	16	52
Granada	27	6	7	40
Sevilla	58	9	7	74
Córdoba	31	7	7	45
TOTAL	247	51	68	366

■ **Plan de Seguimiento Telemático de pacientes de alta complejidad clínica y alta dependencia**

Consiste en el seguimiento telefónico a personas con alta complejidad clínica y dependencia que son dadas de alta desde las unidades de hospitalización durante los fines de semana y festivos, con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial. El porcentaje de personas con estas características respecto al número de altas totales se sitúa en torno al 13,67% del total. Este seguimiento alcanzó a 13.252 personas en 2011

■ **Plan de mejora de la atención a personas cuidadoras familiares en Andalucía**

Partiendo del conocimiento acumulado de la figura de la persona cuidadora en Andalucía, se pone en marcha este plan con el objetivo de ofertar servicios

concretos y medidas de apoyo, según el grado de dependencia de la persona a la que se cuida.

Los datos de actividad referidos a talleres impartidos y cuidadoras asistentes, demuestran como, en dos años, casi se ha cuadruplicado el número, fundamentalmente por el aumento del número de enfermeras gestoras de casos y por el progresivo desarrollo del Plan en Andalucía.

■ **Tabla 4.**

Datos del Plan de mejora de la atención a personas cuidadoras en Andalucía. SAS, 2011

Cuidadoras censadas de personas con gran discapacidad	40.947
Talleres formativos impartidos a cuidadoras	2.761
Cuidadoras asistentes a los distintos talleres	24.812

■ **Programa de Ayudas técnicas y distribución de material ortoprotésico**

La disponibilidad de las ayudas técnicas, tradicionalmente se han proporcionado a través del Catálogo General de Ortoprotésicas de la Comunidad Autónoma de Andalucía o a través subvenciones de los servicios sociales. La inversión realizada por el SAS para acercar estas ayudas técnicas a los domicilios de las personas en situación de dependencia es una innovación que mejora sensiblemente la rapidez y calidad de la prestación, asimilándola al resto de los servicios sanitarios. Es de destacar que, tanto la enfermería gestora de casos, como los dispositivos móviles de rehabilitación, fisioterapia y terapia ocu-

pacional, han colaborado en este programa, estableciendo criterios para la adjudicación y facilitando orientación, asesoramiento y entrenamiento con el material.

■ **Plan de Prevención e Intervención ante temperaturas extremas.**

Dentro de las medidas desarrolladas para disminuir las complicaciones sobre la salud derivadas de las altas temperaturas, desde el año 2003 el SAS desarrolla un Plan de seguimiento de personas frágiles y dependientes en su domicilio, con el objetivo de facilitar el acceso a la asistencia sanitaria a la población de riesgo que pueda presentar problemas de salud relacionados con el calor. En 2011 (desde el 1 de julio al 15 de septiembre) fueron atendidas 6,160 personas, con una edad media de 83 años.

■ **Fisioterapia y Rehabilitación en Atención Primaria de Salud**

Las líneas de actuación prioritarias de este programa están orientadas a facilitar la atención de las y los pacientes con discapacidad y sus cuidadores y cuidadoras, mejorando su accesibilidad. Para ello, se ofertan preferentemente los tratamientos y cuidados en su entorno próximo, ya sea en sala o en su propio domicilio.

Una de las innovaciones más importantes incorporadas por este servicio ha sido el desarrollo de la terapia ocupacional en Atención Primaria.

En la actualidad existen 203 salas de fisioterapia, que realizan atención individual, en grupo y domi-

ciliaria. Además, están actualmente en funcionamiento 10 dispositivos móviles (uno en cada capital de provincia, uno en Jerez y otro en el Campo de Gibraltar). Cada uno de estos dispositivos (atendido por 1-2 especialistas en Medicina Física y Rehabilitación) y apoyados por personal administrativo está constituido por varios equipos de tratamiento (46 equipos en total, integrados por profesionales de fisioterapia, personal celador-conductor y, eventualmente por los 13 terapeutas ocupacionales distribuidos en las capitales de provincia, Jerez y Órgiva).

Uso de TIC en el SSPA: Profesionales y Ciudadanía

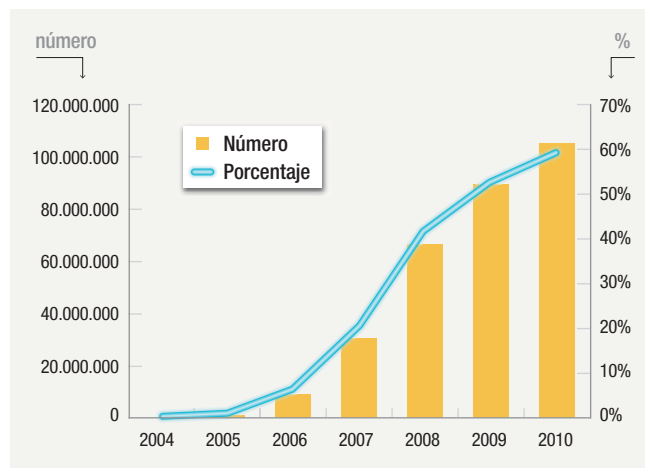
■ Receta electrónica:

El uso de la receta XXI en el paciente crónico, tiene especial relevancia, puesto que evita que tenga que acudir al médico sólo a por recetas. El grado de implantación actual es elevado principalmente en Atención Primaria.

Esta herramienta es facilitadora para la coordinación y seguimiento de los tratamientos, independientemente del ámbito de prescripción, y del profesional.

■ Gráfico 34

Uso de la receta electrónica. Andalucía, 2004-2010



Fuente: Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edición 2012. © Escuela Andaluza de Salud Pública - Servicio Andaluz de Salud - Consejería de Salud

■ Tabla 5.

Prescripción a través de Receta XXI. Andalucía, 2004-2010

Número

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
247.545	1.245.313	8.982.316	30.520.630	68.335.515	89.286.894	105.318.765

Porcentaje

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0,19	0,94	8,47	20,83	41,93	52,98	59,23

Fuente: Sistema de Información de Farmacia-SSPA.

■ Escuela de pacientes

Tras 3 años de desarrollo, la Escuela de Pacientes, dispone de 10 líneas temáticas de formación de pacientes en enfermedades crónicas: Fibromialgia, Diabetes 1, Diabetes 2, Asma, Cáncer de mama, Cáncer colorrectal, Insuficiencia cardiaca, EPOC, y Cuidadoras.

La Escuela de Pacientes cuenta con:

- > 500 profesores – pacientes formados como expertos
- > 5.000 pacientes han recibido formación en las Aulas de la Escuela de Pacientes.
- > 120 UGC están implicadas en este proyecto.
- > 63 Aulas de formación en centros del SSPA, que cuentan con el apoyo y asesoramiento de las UGC relacionadas con las distintas temáticas.

PROVINCIA	CENTRO/HOSPITAL/D.S/A.G.S	AULAS en funcionamiento / Escuela de pacientes
Almería	D.S Poniente	Diabetes 2, Asma y EPOC
	H. La Inmaculada (A.G.S. Norte de Almería)	Diabetes 2, Cáncer mama y Cáncer colorrectal
Cádiz	A.G.S. Campo de Gibraltar	Diabetes 2, Fibromialgia y Cáncer de mama
	Hospital Puerta del Mar	EPOC y Cáncer Colorrectal
Córdoba	D.S. Guadalquivir	Fibromialgia, Asma y Diabetes 2
	Hospital Reina Sofía	Cuidadoras, EPOC y Fibromialgia
Granada	Hospital San Cecilio	Cáncer colorrectal
	Hospital Virgen de las Nieves	Asma, Cáncer de mama
	Hospital Sta. Ana (A.G.S. Sur)	Insuficiencia Cardiaca, Diabetes 2, Cuidadoras
Huelva	Norte de Huelva (Riotinto)	Cuidadoras y EPOC
	Hospital Infanta Elena	Cáncer Colorrectal, Cáncer de mama y Diabetes 1
Jaén	Complejo Hospitalario de Jaén	Cáncer de mama, Cáncer colorrectal
	Distrito Linares	Fibromialgia
	D.S. Jaén Sur	Fibromialgia, Diabetes 2 y Asma
Málaga	Hospital Virgen de la Victoria	EPOC, Insuficiencia Cardiaca y Cuidadoras
	Hospital Carlos Haya	Cáncer de mama, Cáncer colorrectal y Diabetes 1
	D.S. Costa del Sol	Diabetes 2, Asma y Cuidadoras
Sevilla	A.G.S. Osuna	EPOC, Fibromialgia y Cáncer de mama
	H. Valme	Insuficiencia cardiaca, Cáncer de Mama, Cáncer colorrectal, Diabetes 1, Diabetes 2, Cuidados Espalda, Pacientes anticoagulados y Cuidadoras
	Hospital Virgen del Rocío	Diabetes 1, Cuidadoras y EPOC

La Web de la Escuela de pacientes incorpora redes sociales desde finales de 2010, con un crecimiento constante de usuarios:

Facebook:

<http://www.facebook.com/escuelapacientes>

Twitter:

<https://twitter.com/escpacientes>

Blog Fibromialgia:

<http://fibromialgia-escueladepacientes.blogspot.com/>

Blog Cocinar Rico y Sano:

<http://cocinar-ricoysano.blogspot.com/>

Blog Celiaquía:

<http://celiaquia-escueladepacientes.blogspot.com/>

Blog Insuficiencia Cardíaca “Corazones en camino”:

<http://corazonesencamino.blogspot.com/>

Blog Cáncer de mama:

<http://cancermamaescueladepacientes.blogspot.com/>

Blog Artritis:

<http://artritis-escueladepacientes.blogspot.com/>

Canal en YouTube:

<http://www.youtube.com/escueladepacientes>

Entre noviembre y diciembre de 2011 se han realizado 8 Foros provinciales, uno en cada provincia andaluza, organizados entre las Delegaciones de Salud y la Escuela de Pacientes. Se han convocado a todos los formadores y referentes sanitarios de las Aulas y se ha presentado la Escuela de Pacientes a las asociaciones de pacientes crónicos de cada provincia. Los Foros han contado con la participación de unas 700 personas.

El 20 de enero de 2012 se celebra en Granada, en la Escuela Andaluza de Salud Pública, el **I Congreso de la Escuela de Pacientes**.

En 2012 se abrirán 30 aulas nuevas en el SSPA a demanda de los centros sanitarios.



Plataforma multicanal

■ Cita previa en Atención Primaria

Al Teléfono, fax, Internet y mensajes de móvil, se suma la iniciativa del Kiosco virtual, un nuevo acceso que se suma a las distintas vías puestas a disposición de los ciudadanos para acceder al servicio de Cita Previa de Salud Responde. El Kiosco Digital permitirá al paciente elegir día y hora con el médico de familia o pediatra en el mismo centro de salud con el uso de la tarjeta sanitaria o DNI electrónico del paciente, evitándose así esperas en el mostrador del centro de salud. Se han gestionado 5.045 citas durante los primeros meses de funcionamiento.

La cita previa en AP es el servicio de mayor actividad. Ha gestionado desde sus inicios 84 millones de citas. Durante 2011 se han realizado 14,9 millones. A través del servicio web se han realizado 10,5 gestiones (10.484.090).

■ Cita previa en Atención Hospitalaria

Se pueden anular o solicitar un cambio de cita con el especialista hospitalario o para una prueba diagnóstica contactando con Salud Responde. Todos los centros sanitarios públicos tienen implantado ya este servicio que permite hacer un mejor uso de los recursos. El objetivo es mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a éste ámbito del SSPA, facilitando información de citas y anulación y reubicación de las mismas.

Durante 2011, se han realizado 170.966 gestiones, 11.358 anulaciones, 36.301 reubicaciones y 123.307 informaciones.

■ Salud 24 horas

Este servicio ofrece información sobre los principales problemas de salud y cómo prevenirlos. Son consejos sanitarios personalizados divididos en grandes bloques temáticos.

El principal motivo de consulta de los ciudadanos andaluces (48%) está relacionado con la medicación, pocilgas, efectos adversos, interacciones etc.

■ Campaña de prevención de los efectos de las altas temperaturas

El plan de prevención ante una posible ola de calor, mantiene seguimiento periódico a ancianos y pacientes frágiles para conocer su estado de salud en los periodos de mayor temperatura.

En la campaña de este año se han integrado en el programa 6.155 pacientes a los que se les ha realizado 9.766 que se han incluido de toda Andalucía.

■ Seguimiento de altas hospitalarias

Salud Responde ha realizado desde el inicio del año seguimiento telefónico a 12.734 ciudadanos, los dados de alta e identificados por los profesionales de Enfermería Hospitalaria, con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial entre los equipos de atención hospitalaria y atención primaria. Se les ha realizado 18.422 llamadas.

Conclusiones al Análisis de situación



Análisis demográfico

- La estructura por edad y sexo en la pirámide de población andaluza muestra su progresivo envejecimiento durante los últimos años especialmente el porcentaje de población mayor de 80 años se prevé que sea incluso mayor. Este hecho es lo que se ha denominado «envejecimiento del envejecimiento», un fenómeno que, además, es eminentemente femenino, ya que los grupos de más edad estarán compuestos mayoritariamente por mujeres.
- La esperanza de vida al nacimiento, se ha duplicado, ganándose cerca de cuarenta años más de vida por persona.
- La distribución de la población mayor de 65 años en Andalucía por municipios se concentra especialmente en municipios de Andalucía Oriental en zonas, en general, menos habitadas y municipios de sierra de Andalucía Occidental localizados en el norte de Huelva y Córdoba.
- El 61,6% de la población con discapacidad son mujeres.
- Por término medio, en Andalucía, los hombres van a vivir 7,9 años de su vida en situación de dependencia y las mujeres 12,1 años. Así pues, las mujeres viven en promedio más años, pero muchos de ellos los viven en situación de dependencia.

Análisis epidemiológico

Encuesta de salud de Andalucía 2007

- Las mujeres presentan una mayor prevalencia en muchas de las EC, así como en Cronicidad y Polipatología, siendo la prevalencia de Cronicidad en Andalucía (población mayor de 16 años) es del 45,6% mientras que la de Polipatología es del 22%.
- Las prevalencias de Cronicidad y Polipatología son similares entre los grupos de edad de 75-84 años y ≥ 85 años, aunque ligeramente inferiores en el grupo más mayor. La población andaluza con 3 EC tiene una edad media de 65 años.
- La polipatología y la polimedicación tienen una alta relación, siendo bastante más alta que la que se observa con la edad. El consumo de medicamentos aumenta a más del triple cuando hay presente al menos una EC.
- La mitad de la población andaluza con Polipatología acudió al médico en las 2 últimas semanas, más del triple que la población sin EC.
- La hospitalización es más del doble en la población con Polipatología con respecto a la que no tiene EC.
- La utilización de servicios de urgencias es casi el doble en la población con Polipatología con respecto a la que no tiene EC.

Riesgo cardiovascular en la población andaluza en los últimos 16 años (1992-2007)

- La prevalencia actual de los FRV en la población adulta de Andalucía es elevada, similar a las medias nacionales en HTA y tabaquismo, y superior en diabetes y, sobre todo, en obesidad.
- La edad es el principal factor determinante de la prevalencia de los FRV.
- En la población andaluza adulta de edades medias (20 a 60 años), el perfil global de riesgo vascular no ha empeorado en los últimos 15 años:
 - > Se aprecian cambios favorables en la prevalencia de hipertensión arterial y dislipemia en ambos sexos, en todos los grupos de edad.
 - > La prevalencia de tabaquismo ha disminuido en los hombres, pero se ha incrementado en las mujeres.
 - > No se ha modificado sustancialmente la prevalencia de diabetes.
 - > Se detectan cambios desfavorables en la prevalencia de tabaquismo en mujeres y de sobrepeso/obesidad (IMC >25) en los hombres y en las mujeres más jóvenes (<30 años).

Mortalidad por enfermedades crónicas

- Los factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la hipertensión arterial, la alimentación inadecuada, la obesidad o la inactividad física son comunes a muchas de las enfermedades crónicas.
- Las cuatro enfermedades crónicas que tienen mayor mortalidad son el cáncer, la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la diabetes mellitus.

Hospitalización por pluripatología

- El aumento de las altas en pacientes mayores de 75 años ha traído consigo un aumento de la edad media de los pacientes (80.92 en el año 2000 y 81.42 en el 2010), mayor complejidad (incremento del 49,4% de los puntos GRD de 18 en 2000 hasta 26.9 puntos en 2010) y un aumento de la tasa de mortalidad (desde el 11.9% al 12.3%).
- En el 43,14% de las altas hospitalarias se identifica una enfermedad crónica que genera discapacidad y se ha incrementado un 66,82% el número de pacientes pluripatológicos. En pacientes con GRD quirúrgicos el incremento de pluripatológicos es incluso mayor, alcanzando el 119% de incremento en este periodo.
- En la actualidad el 83,57% de los pacientes de Medicina Interna tienen una enfermedad crónica y el 48,24 % son pluripatológicos. El 38,47% de los pacientes pluripatológicos que son atendidos

en los hospitales del SSPA son atendidos en el servicio de Medicina Interna.

- Estos datos permiten poner de manifiesto que nuestros hospitales de agudos se están convirtiendo en hospitales de pacientes crónicos con eventos agudos y especialmente de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Este hecho obliga a replantear la organización y las prioridades dentro del hospital en el marco de las recomendaciones generales de los modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas.

Frecuentación en AP

- A pesar del crecimiento de la población, si analizamos el comportamiento de la Frecuentación en los últimos cuatro años, a nivel de Medicina de Familia en el Centro de salud, ésta se incrementó pero sin sufrir grandes variaciones. En enfermería el incremento ha sido mayor sobre todo a expensas del aumento de la Cartera de Servicios (Prescripción enfermera, agendas a demanda, informes de dependencia,...).
- En el domicilio la frecuentación de Medicina de Familia ha crecido un 59% en los cuatro últimos años y la de enfermería un 39%, debido al envejecimiento de la población, a la inmovilización de los pacientes, a la institucionalización de personas mayores,....
- El 15,24% de población mayor de 64 años (1.244.150 ciudadanos), consume el 50,74% del total consultas médicas en el Centro de salud (19.906.400 consultas).

Recursos

- Existe una amplia cartera de servicios en AP para la atención a pacientes con enfermedades crónicas, población en situación de dependencia y sus cuidadoras.
- Existe una gran variabilidad entre Distritos de AP y AGSanitaria en la identificación de pacientes pluripatológicos, así como en el modelo de atención compartida entre Medicina de Familia y Medicina Interna, en cuanto a la existencia de Internista de referencia, contacto telefónico e ingresos programados.
- Se produce un aumento progresivo del uso de recursos telemáticos por parte de los profesionales y de TIC por parte de la ciudadanía.



3

**Expectativas
de pacientes,
personas
cuidadoras y
profesionales**



■ Para la descripción de los diferentes PAI relacionados con las enfermedades crónicas, se han recogido a lo largo de estos años, tanto expectativas de pacientes y familiares como de profesionales (PAI Riesgo vascular, Insuficiencia Cardíaca, EPOC, Asma, Cáncer de Pulmon etc).

Igualmente, para la actualización del PAI Atención al Paciente Pluripatológico, en el año 2007, se exploraron las expectativas tanto de pacientes como de profesionales relacionados con la atención a pacientes pluripatológicos.

A continuación se ha elaborado un listado de las expectativas más relevantes de los pacientes y personas cuidadoras:

- Formación y capacitación correcta de los profesionales en la atención al paciente pluripatológico.
- Competencia técnica que en ningún caso anule la opinión del paciente respecto a su proceso.
- Empleo de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos.
- Empleo del tiempo necesario para la atención.
- Identificación clara del Médico y Enfermera responsables de la atención al paciente en el Centro de Salud, domicilio y en el Hospital.
- Simplificación del acceso para la valoración urgente por los médicos habituales de los pacientes (Médicos de Familia e Internistas).
- Utilización de las prestaciones sociales que el paciente precise en su domicilio en función de los recursos sociales disponibles y de la limitación funcional del paciente pluripatológico.

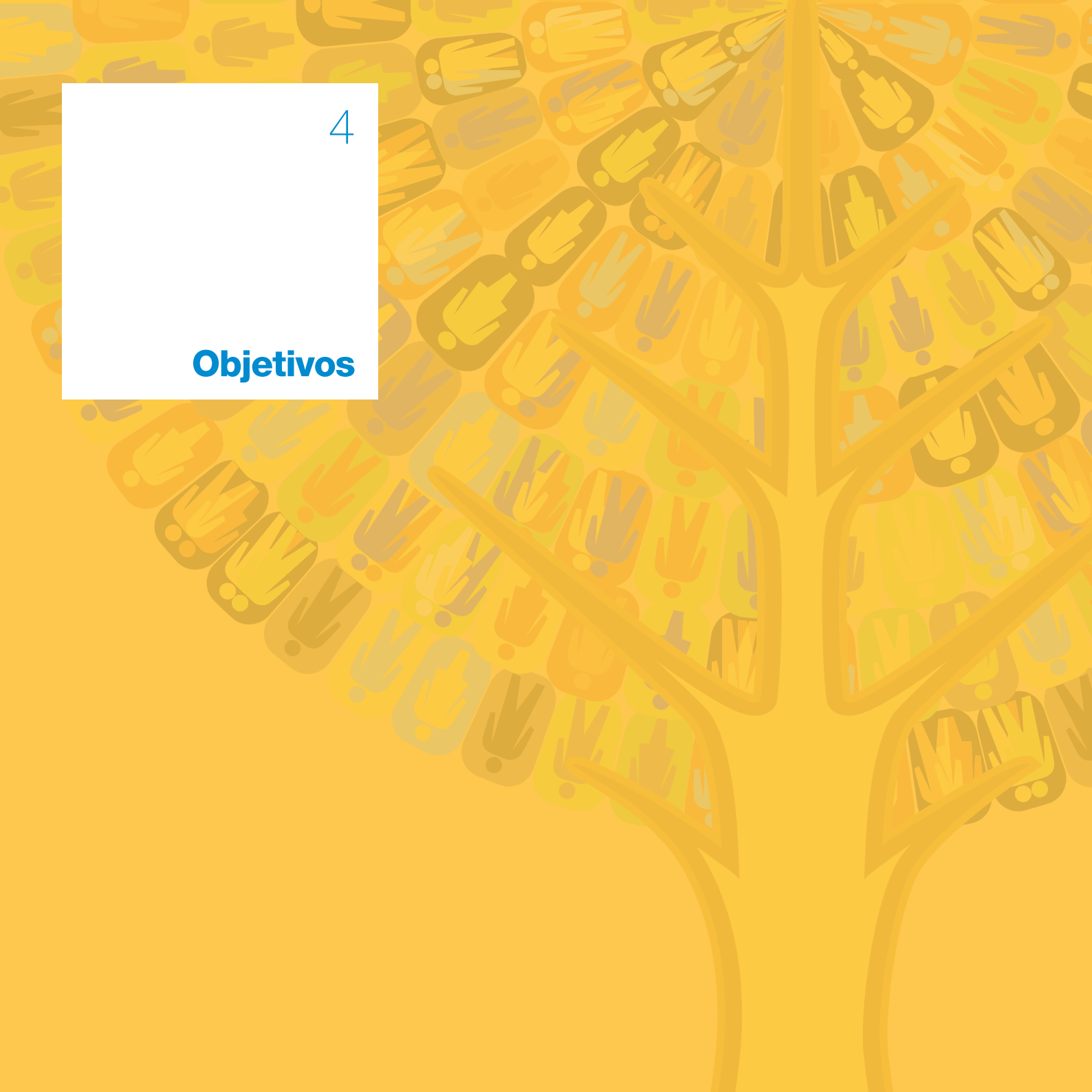
- Disposición de informes clínicos actualizados en cada momento que incluyan, al menos, profesionales de referencia (centro de trabajo y teléfono de contacto) problemas de salud, tratamientos farmacológicos y cuidados específicos.
- Facilitar información suficiente al paciente que le permita tomar decisiones, si lo desea, sobre la actuación clínica futura.

Expectativas más relevantes de profesionales sanitarios implicados en la atención al paciente pluripatológico:

- Formación para obtener la máxima cualificación en el manejo del paciente pluripatológico.
- Medios técnicos suficientes para el control de los pacientes.
- Utilización de documentación clínica compatible, compartida y disposición del paciente pluripatológico.
- Apoyo mutuo entre niveles asistenciales en caso de sobrecarga o situaciones de claudicación familiar.
- Existencia de dotación técnica que permita la comunicación entre niveles (teléfono, fax, Internet).

4

Objetivos



- Disminuir la incidencia y la mortalidad prematura de las enfermedades crónicas mejorando el control de los factores de riesgo que las propician.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas reduciendo la discapacidad y la dependencia y favoreciendo un mayor nivel de autonomía funcional y social.
- Propiciar la responsabilidad y la solidaridad social e individual para la mejora del estado de salud de los ciudadanos ayudando a la participación activa de la ciudadanía y evitando las inequidades.
- Alinear las diferentes estrategias puestas en marcha en el SSPA para dar respuesta a las necesidades generadas por el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas.
- Mejorar la adecuación de la organización asistencial y la oferta de servicios a las necesidades del paciente con enfermedades crónicas.
- Garantizar la visión global y el abordaje integral en cada una de las fases de la historia natural de la enfermedad crónica.
- Evaluar las intervenciones de salud realizadas para garantizar la efectividad clínica y la eficiencia de las mismas.
- Garantizar la formación adecuada, orientada a la adquisición y mantenimiento de competencias de todos los profesionales y personas cuidadoras informales implicados en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas.

5

**Desarrollo
del modelo
de gestión de
enfermedades
crónicas en
Andalucía**



■ **Las enfermedades crónicas por definición no se curan. La lucha contra las enfermedades crónicas permite intervenir consiguiendo un mejor control preventivo y una mejor gestión de esas enfermedades. El control preventivo obliga a intervenir desde la óptica de la salud pública atacando los factores de riesgo que propician las enfermedades crónicas.**

La gestión de las enfermedades crónicas lleva a intervenir sobre los servicios de salud adecuando la organización asistencial a las nuevas necesidades. La división tradicional entre atención sanitaria y social por una parte y, en la atención sanitaria, la separación entre el nivel básico o atención primaria y el ámbito hospitalario, trae consigo un grave problema de integración de la práctica clínica que ha sido detectado en todos los modelos sanitarios. Durante las últimas dos décadas, para diseñar nuevas estrategias frente a la cronicidad se han desarrollado diferentes “Modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas”. El elemento central de los modelos de gestión de enfermedades crónicas es considerar que los mejores resultados en salud se obtienen cuando un paciente activo e informado interacciona con un equipo profesional práctico preparado y proactivo. Los Modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas y el Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se encuentran perfectamente alineados. El Plan de Atención Compartida propuesto por el PAI Atención al Paciente Pluripatológico ya en 2002 describía este marco de acción como elemento nuclear de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas complejas.

En Andalucía, durante la última década, los Planes de Calidad han traído un cambio cultural y estratégico que ha propiciado la orientación del Sistema Sani-

tario Público Andaluz (SSPA) hacia el ciudadano. Este hecho ha facilitado que durante este periodo se hayan desarrollado numerosas estrategias que afrontan la mayoría de los componentes de los modelos de gestión de enfermedades crónicas. Planes Integrales como los Planes Diabetes, Cardiopatía, Ictus, Oncología, Dolor, VIH y otras ITS, Enfermedades Raras, Tabaquismo, Obesidad Infantil, Promoción de la Actividad Física y Alimentación Equilibrada, Cuidados y Atención a Cuidadoras, Cuidados Paliativos, Salud Mental, de Investigación, Formación, están transformando el SSPA, propiciando las reformas necesarias para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas. Como ha sido descrito en la introducción el PAAIPEC no pretende redefinir una nueva estrategia integrada de salud, sino que aspira a ser una estrategia complementaria que contribuya a alinear los esfuerzos realizados en las diferentes estrategias y plantee cómo cubrir las áreas de mejoras detectadas, y especialmente la integración de servicios para hacer frente a la atención de los pacientes con enfermedades crónicas complejas o pacientes pluripatológicos.

La experiencia internacional plantea que para mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios es necesario que los cambios que se afronten sean realizados simultáneamente en múltiples dimensiones. En este sentido numerosos trabajos han evidenciado mejoras

de salud con la implementación de distintas acciones propuestas en los Programas de Gestión de Enfermedades Crónicas. Sin embargo, los resultados obtenidos en un Sistema de Salud no pueden ser extrapolados automáticamente a otros entornos asistenciales, especialmente cuando la práctica usual con la que se comparan está escasamente descrita o difiere sensiblemente de nuestra práctica asistencial, en donde existe una atención primaria fuertemente implantada y unas características culturales y psicosociales particulares. Por tanto, hay que ser especialmente cautos a la hora de importar experiencias aparentemente eficientes en otros países. Esta incertidumbre es especialmente relevante en los pacientes pluripatológicos. El análisis de situación realizado constata el escaso nivel de evidencia sobre las que se sustentan la mayoría de nuestras decisiones clínicas, ya que los pacientes habituales difieren sensiblemente de la población diurna de la mayoría de los ensayos clínicos. Igualmente muchas de las intervenciones preventivas usualmente recomendadas cuentan con escaso nivel de evidencias y cuestionable eficiencia.

Para afrontar estas incertidumbres hemos diseñado el PAIAPEC adaptando la visión multidimensional que aportan los Modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas a los escenarios definidos en el Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz.

El análisis de situación desde esta perspectiva multidimensional, nos ha llevado a identificar 6 líneas estratégicas:

- **Prevención y promoción de Salud.**
- **Autonomía y corresponsabilidad del paciente.**
- **Modelo de atención integral e integrada.**
- **Gestión poblacional.**
- **Orientación a resultados.**
- **Gestión del conocimiento.**

Estas seis líneas estratégicas interaccionan con la comunidad y el paciente como expresión de la ciudadanía, con los profesionales, y con el espacio compartido en donde el ciudadano tiene la percepción del continuo asistencial. Dado el destacado papel que están jugando en la actualidad las TIC en la prestación de los servicios de salud, hemos decidido incorporarlas como un escenario de intervención. Por tanto hemos definido 5 escenarios para estas seis líneas estratégicas:

- **La Comunidad.**
- **El Paciente.**
- **Los Profesionales.**
- **Las Tecnologías de la información y comunicación.**
- **Espacio compartido.**

PROYECTO PRIORITARIO

LINEAS ESTRATÉGICAS	ESCENARIOS				
	Comunidad	Pacientes	Profesionales	TIC	Espacio compartido
Prevención y promoción de Salud.					
Autonomía y corresponsabilidad del paciente					
Modelo de atención integral e integrada.					
Gestión poblacional.					
Orientación a resultados.					
Gestión del conocimiento.					

La intersección de las 6 líneas estratégicas con los 5 escenarios definidos nos ha permitido identificar los recursos disponibles y las propuestas de intervención en cada una de las diferentes áreas.

Creemos que este modelo de análisis puede ayudar a dotar de una perspectiva global la planificación estratégica de diferentes ámbitos asistenciales, incluidos el

de una Unidad Clínica, de cara a contribuir a afrontar los cambios necesarios para hacer frente a los retos de la cronicidad.

El análisis de situación nos ha permitido identificar áreas de mejora que no están directamente en el punto de atención de otros Planes Integrales.

Estás áreas de mejora pretenden ser agrupadas en estos 7 Proyectos prioritarios:

- 1) **ASEGURAR** el liderazgo de la Atención Primaria en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas reforzando el protagonismo del equipo médico-enfermero de Atención Familiar y Comunitaria.
- 2) **CONSOLIDAR** el modelo de Atención Compartida entre Atención primaria y hospitalaria.
- 3) **DESARROLLAR** un modelo de integración socio-sanitaria para responder a las necesidades de cuidados de las personas con problemas crónicos de salud.
- 4) **DESARROLLAR** el Plan en el marco de la gestión clínica.
- 5) **EVALUAR** las intervenciones y resultados en salud.
- 6) **AFRONTAR** los determinantes de la enfermedad crónica.
- 7) **PROMOCIONAR** el uso adecuado del medicamento.

De entre estos proyectos, los tres primeros son los proyectos nucleares para definir los cambios organizativos necesarios y continuar adaptando nuestra organización a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas. El cuarto, la Gestión Clínica, define el marco requerido para poder ejecutar estos cambios. Los tres últimos son proyectos operativos que definen prioridades. Las acciones propuestas se describen en cada uno de los siete proyectos estratégicos y se presentan también enmarcadas en cada una de las líneas estratégicas con algunas acciones específicas de estas líneas no incluidas en los proyectos prioritarios. Este doble sistema de presentación permite visualizar las acciones en los sistemas digitales desde diferentes perspectivas.

PROYECTO PRIORITARIO 1.

ASEGURAR EL LIDERAZGO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS REFORZANDO EL PROTAGONISMO DEL EQUIPO MÉDICO-ENFERMERO DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA.

- A) Considerar al Equipo de atención primaria como referente del paciente con enfermedades crónicas en el área geográfica de referencia, actuando además como coordinador de los contactos ante el resto de la organización sanitaria y los servicios sociales.
- B) Profundizar en el modelo de trabajo compartido del Equipo médico-enfermero de atención familiar y comunitaria de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria, potenciando la gestión compartida de la demanda asistencial en el Centro de Salud y en el domicilio y asignando objetivos comunes.
- C) Incrementar la capacidad de resolución de la Atención Primaria reforzando las competencias clínicas para las enfermedades crónicas y garantizando el acceso directo a toda la cartera de servicios del área sanitaria, incluyendo laboratorio, técnicas de imagen y pruebas invasivas.
- D) Potenciar la gestión de casos en la atención a pacientes crónicos con necesidades complejas.
- E) Desarrollo de las competencias del Equipo de Atención Primaria, incluyendo nuevos roles para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, seguimiento y cumplimiento terapéutico, así como la adaptación y el entrenamiento para el autocuidado.
- F) Propiciar la participación activa del Equipo de Atención Primaria en la promoción de la salud estrechando los lazos con las redes comunitarias.

- G) Avanzar en la adaptación de las ratios de pacientes de los equipos medico-enfermeros en función de la morbilidad y riesgos, para adaptarlos a las necesidades de intervención sobre los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades crónicas, priorizando las Zonas con Necesidades de Transformación Social.
- H) Impulsar el desarrollo de funcionalidades en los sistemas de información clínica que permitan, a cada profesional, monitorizar los resultados clínicos, el cumplimiento de objetivos asistenciales y preventivos, así como estratificar a sus pacientes según sus necesidades.
- I) Impulsar funcionalidades en la página de salud del ciudadano que permitan interaccionar con sus profesionales referentes, registrar sus autocontroles, recibir mensajes de salud y acceder a todos los servicios del sistema sanitario y social.

PROYECTO PRIORITARIO 2.

CONSOLIDAR EL MODELO DE ATENCIÓN COMPARTIDA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA.

- A) Priorizar en todas las áreas la implantación del modelo de atención compartida propuesto en el PAI Atención a Pacientes Pluripatológicos, garantizando la relación personalizada entre médicos de familia y enfermeras de atención primaria con los internistas y enfermeras hospitalarias.
- B) Potenciar la Gestión de Casos, propiciando el desarrollo de acciones conjuntas con los equipos de Atención Primaria y Hospitalaria.
- C) Priorizar la implantación de los PAI relacionados con las enfermedades crónicas garantizando la implantación del PAI Atención al Paciente Pluripatológico en todas las áreas sanitarias, incluidas las áreas de influencia de los Hospitales de Alta Resolución.
- D) Creación o consolidación de los equipos hospitalarios de medicina interna para el apoyo a los servicios quirúrgicos en la atención a los pacientes con enfermedad crónica y especialmente a los pacientes pluripatológicos o de edad avanzada.
- E) Fomentar el apoyo de las TIC en el desarrollo del modelo de atención compartida, completando la implantación de Diraya y Receta XXI en atención primaria y hospitalaria, favoreciendo el despliegue de funcionalidades que permitan, dentro de la historia de salud, la elaboración de interconsultas virtuales y la comunicación directa entre los profesionales de todos los ámbitos asistenciales.

- F) Continuar desarrollando la complementariedad de los servicios de telecontinuidad con la atención de los profesionales referentes.
- G) Desarrollar modelos y estrategias de identificación y gestión de pacientes crónicos con manejo inefectivo y/o déficit de autocuidados en escenarios clínicos de atención urgente para garantizar la continuidad asistencial con su equipo de referencia.

PROYECTO PRIORITARIO 3.

DESARROLLAR UN MODELO DE INTEGRACION SOCIO-SANITARIA PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES DE CUIDADOS DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS CRONICOS DE SALUD.

- A) Fomentar la integración de la atención sanitaria y social, desde la planificación institucional al ámbito local, propiciando la colaboración de las UGC y Servicios Sociales Comunitarios en equipos operativos de atención integrada para dar respuesta, en el plan terapéutico, a necesidades complejas de personas con enfermedad crónicas.
- B) Impulsar desde las Comisiones de Participación Ciudadana de las UGC el apoyo a las personas con enfermedad crónica, potenciando la participación local, intersectorial, interinstitucional, del tejido asociativo, voluntariado y de otros organismos y entidades de carácter público o privado.
- C) Desarrollar una oferta intersectorial de cuidados intermedios para adaptación al domicilio de aquellas personas que tras un evento agudo requieran, por su situación socio-familiar, un periodo previo de apoyo domiciliario o residencial antes de la integración en su entorno.
- D) Desarrollar programas de atención a residencias, adaptados al nivel local en función de las características de la zona, para garantizar la calidad asistencial en las personas institucionalizadas con enfermedad crónica.
- E) Integrar el trabajo cooperativo entre los servicios de salud, los movimientos asociativos y grupos de ayuda mutua, utilizando itinerarios de atención que impliquen a las personas afectadas y la red familiar.
- F) Mejorar el acceso a la información de los recursos sociales implicados en el cuidado dentro de la página de salud del ciudadano, en los servicios de atención telefónica, y en las web públicas.
- G) Garantizar el apoyo al cuidado y la prevención de problemas de salud a las personas que cuidan, desarrollando programas específicos para ellas desde el ámbito de las UGC.

PROYECTO PRIORITARIO 4.

DESARROLLAR EL PLAN EN EL MARCO DE LA GESTIÓN CLÍNICA

- A)** Incluir en los Contratos Programas de la Consejería con el SAS y con las Agencias Sanitarias y de estos con sus Centros Asistenciales, objetivos que garanticen la Atención Integrada y la Continuidad Asistencial de las personas con enfermedades crónicas.
- B)** Compartir en ambos niveles, los objetivos vinculados al área de atención de los procesos crónicos. Se incluirá y reforzará, según el caso, el peso de los objetivos en los acuerdos de gestión clínica entre unidades de atención primaria y hospital en los que se desarrollen mecanismos de continuidad asistencial.
- C)** Priorizar en los Contratos Programa y en los Acuerdos de Gestión Clínica, la implantación y desarrollo de los PAIs vinculados a enfermedades crónicas.
- D)** Incluir en el Contrato Programa, y en los Acuerdos de Gestión Clínica de ambos niveles, el análisis de los recursos sociales y sanitarios del área, destinados a la atención de los pacientes crónicos y definir objetivos precisos para la mejora de su eficiencia.
- E)** Fomentar en los Acuerdos de Gestión Clínica el desarrollo de nuevas competencias en el área de cuidados para mejorar la respuesta a la cronicidad.
- F)** Incluir en los Acuerdos de Gestión Clínica de las UGC de Atención Primaria, de manera prioritaria, la identificación, captación y estratificación de las personas con problemas crónicos de salud por el equipo médico-enfermero de atención familiar y comunitaria, e implementación de las acciones contempladas en el Plan.
- G)** Hacer operativas y evaluar las propuestas de las Comisiones y Planes de Participación Ciudadana, tanto en lo referente a la atención sanitaria como a la promoción de salud, incluyéndolas en los objetivos de las UGC.
- H)** Vincular los incentivos individuales de directivos, cargos intermedios y profesionales, a la consecución de los objetivos compartidos entre atención primaria y hospitalaria en la atención a pacientes crónicos.

PROYECTO PRIORITARIO 5.

EVALUAR LAS INTERVENCIONES Y LOS RESULTADOS EN SALUD.

- A) Incorporar en los cuadros de mando corporativos indicadores que permita la evaluación continuada de la efectividad de las intervenciones propuestas en el PAAIPEC.
- B) Impulsar proyectos de investigación que permitan obtener evidencias sólidas de los resultados en salud de las iniciativas de atención a los pacientes con enfermedades crónicas, actualmente en curso en Andalucía.
- C) Incorporar en la evaluación de los resultados de salud una visión integral que contemple criterios tales como calidad de vida, aceptación del estado de salud, adaptación a la discapacidad del paciente y su entorno familiar, así como la salud de la persona cuidadora.
- D) Impulsar el desarrollo de la investigación cualitativa para conocer las necesidades, valores, expectativas y demandas de las personas con enfermedad crónica y las personas que los cuidan.
- E) Basar la implantación de los sistemas de telemedicina y otras innovaciones en las TIC en los resultados obtenidos a través de ensayos clínicos y ecológicos.
- F) Priorizar en las convocatorias de investigación pública la realización de proyecto de investigación, que evalúen las intervenciones sociales y sanitarias integradas, dentro de la línea prioritaria de investigación en Salud Pública y Servicios de Salud.
- G) Priorizar en las convocatorias de investigación pública los proyectos de investigación compartidos entre atención primaria y hospitalaria, que evalúen las intervenciones en salud en los pacientes crónicos, dentro de la línea prioritaria de investigación en Atención Primaria de Salud.
- H) Realizar un encuentro anual impulsado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en colaboración con Sociedades Científicas y Asociaciones Comunitarias en donde se presenten las evaluaciones de resultados de la implantación de innovaciones en la atención integral y compartida a personas con problemas crónicos de salud, con la convocatoria de premio de reconocimiento a la mejor de estas innovaciones.
- I) Profundizar en la difusión pública de los resultados en salud del SSPA a través de la plataforma Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía: <http://www.calidadsaludandalucia.es/es/index.html>

PROYECTO PRIORITARIO 6.

AFRONTAR LOS DETERMINANTES DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA.

- A) Favorecer entornos que posibiliten y estimulen los hábitos saludables respecto al ejercicio físico, la vida activa, la alimentación equilibrada, el abandono del tabaco, en toda la población andaluza principalmente en aquellas zonas con mayor necesidad de transformación social.
- B) Dar continuidad a los Planes de Promoción de la Actividad Física y Alimentación Equilibrada, Tabaquismo, Obesidad Infantil, Diabetes, Ictus y Cardiopatías.
- C) Asumir los objetivos y desarrollar las acciones propuestas por el Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía.
- D) Impulsar desde las Comisiones de Participación Ciudadana de las UGC las actividades de promoción de salud, potenciando la participación local, intersectorial, interinstitucional, del tejido asociativo, voluntariado y de otros organismos y entidades de carácter público o privado.
- E) Ofertar en las UGC de Atención Primaria, a las personas con enfermedad crónica y sus familiares y ciudadanía en general, actividades grupales e individuales de formación e información sobre aspectos que mejoren y promuevan estilos de vida saludables y la autonomía personal.
- F) Priorizar la implantación de los PAIs relacionados con las enfermedades crónicas, garantizando la implantación del PAI Riesgo vascular.
- G) Priorizar los contenidos relacionados con las enfermedades crónicas, en general y con la enfermedad vascular, en particular, en las propuestas de desarrollo de las TIC.
- H) Garantizar las competencias profesionales necesarias para propiciar la motivación al cambio, los estilos de vida saludables, y los autocuidados entre las personas con enfermedad crónica y quienes los cuidan, facilitando la participación en las Estrategias de Promoción y Prevención ya puestas en marcha (Red de Formadores en Consejo Dietético, Red de formadores del Plan Integral de Tabaquismo).
- I) Desarrollar acciones para mejorar la prevención primaria, secundaria y terciaria en la población infanto-juvenil.

- J) Revisar los estándares de acreditación de Centros del SSPA y de profesionales para incorporar aquellas evidencias relacionadas con las actuaciones en pacientes crónicos, incluyendo las actividades de promoción y prevención de salud con la ciudadanía, movimiento asociativo, voluntariado, contempladas desde la Comisión de Participación de la UGC.
- K) Identificar los activos comunitarios que protegen la salud de la población, optimizar y maximizar su potencial.
- L) Adaptar recursos y servicios a las particularidades y necesidades de las personas con discapacidad, personas mayores, infancia y otras poblaciones con particularidades culturales y sociales.

PROYECTO PRIORITARIO 7.

PROMOCIONAR EL USO ADECUADO DEL MEDICAMENTO.

- A) Impulsar el desarrollo de un sistema de información específico para monitorización continua de la farmacoterapia de los pacientes crónicos en Andalucía.
- B) Impulsar el desarrollo e implantación de nuevas funcionalidades y herramientas de ayuda, integradas en la historia de salud y su módulo de prescripción, en el proceso de revisión sistemática y periódica de la medicación y los procedimientos normalizados de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.
- C) Incorporar los criterios de selección y uso adecuado de medicamentos descritos o definidos en los PAIs, en los pacientes pluripatológicos o de edad avanzada.
- D) Integrar la información sobre la medicación en la página de salud del ciudadano, permitiendo desde ella la consulta con sus profesionales referentes y las intervenciones proactivas destinadas a mejorar la adherencia al tratamiento.
- E) Potenciar el papel de la enfermera en el seguimiento de los pacientes de tratamiento protocolizado, en la prescripción de productos sanitarios e indicación de medicamentos con criterios de uso adecuado.
- F) Promover, desde la Consejería de Salud, la realización de convocatorias de ensayos clínicos con financiación independiente y pública destinados a la evaluación de la farmacoterapia del paciente pluripatológico, polimedicado o de edad avanzada.

OTRAS ACCIONES:

- A) Impulsar un Plan de comunicación que propicie la realización de declaraciones institucionales desde el máximo ámbito de representación parlamentaria hasta el ámbito local, orientadas a la sensibilización y movilización de sociedad frente a los retos de la cronicidad.
- B) Promover la participación de instituciones públicas y privadas en la extensión de la estrategia de paciente experto a través de la escuela de pacientes.
- C) Desarrollo de aulas de pacientes y cuidadoras en las UGCs de Atención Primaria y en aquellas unidades hospitalarias con mayor protagonismo en la atención a pacientes con enfermedades crónicas.
- D) Promover entre los pacientes las actividades de formación en autocuidado, y la participación activa en las escuelas de pacientes, y redes comunitarias
- E) Continuar desarrollando la complementariedad de los servicios de 24 horas con la atención por los profesionales referentes, implementando en el servicio de telecontinuidad de cuidados de salud responde nuevas funcionalidades destinadas a los pacientes con enfermedades crónicas complejas.
- F) Impulsar la planificación anticipada de decisiones en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas para favorecer la cumplimentación de las Voluntades Vitales Anticipadas.
- G) Revisar los estándares de acreditación de Centros del SSPA y de profesionales para incorporar aquellas evidencias relacionadas con las actuaciones en pacientes crónicos, incluyendo las actividades de promoción y prevención de salud con la ciudadanía, movimiento asociativo, voluntariado, contempladas desde la Comisión de Participación de la UGC.

Lineas estrategicas y acciones prioritarias según el escenario

Línea Estratégica 1: **PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD.**

La Comunidad

Impulsar un Plan de comunicación que propicie la realización de declaraciones institucionales desde el máximo ámbito de representación parlamentaria hasta el ámbito local, orientadas a la sensibilización y movilización de la sociedad frente a los retos de la cronicidad.

Impulsar las acciones comunitarias que emanan de los diferentes Planes de Promoción de la Actividad Física y Alimentación Equilibrada, Tabaquismo, Obesidad Infantil, Diabetes, Ictus y Cardiopatía.

Identificar los activos comunitarios que protegen la salud de la población, optimizar y maximizar su potencial.

Adaptar recursos y servicios a las particularidades y necesidades de las personas con discapacidad, personas mayores, infancia y otras poblaciones con particularidades culturales y sociales.

Favorecer entornos que posibiliten y estimulen los hábitos saludables respecto al ejercicio físico, la vida activa, la alimentación equilibrada, el abandono del tabaco, en toda la población andaluza principalmente en aquellas zonas con mayor necesidad de transformación social.

Asumir los objetivos y desarrollar las acciones comunitarias propuestas por el Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía.

El Paciente

Continuar desarrollando medidas de priorización para personas que cuidan de personas con alta necesidad de cuidados.

Desarrollar acciones para mejorar la prevención primaria, secundaria y terciaria en la población infanto-juvenil.

Ofertar en las UGC de Atención Primaria, a las personas con enfermedad crónica y sus familiares y ciudadanía en general, actividades grupales e individuales de formación e información sobre aspectos que mejoren y promuevan estilos de vida saludables y la autonomía personal.

Los Profesionales

Propiciar la participación activa del Equipo de Atención Primaria en la promoción de la salud estrechando los lazos con las redes comunitarias.

Desarrollo de las competencias del Equipo de Atención Primaria, incluyendo nuevos roles, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, seguimiento y cumplimiento terapéutico, así como la adaptación y el entrenamiento para el autocuidado.

Avanzar en la adaptación de las ratios de pacientes de los equipos medico-enfermeros en función de la morbilidad y riesgos, para adaptarlos a las necesidades de intervención sobre los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades crónicas, priorizando las Zonas con Necesidades de Transformación Social.

Adaptar recursos y servicios a las particularidades y necesidades de las personas con discapacidad, personas mayores, infancia y otras poblaciones con particularidades culturales y sociales.

Priorizar los contenidos relacionados con las enfermedades crónicas, en general y con la enfermedad vascular, en particular, en las propuestas de desarrollo de las TIC.

Desarrollar acciones para mejorar la prevención primaria, secundaria y terciaria en la población infanto-juvenil.

Garantizar las competencias profesionales necesarias para propiciar la motivación al cambio, los estilos de vida saludables, y los autocuidados entre las personas con enfermedad crónica y quienes los cuidan, facilitando la participación en las Estrategias de Promoción y Prevención ya puestas en marcha (Red de Formadores en Consejo Dietético, Red de formadores del Plan Integral de Tabaquismo).

**Las
Tecnologías de
la información
y comunicación**

Impulsar el desarrollo de funcionalidades en los sistemas de información clínica que permitan, a cada profesional, monitorizar los resultados clínicos, el cumplimiento de objetivos asistenciales y preventivos, así como estratificar a sus pacientes según sus necesidades.

Impulsar en la página de salud del ciudadano funcionalidades que permitan interactuar con sus profesionales referentes, registrar sus autocontroles, recibir mensajes de salud y acceder a todos los servicios del sistema sanitario y social.

Impulsar el desarrollo e implantación de nuevas funcionalidades y herramientas de ayuda, integradas en la historia de salud y su módulo de prescripción, el proceso de revisión sistemática y periódica de la medicación y los procedimientos normalizados de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales, en consonancia con la Estrategia de seguridad del paciente.

Priorizar los contenidos relacionados con las enfermedades crónicas, en general y con la enfermedad vascular, en particular, en las propuestas de desarrollo de las TIC

**Espacio
compartido**

Impulsar el desarrollo de un sistema de información específico para monitorización continua de la farmacoterapia de los pacientes crónicos en Andalucía.

incorporar los criterios de selección y uso adecuado de medicamentos descritos o definidos en los PAIs, en los pacientes pluripatológicos o de edad avanzada.

Hacer operativas y evaluar las propuestas de las Comisiones y Planes de Participación Ciudadana, tanto en lo referente a la atención sanitaria como a la promoción de salud, incluyéndolas en los objetivos de las UGC.

Priorizar la implantación del proceso riesgo vascular y los PAIs relacionados con la enfermedad vascular.

Línea Estratégica 2: **AUTONOMÍA Y CORRESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.**

La Comunidad	<p>Fomentar la integración de la atención sanitaria y social, desde la planificación institucional al ámbito local, propiciando la colaboración de las UGC y Servicios Sociales Comunitarios en equipos operativos de atención integrada para dar respuesta en el plan terapéutico a necesidades complejas de personas con enfermedad crónicas.</p>
	<p>Realizar un encuentro anual impulsado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en colaboración con Sociedades Científicas y Asociaciones Comunitarias en donde se presenten las evaluaciones de resultados de la implantación de innovaciones en la atención integral y compartida a personas con problemas crónicos de salud, con entrega de premio de reconocimiento a la mejor de estas innovaciones.</p>
	<p>Asumir los objetivos y desarrollar las acciones comunitarias propuestas por el Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía.</p>
	<p>Promover la participación de instituciones públicas y privadas en la extensión de la estrategia de paciente experto a través de la escuela de pacientes.</p>
El Paciente	<p>Evaluar los modelo de atención compartida y de ayuda mutua a través de itinerarios de atención que impliquen a las personas afectadas, la red familiar, las asociaciones y los servicios de salud desde la doble perspectiva clínica y biográfica, bajo el enfoque de la recuperación.</p>
	<p>Las UGC de Atención Primaria deben ofertar a las personas con enfermedad crónica y sus familiares y ciudadanía en general, actividades grupales e individuales de formación e información sobre aspectos que mejoren y promuevan estilos de vida saludables y la autonomía personal.</p>
	<p>Promover entre los pacientes las actividades de formación en autocuidado, y la participación activa en las escuelas de pacientes, y redes comunitarias.</p>

Los Profesionales

Desarrollar las competencias del Equipo de Atención Primaria, incluyendo nuevos roles, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, seguimiento y cumplimiento terapéutico, así como la adaptación y el entrenamiento para el autocuidado.

Impulsar el desarrollo de la investigación cualitativa para conocer las necesidades, valores, expectativas y demandas de las personas con enfermedad crónica y las personas que los cuidan.

Incorporar en la evaluación de los resultados de salud una visión integral que contemple criterios tales como calidad de vida, aceptación del estado de salud, adaptación de la discapacidad psicofísica del paciente y el entorno familiar, y la salud emocional de la persona cuidadora principal.

Garantizar que los equipos de referencia médico-enfermeros adquieran las competencias necesarias para propiciar cambios conductuales, promocionar estilos de vida saludables, e impulsar los autocuidados entre las personas con enfermedad crónica y quienes los cuidan.

Potenciar el papel de la enfermera en el seguimiento de los pacientes de tratamiento protocolizado, en la prescripción de productos sanitarios e indicación de medicamentos con criterios de uso adecuado.

Impulsar la planificación anticipada de decisiones en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas para favorecer la cumplimentación de las Voluntades Vitales Anticipadas.

Las Tecnologías de la información y comunicación

Impulsar en la página de salud del ciudadano funcionalidades que permitan interactuar con sus profesionales referentes, registrar sus autocontroles, recibir mensajes de salud y acceder a todos los servicios del sistema sanitario y social.

Continuar desarrollando la complementariedad de los servicios de 24 horas con la atención por los profesionales referentes, implementando en el servicio de telecontinuidad de cuidados de salud responde nuevas funcionalidades destinadas a los pacientes con enfermedades crónicas complejas.

Integrar la información sobre la medicación en la página de salud del ciudadano, permitiendo desde ella la consulta con sus profesionales referentes y las intervenciones proactivas destinadas a mejorar la adherencia al tratamiento.

Espacio compartido

Impulsar desde las Comisiones de Participación Ciudadana de las UGC las actividades de promoción de salud, potenciando la participación local, intersectorial, interinstitucional, del tejido asociativo, voluntariado y de otros organismos y entidades de carácter público o privado.

Desarrollo de aulas de pacientes y cuidadoras en las UGC de Atención Primaria y en aquellas unidades hospitalarias con mayor protagonismo en la atención a pacientes con enfermedades crónicas.

Crear recursos didácticos adaptados a las particularidades y necesidades de las personas con discapacidad, personas mayores, infancia y otras poblaciones con particularidades culturales y sociales.

Línea Estratégica 3: **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA.**

La Comunidad

Impulsar un Plan de comunicación que propicie la realización de declaraciones institucionales desde el máximo ámbito de representación parlamentaria hasta el ámbito local, orientadas a la sensibilización y movilización de la sociedad frente a los retos de la cronicidad.

Fomentar la integración de la atención sanitaria y social, desde la planificación institucional al ámbito local, propiciando la colaboración de las UGC y Servicios Sociales Comunitarios en equipos operativos de atención integrada para dar respuesta en el plan terapéutico a necesidades complejas de personas con enfermedad crónicas.

Impulsar desde las Comisiones de Participación Ciudadana de las UGC el apoyo a las personas con enfermedad crónica, potenciando la participación local, intersectorial, interinstitucional, del tejido asociativo, voluntariado y de otros organismos y entidades de carácter público o privado.

Realizar un encuentro anual impulsado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en colaboración con Sociedades Científicas y Asociaciones Comunitarias en donde se evalúen los resultados de la implantación de las innovaciones en la atención a personas con problemas crónicos de salud.

El Paciente

Continuar desarrollando medidas de priorización para personas que cuidan de personas con alta necesidad de cuidados.

Los Profesionales

Profundizar en el modelo de trabajo compartido dentro de las Unidades de Gestión Clínicas (UGC) de atención primaria, potenciando la gestión compartida de la demanda asistencial en el centro y el domicilio por el equipo médico-enfermero y la asignación de objetivos comunes.

Realizar un encuentro anual impulsado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en colaboración con Sociedades Científicas y Asociaciones Comunitarias en donde se presenten las evaluaciones de resultados de la implantación de las innovaciones en la atención integral y compartida a personas con problemas crónicos de salud, con entrega de premio de reconocimiento a la mejor de estas innovaciones.

Dar continuidad a los Planes de Promoción de la Actividad Física y Alimentación Equilibrada, Tabaquismo, Obesidad Infantil, Diabetes, Ictus y Cardiopatía.

Establecer un sistema de información permanente que monitorice la farmacoterapia de los pacientes crónicos en Andalucía.

Incluir en los Contratos Programas de la Consejería con el SAS y con las Agencias Sanitarias y de estos con sus Centros Asistenciales, objetivos que garanticen la Atención Integrada y la Continuidad Asistencial de las personas con enfermedades crónicas.

Compartir tanto en AP como hospitalaria, los objetivos vinculados al área de atención de los procesos crónicos. Se incluirá y reforzará, según el caso, el peso de los objetivos en los acuerdos de gestión clínica entre unidades de atención primaria y hospital en los que se desarrollen mecanismos de continuidad asistencial.

Incluir en el Contrato Programa, y en los Acuerdos de Gestión Clínica de AP y hospitalaria, el análisis de los recursos sociales y sanitarios del área, destinados a la atención de los pacientes crónicos y definir objetivos precisos para la mejora de su eficiencia.

Incorporar objetivos específicos y buenas prácticas, relacionados con el apoyo integral a personas con problemas crónicos de salud con alta necesidad de cuidados, en el desarrollo de la Gestión Clínica y la Gestión por procesos.

Las Tecnologías de la información y comunicación

Impulsar funcionalidades en la página de salud del ciudadano que permitan interactuar con sus profesionales referentes, registrar sus autocontroles, recibir mensajes de salud y acceder a todos los servicios del sistema sanitario y social.

Apoyo de las TIC al desarrollo del modelo de atención compartida completando la implantación de diraya y receta XXI en atención primaria y hospitalaria, favoreciendo el despliegue de funcionalidades que permitan, dentro de la historia de salud, la elaboración de interconsultas virtuales y la realización una comunicación directa entre los profesionales de todos los ámbitos asistenciales.

Continuar desarrollando la complementariedad de los servicios de 24 horas con la atención por los profesionales referentes, implementando en el servicio de telecontinuidad de cuidados de salud responde nuevas funcionalidades destinadas a los pacientes con enfermedades crónicas complejas.

Integrar la información de la medicación en la página de salud del ciudadano, permitiendo desde ella la consulta con sus profesionales referentes y las intervenciones proactivas destinadas a mejorar la adherencia al tratamiento.

Continuar desarrollando la complementariedad de la atención de los profesionales referentes con los servicios de telecontinuidad.

Garantizar el apoyo al cuidado y la prevención de problemas de salud a las personas que cuidan, desarrollando programas específicos para ellas desde el ámbito de las UGC.

Espacio compartido

Considerar al Equipo de Atención Primaria como referente del paciente con enfermedades crónicas en el área geográfica de influencia, actuando además como coordinador de los contactos ante el resto de la organización sanitaria y los servicios sociales.

Garantizar el acceso directo de la Atención Primaria a toda la cartera de los servicios generales del área sanitaria, incluyendo laboratorio, técnicas de imagen y pruebas invasivas.

Priorizar en todas las áreas la implantación del modelo de atención compartida propuesto en el PAI Atención a Pacientes Pluripatológicos, garantizando la relación personalizada entre médicos de familia y enfermeras de atención primaria con los médicos internistas y enfermeras hospitalarias.

**Espacio
compartido**

Potenciar la Gestión de Casos, propiciando el desarrollo de acciones conjuntas con los equipos de Atención Primaria y Hospitalaria.

Creación o consolidación de los equipo hospitalarios de medicina interna para el apoyo a los servicios quirúrgicos en la atención a los pacientes con enfermedad crónica y especialmente a los pacientes pluripatológicos o de edad avanzada.

Desarrollar una oferta intersectorial de cuidados intermedios para adaptación al domicilio de aquellas personas que tras un evento agudo requieran, por su situación socio-familiar, un periodo previo de apoyo domiciliario o residencial antes de la integración en su entorno.

Hacer operativas y evaluar las propuestas de las Comisiones y Planes de Participación Ciudadana, tanto en lo referente a la atención sanitaria como a la promoción de salud, incluyéndolas en los objetivos de las UGC.

Vincular los incentivos individuales de directivos, cargos intermedios y profesionales, a la consecución de los objetivos compartidos entre atención primaria y hospitalaria en la atención a pacientes crónicos.

Priorizar en los Contratos Programa y en los Acuerdos de Gestión Clínica, la implantación y desarrollo de los PAIs vinculados a enfermedades crónicas.

Impulsar desde las Comisiones de Participación Ciudadana de las UGC las actividades de promoción de salud, potenciando la participación local, intersectorial, interinstitucional, del tejido asociativo, voluntariado y de otros organismos y entidades de carácter público o privado.

Incorporar en los PAIs criterios de selección y uso adecuado de medicamentos en pacientes pluripatológicos o de edad avanzada.

Promover el Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC) como soporte para permitir a profesionales y ciudadanía acceder y contribuir a través de su Web al desarrollo del PLAN ANDALUZ DE ATENCIÓN INTEGRADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (PAAIPEC).

Línea Estratégica 4: **GESTIÓN POBLACIONAL.**

La Comunidad	<p>Favorecer entornos que posibiliten y estimulen los hábitos saludables respecto al ejercicio físico, la vida activa, la alimentación equilibrada, el abandono del tabaco, en toda la población andaluza principalmente en aquellas zonas con mayor necesidad de transformación social.</p>
	<p>Fomentar la integración de la atención sanitaria y social, desde la planificación institucional al ámbito local, propiciando la colaboración de las UGC y Servicios Sociales Comunitarios en equipos operativos de atención integrada para el desarrollo del Plan Terapéutico de la persona con enfermedad crónica compleja.</p>
	<p>Impulsar desde las Comisiones de Participación Ciudadana de las UGC el apoyo a las personas con enfermedad crónica, potenciando la participación local, intersectorial, interinstitucional, del tejido asociativo, voluntariado y de otros organismos y entidades de carácter público o privado.</p>
	<p>Desarrollar programas de atención a residencias, adaptados al nivel local en función de las características de la zona, para garantizar la calidad asistencial en las personas institucionalizadas con enfermedad crónica.</p>
El Paciente	<p>Integrar el trabajo cooperativo entre los servicios de salud, los movimientos asociativos y grupos de ayuda mutua, utilizando itinerarios de atención que impliquen a las personas afectadas y la red familiar.</p>
	<p>Garantizar el apoyo al cuidado y la prevención de problemas de salud a las personas que cuidan, desarrollando programas específicos para ellas desde el ámbito de las UGC.</p>
	<p>Fomentar en los Acuerdos de Gestión Clínica el desarrollo de nuevas competencias en el área de cuidados para mejorar la respuesta a la cronicidad.</p>

Los Profesionales

Avanzar en la adaptación de las ratios de pacientes de los equipos medico-enfermeros en función de la morbilidad y riesgos, para adaptarlos a las necesidades de intervención sobre los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades crónicas, priorizando las Zonas con Necesidades de Transformación Social.

Desarrollar las competencias en gestión de casos para la atención a pacientes crónicos con necesidades complejas.

Desarrollar modelos y estrategias de identificación y gestión de pacientes crónicos con manejo inefectivo y/o déficit de autocuidados en escenarios clínicos de atención urgente para garantizar la continuidad asistencial con su equipo de referencia.

Las Tecnologías de la información y comunicación

Impulsar el desarrollo de funcionalidades en los sistemas de información clínica que permitan, a cada profesional, monitorizar los resultados clínicos, el cumplimiento de objetivos asistenciales y preventivos, así como estratificar a sus pacientes según sus necesidades.

Impulsar funcionalidades en la página de salud del ciudadano que permitan interactuar con sus profesionales referentes, registrar sus autocontroles, recibir mensajes de salud y acceder a todos los servicios del sistema sanitario y social.

Espacio compartido

Garantizar la implantación de los PAI Atención al Paciente Pluripatológico y Cuidados Paliativos en todas las áreas sanitarias, incluidas las áreas de influencia de los Hospitales de Alta Resolución.

Desarrollar una oferta intersectorial de cuidados intermedios para adaptación al domicilio de aquellas personas que tras un evento agudo requieran, por su situación socio-familiar, un periodo previo de apoyo domiciliario o residencial antes de la integración en su entorno.

Incorporar el modelo de gestión de casos para adecuar la coordinación y mejora de la calidad asistencial de personas con problemas crónicos de salud atendidas en centros residenciales.

Impulsar desde las Comisiones de Participación Ciudadana de las UGC las actividades de promoción de salud, potenciando la participación local, intersectorial, interinstitucional, del tejido asociativo, voluntariado y de otros organismos y entidades de carácter público o privado.

Línea Estratégica 5: **ORIENTACIÓN A RESULTADOS.**

La Comunidad	<p>Las UGC DARÁN A CONOCER por diversas vías (Jornadas, Noticias, páginas WEB, etc.) RESULTADOS que se consideren relevantes y de interés para la COMUNIDAD.</p> <p>Profundizar en la difusión pública de los resultados en salud del SSPA a través de la plataforma Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía: http://www.calidadsaludandalucia.es/es/index.html</p>
Los Profesionales	<p>Disponer de información actualizada a través de la historia de salud sobre situación epidemiológica y clínica de los pacientes en situación de cronicidad.</p> <p>Incorporar en los CONTRATOS DE GESTIÓN CLÍNICA de las UNIDADES, OBJETIVOS relacionados con la atención integral a pacientes crónicos.</p>
Las Tecnologías de la información y comunicación	<p>Impulsar el desarrollo de funcionalidades en los sistemas de información clínica que permitan, a cada profesional, monitorizar los resultados clínicos, el cumplimiento de objetivos asistenciales y preventivos, así como estratificar a sus pacientes según sus necesidades.</p> <p>Comunicación de los RESULTADOS de los OBJETIVOS de los CONTRATOS DE GESTIÓN a través de los sistemas internos de comunicación al ser accesible a la TOTALIDAD DE PROFESIONALES).</p>
Espacio compartido	<p>Establecer un sistema de información permanente que monitorice la farmacoterapia de los pacientes crónicos en Andalucía.</p>

Línea Estratégica 6: **GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.**

La Comunidad	<p>Realizar un encuentro anual impulsado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en colaboración con Sociedades Científicas y Asociaciones Comunitarias en donde se presenten las evaluaciones de resultados de la implantación de innovaciones en la atención integral y compartida a personas con problemas crónicos de salud, con entrega de premio de reconocimiento a la mejor de estas innovaciones.</p>
	<p>Se crearan recursos didácticos adaptados a las particularidades y necesidades de las personas con discapacidad, personas mayores, infancia y otras poblaciones con particularidades culturales y sociales.</p>
	<p>Profundizar en la difusión pública de los resultados en salud del SSPA a través de la plataforma Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía: http://www.calidadsaludandalucia.es/es/index.html</p>
El Paciente	<p>Integrar el trabajo cooperativo entre los servicios de salud, los movimientos asociativos y grupos de ayuda mutua, utilizando itinerarios de atención que impliquen a las personas afectadas y la red familiar.</p>
	<p>Impulsar el desarrollo de la investigación cualitativa para conocer las necesidades, valores, expectativas y demandas de las personas con enfermedad crónica y las personas que los cuidan.</p>
	<p>Fomentar en los Acuerdos de Gestión Clínica el desarrollo de nuevas competencias en el área de cuidados para mejorar la respuesta a la cronicidad.</p>
	<p>Ofertar desde las UGC de Atención Primaria, a las personas con enfermedad crónica y sus familiares y ciudadanía en general, actividades grupales e individuales de formación e información sobre aspectos que mejoren y promuevan estilos de vida saludables y la autonomía personal.</p>
	<p>Evaluar la estrategia de paciente experto en nuestro entorno social y cultural.</p>

Los Profesionales

Desarrollar las competencias del Equipo de Atención Primaria, incluyendo nuevos roles para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, seguimiento y cumplimiento terapéutico, así como la adaptación y el entrenamiento para el autocuidado.

Evaluar la eficiencia en resultados de salud y su impacto en la asistencia sanitaria, de la implantación de las Áreas de Gestión Integrada y las Unidades de Gestión Interniveles.

Dar continuidad a los Planes de Promoción de la Actividad Física y Alimentación Equilibrada, Tabaquismo, Obesidad Infantil, Diabetes, Ictus y Cardiopatía.

Incorporar en los PAIs criterios de selección y uso adecuado de medicamentos en pacientes pluripatológicos o de edad avanzada.

Potenciar el papel de la enfermera en el seguimiento de los pacientes de tratamiento protocolizado, en la prescripción de productos sanitarios e indicación de medicamentos con criterios de uso adecuado.

Promover la realización de ensayos clínicos independientes destinado a la evaluación de la farmacoterapia del paciente Pluripatológico, polimedicado o de edad avanzada.

Priorizar los contenidos relacionados con la enfermedad vascular en las propuestas de desarrollo de las TIC.

Revisar los estándares de acreditación de Centros del SSPA y de profesionales para incorporar aquellas evidencias relacionadas con las actuaciones en pacientes crónicos, incluyendo las actividades de promoción y prevención de salud con la ciudadanía, movimiento asociativo, voluntariado, contempladas desde la Comisión de Participación de la UGC.

**Las
Tecnologías de
la información
y comunicación**

Basar la implantación de los sistemas de telemedicina y otras innovaciones en las TIC en los resultados obtenidos a través de ensayos clínicos y ecológicos.

Incorporar instrumentos metodológicos que generen intervenciones de mayor efectividad en la atención a los problemas crónicos de salud y sus consecuencias: atención basada en procesos asistenciales integrados, utilización de guías de práctica clínica y protocolos colaborativos, recomendaciones y guías para el autocuidado y toma de decisiones.

Formación en tecnologías de comunicación a través de internet.

Nuevas herramientas para el diseño de formación (GPDI) para el diseño de una formación efectiva para el apoyo al cuidado.

Metodologías para el aprendizaje apoyadas en las TIC.

Nuevas Instrumentos de evaluación de la calidad y el impacto.

**Espacio
compartido**

Desarrollar proyectos de investigación que permitan obtener evidencias sólidas de los resultados en salud de las iniciativas de atención a los pacientes con enfermedades crónicas, actualmente en curso en Andalucía.

Incorporar en la evaluación de los resultados de salud una visión integral que contemple criterios tales como calidad de vida, aceptación del estado de salud, adaptación de la discapacidad, y la salud emocional de la persona cuidadora principal.

Priorizar en las convocatorias de investigación pública los proyectos de investigación compartidos entre atención primaria y hospitalaria, que evalúen las intervenciones en salud en los pacientes crónicos, dentro de la línea prioritaria de investigación en Atención Primaria de Salud.

Incorporar instrumentos metodológicos que generen intervenciones de mayor efectividad en la atención a los problemas crónicos de salud y sus consecuencias: atención basada en procesos asistenciales integrados, utilización de guías de práctica clínica y protocolos colaborativos, recomendaciones y guías para el autocuidado y toma de decisiones.

Diseñar y ejecutar un PLAN DE FORMACIÓN CONJUNTO AP/AH, que aborde una visión integrada de los profesionales de uno y otro nivel asistencial.

Impulsar una política de alianza con la Universidad para incorporar la cronicidad en los planes de estudio de las profesiones sanitarias a través de los órganos correspondientes.

Priorizar en las convocatorias de investigación pública la realización de proyectos de investigación, que evalúen las intervenciones sociales y sanitarias integradas, dentro de la línea prioritaria de investigación en Salud Pública y Servicios de Salud.

**Evaluación y
Seguimiento**



■ Para asegurar el cumplimiento de las acciones antes mencionadas, de forma análoga a otros Planes, se procederá a la evaluación y seguimiento de los objetivos definidos, que se efectuará anualmente y al final de la vigencia del Plan.

A continuación, se establecen para cada uno de los **proyectos prioritarios** definidos los criterios de evaluación para la definición de estándares e indicadores así como el cronograma aproximado:

PROYECTO PRIORITARIO 1.

ASEGURAR EL LIDERAZGO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS REFORZANDO EL PROTAGONISMO DEL EQUIPO MÉDICO-ENFERMERO DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA.

- A) Análisis del número de claves médicas asignadas por equipo médico enfermero de atención familiar y comunitaria, así como su correlación con áreas geográficas.
- B) Evaluación del acceso a pruebas complementarias de las UGC de Atención Primaria monitorizando el acceso de la cartera del Área Básica de Salud.
- C) Seguimiento del número de pacientes crónicos y personas cuidadoras con necesidades complejas de cuidados, que son atendidos en el Centro y el domicilio por la enfermera gestora de casos.
- D) Seguimiento del número de pacientes crónicos y personas cuidadoras que han participado en las sesiones grupales.
- E) Seguimiento del cumplimiento de objetivos propuestos por la Comisión de Participación Ciudadana de las UGC.
- F) Seguimiento de la implantación de las funcionalidades que permitan el listado de pacientes con enfermedades crónicas, monitorización del cumplimiento de los objetivos, y estratificación de pacientes según necesidades.
- G) Seguimiento de la implantación de las funcionalidades que permitan la comunicación de los ciudadanos con sus profesionales referentes.
- H) Seguimiento de la implantación y desarrollo de nuevas funcionalidades en la página de salud del ciudadano.
- I) Seguimiento de las actividades de formación continuada, acreditadas por la ACSA, referidas al abordaje del paciente con enfermedades crónicas.

PROYECTO PRIORITARIO 2.

CONSOLIDAR EL MODELO DE ATENCIÓN COMPARTIDA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA.

- A) Seguimiento del número de UGC de Atención Primaria que tienen acceso a la cartera de servicios completa definida en el Plan de Atención Compartida del PAI Atención al Paciente Pluripatológico.
- B) Monitorización del Número de UGC que tienen implantado el modelo de Gestión de caso incorporando actividades en los acuerdos entre las UGC de Atención Primaria y Hospitalaria.
- C) Seguimiento de la implantación de las funcionalidades que permitan realizar a los profesionales de las UGC de Atención Primaria interconsultas virtuales y mensajes con los profesionales de las UGC de Atención Hospitalaria.
- D) Monitorización del número de UGC de Medicina Interna que tienen acuerdos explícitos con UGC quirúrgicas para el manejo compartido de pacientes pluripatológicos y de edad avanzada.
- E) Seguimiento de la implantación de Diraya Hospital y el acceso de Atención Primaria a Diraya hospital.
- F) Evaluación de la extensión de los programas de telecontinuidad de cuidados en conexión con los profesionales referentes.

PROYECTO PRIORITARIO 3.

DESARROLLAR UN MODELO DE INTEGRACIÓN SOCIO-SANITARIA PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES DE CUIDADOS DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD.

- A) Seguimiento de protocolos colaborativos de las UGC y Servicios Sociales Comunitarios.
- B) Seguimiento del número de Comisiones de Participación ciudadana, que implementan acciones vinculadas al Voluntariado y tejido asociativo locales.
- C) Análisis de la creación de Programas de Atención a Residencias desde las UGC.
- D) Seguimiento de la implantación de medidas de priorización en las UGC para personas con alta necesidad de cuidados y personas cuidadoras.
- E) Incorporación a la plataforma multicanal Salud Responde información de los recursos sociales.

PROYECTO PRIORITARIO 4.

DESARROLLAR EL PLAN EN EL MARCO DE LA GESTIÓN CLÍNICA.

- A) Monitorizar la incorporación de objetivos compartidos entre Atención Primaria y Hospitalaria publicitando los resultados de los mismos.
- B) Seguimiento del peso de los objetivos vinculados a la Atención Integrada en los acuerdos de gestión de las UGC.
- C) Monitorizar la implantación de los PAIs de procesos crónicos en las UGC.
- D) Seguimiento del número de UGC que dispones de un análisis de los recursos socio-sanitarios destinados a la atención de pacientes con enfermedades crónicas.

PROYECTO PRIORITARIO 5.

EVALUAR LAS INTERVENCIONES EN SALUD.

- A) Monitorización periódica de indicadores incorporados a los cuadros de mando corporativos (Sicproi) relacionados con la implantación del PAI Atención a pacientes Pluripatológicos y de actividades relacionadas con nuevos roles profesionales.
- B) Nº de proyectos de investigación compartidos entre atención primaria y hospitalaria que evalúen las intervenciones en salud en los pacientes crónicos.
- C) Incorporación de indicadores, a los cuadros de mando corporativos, que permita monitorizar el modelo de abordaje integral.
- D) Evaluación del Encuentro anual impulsado por la Consejería de Salud en colaboración con Sociedades Científicas y Asociaciones Comunitarias.

PROYECTO PRIORITARIO 6.

EVALUAR LAS INTERVENCIONES EN SALUD.

- A) Monitorizar las UGC que cuentan con Mapa de Activos Comunitarios.
- B) Seguimiento del desarrollo de las acciones previstas en los Planes Integrales PAFAE, PITA, PIOBIN, PIDA, PICA, en las UGC.
- C) Monitorizar el % de las UGC que ofertan actividades /talleres individuales y grupales de formación/información para pacientes y familiares sobre promoción de estilos de vida saludables.
- D) Monitorizar % de UGC con implantación de PAI relacionados con la atención a pacientes con enfermedades crónicas.
- E) Monitorizar % de UGC con implantación de actividades sobre dieta, ejercicio físico y modificación conductual para el control del peso y el hábito tabáquico en el ámbito educativo.

PROYECTO PRIORITARIO 7.

PROMOCIÓN DEL USO ADECUADO DEL MEDICAMENTO.

- A) Informe de la polimedición en Andalucía que analizará la distribución del número de pacientes según el número de medicamentos en historia digital durante más de 6 meses. El informe incluirá población total, pacientes > 65 años, pacientes en el proceso pluripatológico y el análisis se hará por Distritos de Atención Primaria.
- B) Informe semestral de monitorización de la farmacoterapia de los pacientes adscritos al PAI pluripatológico.
- C) Informe semestral del grado de utilización por los clínicos de los distintos módulos incorporados a Diraya.
- D) Mapa actualizado de los PAI revisados con disponibilidad de las recomendaciones emitidas.
- E) Seguimiento de los programas de conciliación terapéutica y revisión sistemática y periódica de la medicación.
- F) Informe semestral de monitorización de la prescripción enfermera en el que se incluirán datos cuantitativos (volumen de prescripción por grupos terapéuticos, coste, etc.), de variabilidad (comparativa por distritos y ZBS) y cualitativos (prescripción relativa, adecuación a estándares, etc.).

OTRAS ACCIONES PRIORITARIAS.

PROMOCIÓN DEL USO ADECUADO DEL MEDICAMENTO.

- A) Seguimiento del número de UGC que disponen de aulas de pacientes de la Escuela de Pacientes.
- B) Seguimiento de la incorporación a los manuales de estándares de acreditación de las competencias vinculadas a las enfermedades crónicas.
- C) Seguimiento y difusión de las declaraciones institucionales frente a la cronicidad.

CRONOGRAMA

Indicador	2012		2013		2014		2015		2016	
PROYECTO PRIORITARIO 1										
Indicador A		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador B		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador C	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre
Indicador D			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre	
Indicador E	Constitución		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre	
Indicador F	Diseño Y Pilotaje		Comienzo implantación			2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador G	Diseño Y Pilotaje		Comienzo implantación			2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador H	Diseño Y Pilotaje		Comienzo implantación			2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador I	1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre	
PROYECTO PRIORITARIO 2										
Indicador A	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre
Indicador B			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre	
Indicador C	Diseño Y Pilotaje		Comienzo implantación			2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador D	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre	
Indicador E	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre
Indicador F		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
PROYECTO PRIORITARIO 3										
Indicador A	Análisis de situación			2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador B	Constitución		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre	
Indicador C	Análisis de situación		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre	
Indicador D	Análisis de situación		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre	
Indicador E	Diseño		Pilotaje y evaluación		Implantación	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre

Indicador	2012		2013		2014		2015		2016	
PROYECTO PRIORITARIO 4										
Indicador A	Registro de objetivos		1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre
Indicador B	Análisis de situación		1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre
Indicador C	1º Semestre		1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre
Indicador D	Análisis de situación		1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre
PROYECTO PRIORITARIO 5										
Indicador A	Análisis de situación		1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre
Indicador B		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador C			1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre
Indicador D				2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
PROYECTO PRIORITARIO 6										
Indicador A			1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre
Indicador B		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador C	Análisis de situación		1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre
Indicador D	Análisis de situación		1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre
Indicador E	Análisis de situación		1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre
PROYECTO PRIORITARIO 7										
Indicador A	Análisis de situación		1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre
Indicador B	Análisis de situación		1º Semestre		1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre
Indicador C		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador D		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador E		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador F	1º Semestre		1º Semestre		1º Semestre			1º Semestre		1º Semestre
OTRAS ACCIONES PRIORITARIAS										
Indicador A	Análisis de situación			2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre
Indicador B				2º Semestre				2º Semestre		
Indicador C		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre		2º Semestre

Listado de códigos CIE-9 de los diferentes grupos y subgrupos de la definición de paciente pluripatológico

■ El Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBDA) es un registro que recoge información administrativo-clínica de los episodios asistenciales que se llevan a cabo en el ámbito de la atención hospitalaria.

Contiene datos demográficos del paciente, de la institución y del servicio que lo atienden y de su proceso asistencial. Para obtener los datos que se presentan en este trabajo se han utilizado los registros del CMBD de hospitalización y de hospital de día quirúrgico de los años 2000 al 2010 de los hospitales del SSPA (sin incluir centros concertados). Dentro de cada registro se ha identificado que grupos y subgrupos de patologías crónicas presenta el paciente en ese episodio asistencial, mediante el estudio de los códigos diagnósticos del registro. Ver listado adjunto. Se ha generado un perfil anual de cada paciente que acumula la carga de enfermedades crónicas de todos los episodios anuales del mismo y contiene: Identificación del paciente año, edad, sexo, número de subgrupos de

patologías crónicas distintas durante el año, número de grupos de patologías crónicas distintas durante el año, los grupos y subgrupos de patologías crónicas distintas durante el año. A partir de estos datos se han calculado los distintos indicadores y resultados que se presentan en este documento.

A continuación se recoge el listado de códigos CIE-9 de los diferentes grupos y subgrupos de la definición de paciente pluripatológico según el Proceso Asistencial Integrado “Atención a Pacientes Pluripatológicos” en su edición de 2007. Algunos códigos marcados con un asterisco forman parte de dos grupos y 2 subgrupos al englobar dicho código dos enfermedades crónicas.

Codigo	DESCRIPTOR	Subgrupo1	Grupo1
398.91	FALLO CARDIACO REUMATICO (CONGESTIVO)	A1	A
402.X1	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CONGESTIVA	A1	A
404.X1	ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUF CARDIACA Y CON ERC I-IV O NEOM (&)	A1	A
404.X3	ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUF CARDIACA Y CON ERC V o ESTADIO FINAL DE ENFERM RENAL	A1	A
428.XX	FALLO CARDIACO	A1	A
429.4	TRASTORNO FUNCIONAL POSTCIRUGIA CORAZON	A1	A
410-414	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	A2	A
446.XX	POLIARTRITIS NODOSA Y ENFERMEDAD CONEXA	B1	B
696.0	ARTROPATIA PSORIASICA	B1	B
710.X	ENFERMEDAD DIFUSA TEJIDO CONECTIVO	B1	B
711.2X	ARTRITIS EN SINDROME DE BEHGET (+)	B1	B
249.4X	DIABETES MELLITUS SECUNDARIA.CON MANIFEST RENAL (+)	B2	B
250.4X	DIABETES MELLITUS.CON ALTERACION RIÑON (+)	B2	B
403.XX	ENFERMEDAD RENAL CRONICA HIPERTENSIVA (+)	B2	B
404.XX	ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y CARDIACA HIPERTENSIVA (+)	B2	B
585.X	NEFROPATÍA CRÓNICA	B2	B
416.X	ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR CRONICA	C1	C
491.XX	BRONQUITIS CRONICA	C1	C
492.X	ENFISEMA PULMON	C1	C
493.XX	ASMA	C1	C
494.X	BRONQUIECTASIA	C1	C
495.X	ALVEOLITIS ALERGICA EXTRINSECA	C1	C
496	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NCOC Y NEOM (#)	C1	C
518.83	FRACASO RESPIRATORIO CRONICO	C1	C
518.84	FRACASO RESPIRATORIO CRONICO AGUDIZADO	C1	C
555.X	ENTERITIS REGIONAL	D1	D
556.X	COLITIS ULCEROSA	D1	D
557.1	INSUFICIENCIA VASCULAR INTESTINO.CRONICA	D1	D
070.22	HEPATITIS POR VIRUS B CON COMA HEPATICO.CRONICA SIN DELTA	D2	D
070.23	HEPATITIS POR VIRUS B CON COMA HEPATICO.CRONICA CON DELTA	D2	D
070.32	HEPATITIS POR VIRUS B SIN COMA HEPATICO.CRONICA SIN DELTA	D2	D
070.33	HEPATITIS POR VIRUS B SIN COMA HEPATICO.CRONICA CON DELTA	D2	D
070.44	HEPATITIS POR VIRUS C CON COMA HEPATICO CRONICA	D2	D
070.54	HEPATITIS POR VIRUS C SIN COMA HEPATICO CRONICA	D2	D
070.7X	HEPATITIS POR VIRUS C NEOM (+)	D2	D
571.2	CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA	D2	D
571.3	HEPATOPATIA ALCOHOLICA NEOM	D2	D
571.4X	HEPATITIS CRONICA (+)	D2	D
571.5	CIRROSIS HEPATICA NO ALCOHOLICA	D2	D
571.6	CIRROSIS BILIAR	D2	D
571.8	HEPATOPATIA CRONICA NO ALCOHOLICA OTRA	D2	D
571.9	HEPATOPATIA CRONICA NO ALCOHOLICA NEOM	D2	D
430	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (#)	E1	E
431	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL (#)	E1	E
432.X	HEMORRAGIA INTRACRANEAL OTRA Y NEOM	E1	E
433.X	ESTENOSIS ARTERIA PRECEREBRAL	E1	E
434.X	OBSTRUCCION ARTERIA CEREBRO	E1	E
435.X	ISQUEMIA CEREBRO TRANSITORIA	E1	E
437.X	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR OTRA Y MAL DEFINIDA	E1	E
342.XX	HEMIPLEJIA Y HEMIPARESIA	E2	E
344.XX	SINDROME PARALITICO OTRO	E2	E
438.0	DEFICIT COGNITIVO POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	E2	E
438.2X	HEMIPLEJIA Y HEMIPARESIA POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (+)	E2	E
438.3X	MONOPLEJIA MIEMBRO SUPERIOR POR ENF CEREBROVASCULAR (+)	E2	E
438.4X	MONOPLEJIA MIEMBRO INFERIOR POR ENF CEREBROVASCULAR (+)	E2	E
438.5X	SINDROME PARALITICO POR ENF CEREBROVASCULAR OTRO (+)	E2	E
438.82	DISFAGIA POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	E2	E
290.XX	PSICOSIS ORGANICA SENIL Y PRESENIL	E3	E
291.XX	PSICOSIS ALCOHOLICA	E3	E
294.XX	ESTADO PSICOTICO ORGANICO (CRONICO) OTRO	E3	E

Codigo	DESCRIPTOR	Subgrupo1	Grupo1
330.X	DEGENERACION CEREBRO INFANCIA	E3	E
331.XX	DEGENERACION CEREBRO OTRA	E3	E
332.X	ENFERMEDAD DE PARKINSON	E3	E
333.0	ENFERMEDAD DEGENERATIVA GANGLIO BASAL OTRA	E3	E
333.4	COREA DE HUNTINGTON	E3	E
333.6	DISTONIA POR TORSION IDIOPATICA	E3	E
333.7X	DISTONIA TORSION ADQUIRIDA (+)	E3	E
334.X	ENFERMEDAD ESPINOCEREBELOSA	E3	E
335.XX	ENFERMEDAD CELULA ASTA ANTERIOR	E3	E
336.0	SIRINGOMELIA Y SIRINGOBULBIA	E3	E
340	ESCLEROSIS MULTIPLE (#)	E3	E
341.XX	ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	E3	E
343.XX	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL	E3	E
359.XX	DISTROFIA MUSCULAR Y OTRA MIOPATIA	E3	E
249.7X	DIABETES MELLITUS SECUNDARIA.CON MANIFEST CIRCULATORIA (+)	F1	F
250.7X	DIABETES MELLITUS.CON ALTERACION CIRCULATORIA (+)	F1	F
440.2X	ATEROSCLEROSIS.ARTERIA MIEMBRO (+)	F1	F
440.4	OCLUSION TOTAL CRONICA ARTERIA EXTREMIDADES (/)(&)	F1	F
440.9	ATEROSCLEROSIS.GENERALIZADA Y NEOM	F1	F
443.0	SINDROME DE RAYNAUD	F1	F
443.1	TROMBOANGITIS OBLITERANTE	F1	F
443.2X	DISECCION ARTERIA OTRA (+)	F1	F
443.8	ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA OTRA (+)	F1	F
443.82	ERITROMELALGIA	F1	F
443.89	ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA OTRA	F1	F
443.9	ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA.NEOM	F1	F
249.5X	DIABETES MELLITUS SECUNDARIA.CON MANIFEST OFTALMICA (+)	F2	F
249.6X	DIABETES MELLITUS SECUNDARIA.CON MANIFEST NEUROLOGICA (+)	F2	F
250.5X	DIABETES MELLITUS.CON ALTERACION OJO (+)	F2	F
250.6X	DIABETES MELLITUS.CON ALTERACION NEUROLOGICA (+)	F2	F
283.XX	ANEMIA HEMOLITICA ADQUIRIDA	G1	G
284.XX	ANEMIA APLASTICA	G1	G
285.0	ANEMIA SIDEROBLASTICA (E)	G1	G
285.2X	ANEMIA EN ENFERMEDAD CRONICA (+)	G1	G
285.8	ANEMIA OTRA	G1	G
285.9	ANEMIA.NEOM	G1	G
140-149	NEOPLASIA MALIGNA LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE	G2	G
150-159	NEOPLASIAS MALIGNAS DE LOS ORGANOS DIGESTIVOS Y DEL PERITONEO	G2	G
160-165	NEOPLASIA MALIGNA DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORACICOS	G2	G
170-176	NEOPLASIA MALIGNA HUESO Y CARTILAGO ARTICULAR	G2	G
179-189	NEOPLASIA MALIGNA DE ORGANOS GENITOURINARIOS	G2	G
190-199	NEOPLASIA MALIGNA DE OTRAS LOCALIZACIONES Y LOCALIZACIONES NO ESPECIFICADAS	G2	G
200-208	NEOPLASIA MALIGNA DE TEJIDOS LINFÁTICOS Y HEMATOPOYÉTICOS	G2	G
209.0X	TUMOR CARCINOIDE MALIGNO INTESTINO DELGADO (+)	G2	G
209.1X	TUMOR CARCINOIDE MALIGNO APENDICE.COLON Y RECTO (+)	G2	G
209.2X	TUMOR CARCINOIDE MALIGNO OTRO Y NEOM (+)	G2	G
209.3X	TUMOR NEUROENDOCRINO MALIGNO POCO DIFERENCIADO (+)	G2	G
287.3X	TROMBOCITOPENIA PRIMARIA	G2	G
712.XX	ARTROPATIA CRISTALINA	H1	H
713.X	ARTROPATIA EN ENF COC	H1	H
714.XX	ARTRITIS REUMATOIDE Y POLIARTROPATIA INFLAMATORIA	H1	H
715.XX	OSTEOARTROSIS	H1	H
716.XX	ARTROPATIA OTRA Y NEOM	H1	H
720.XX	ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y ESPONDILITIS INFLAMATORIA	H1	H
721.XX	ESPONDILOLISIS	H1	H
723.X	TRASTORNO CERVICAL OTRO	H1	H
724.XX	ENFERMEDAD ESPALDA OTRO Y NEOM	H1	H
725	POLIMIALGIA REUMATICA (#)	H1	H
730.1X	OSTEOMIELITIS CRONICA (+)	H1	H
731.X	OSTEITIS DEFORMANTE	H1	H
737.XX	DESVIACION COLUMNA VERTEBRAL ADQUIRIDA	H1	H

GLOSARIO

AETSA	Agencia de Evaluación de tecnologías de Andalucía.	IC	Intervalo de confianza.
AP	Atención primaria.	IEA	Instituto de Estadística de Andalucía.
AVAD	Años de vida ajustados según discapacidad.	IGA	Índice generacional de ancianos.
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos.	INE	Instituto Nacional de Estadística.
COMORBILIDAD	Asociación de cualquier patología a una entidad nosológica principal, tanto aguda como crónica, modulando su diagnóstico y tratamiento.	OMS	Organización Mundial de la Salud.
CRONICIDAD	Cualidad de lo crónico. Suele utilizarse para poner el acento en las necesidades de toda índole del paciente, frente a la visión reduccionista que restringe la visión de las enfermedades crónicas a cada entidad nosológica. En este documento es utilizado en el análisis del CMBD para identificar la presencia de enfermedad crónica invalidante, considerando como tal a las incluidas en la definición de Paciente Pluripatológico.	PA	Presión arterial.
DIABACO	Aplicación de Diraya para la explotación de datos de Atención primaria.	PAAIPEC	Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas.
DEPENDENCIA	Definida por el Consejo de Europa, en su recomendación R (98)9 de 18 de septiembre de 1998, como un "estado en el que las personas, por razones de falta o pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, requieren asistencia o ayuda significativa para realizar sus actividades de la vida diaria".	PAI	Proceso Asistencial Integrado.
DISCAPACIDAD	Concepto que hace referencia a un estado de pérdida de funcionalidad que tiene como consecuencia la disminución de la actividad personal y la limitación de la participación de la persona en la sociedad. Esta pérdida es el resultado de la combinación de diferentes factores: cambios fisiológicos relacionados con la edad, enfermedades crónicas o procesos agudos o intercurrentes. Una persona con discapacidad puede tener dificultades para la realización de una actividad, pero no por este motivo necesitar ayuda de otra persona para su realización.	PACIENTE	Persona que padece, que sufre.
DM	Diabetes mellitus	PACIENTE PLURIPATOLOGICO	Hace referencia de forma genérica al paciente con pluripatología y específicamente al paciente que cumple los criterios de dos o más enfermedades crónicas agrupadas en dos categorías clínicas diferentes de la definición de incluida en el PAI Atención a Pacientes Pluripatológicos.
ECA	Ensayo clínico aleatorizado	PAFAE	Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada.
ENVEJECIMIENTO	Es la disminución de la capacidad funcional del individuo, que si bien no implica intrínsecamente enfermedad, sí que implica una mayor vulnerabilidad al cambio y a entornos desfavorables. A medida que las personas se van haciendo mayores, el peso de los procesos agudos sobre la morbilidad y mortalidad va disminuyendo, de manera que los procesos crónicos son cada vez más importantes. El envejecimiento de la población es un factor determinante en el aumento de las personas con discapacidad.	IV PAS	IV Plan Andaluz de Salud.
FRAGILIDAD	Concepto que hace referencia a la diferencia entre envejecimiento satisfactorio y patológico, definiéndose como un declinar generalizado de múltiples sistemas que lleva a un agotamiento en la reserva funcional del individuo y a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de discapacidad, dependencia, institucionalización o muerte.	PICA	Plan Integral de Cardiopatías de Andalucía.
		PIDA	Plan Integral de Diabetes de Andalucía.
		PIOBIN	Plan Integral de Obesidad Infantil.
		PITA	Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.
		PLURIPATOLOGÍA	La coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes niveles asistenciales.
		RME	Razón estandarizada de mortalidad.
		SIGAP	Sistema de Información para la Gestión de Atención primaria.
		SNS	Sistema Nacional de Salud.
		SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía.
		UGC	Unidad de Gestión Clínica.
		TIC	Tecnología de la información y la comunicación.

También disponible online en:

www.juntadeandalucia.es/salud



