

CONSEJERÍA DE SALUD



2012/2016

Plan Andaluz de
Atención Integrada
a Pacientes con
Enfermedades
Crónicas



JUNTA DE ANDALUCÍA

Documento preliminar



Índice

PRESENTACIÓN / 5

1. INTRODUCCIÓN / 6

2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN / 10

Análisis demográfico

Análisis Epidemiológico

Análisis de recursos

Conclusiones y áreas de mejora

3. OBJETIVOS DEL PLAN / 30

4. MODELOS DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ANDALUCÍA / 32

Proyectos Prioritarios

Estrategias/Escenarios/Acciones

5. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO / 44

6. BIBLIOGRAFÍA / 48

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS / 56

Documento preliminar

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 esto 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

Cosejera 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.

Documento preliminar

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 deben, principalmente, al número de enfermedades crónicas que tienen y no a su edad.

En este entorno, 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 respuesta 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 luchas 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.

Durante los últimos años, numerosos organismos internacionales han puesto el acento, en la necesidad de afrontar los retos planteados por la atención a las enfermedades crónicas. La OCDE, la Asamblea de la ONU o el Parlamento Europeo, han abordado este problema. En España, el consenso alcanzado durante 2011 en la *“Declaración de Sevilla”*, 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. Estas recomendaciones, están en sintonía con la actual normativa española y con las estrategias de calidad desarrolladas en Andalucía, una de las comunidades promotora de esta 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*, instándose 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 prevalentes, 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, y que han ayudado a consolidar.

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 clave, de las directrices de los modelos de atención a pacientes con 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. El *Plan de Calidad de la Consejería de Salud*, de la Junta de Andalucía, describe como este encuentro, se produce, en lo que es descrito como un espacio compartido en el que pacientes y profesionales comparten valores, responsabilidades, conocimientos y decisiones. Durante la última década, 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 facilitado que, durante este periodo, se hayan desarrollado numerosas estrategias, que han permitido disponer de la mayoría de los elementos para avanzar rápidamente, hacia un modelo de excelencia en la gestión de las enfermedades crónicas. Por tanto, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (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 mejora detectadas en el análisis de situación, y especialmente, en lo referente a los pacientes con enfermedades crónicas complejas o pluripatológicas.

Las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y el cáncer son el centro de atención, de la mayoría de las estrategias que pretenden afrontar los retos de las enfermedades crónicas. Estos cuatro grupos de enfermedades, son las 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. El PAAIPEC, pretende inspirar una forma de abordar el conjunto de los problemas crónicos de salud, pero pone su foco de atención en estos procesos.

La *Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público Andaluz*, describe, de forma explícita, el marco de los valores en los que el PAAIPEC está inspirado. 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 claramente, sobre la solidaridad y la responsabilidad. Esto determina, tanto las expectativas de los ciudadanos respecto a los servicios de salud, como 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. El modelo de gestión clínica participativa, que propicia el SSPA se sustenta en la responsabilidad y la solidaridad como antídotos, fundamentales, contra la falta de implicación. Estos valo-

res propician el trabajo en equipo, orientado a resultados y la autonomía profesional. Inspirados en estos valores, es fácil encontrar la confluencia de los principios de autonomía del ciudadano y la autonomía e independencia del profesional, inspirado en los valores del profesionalismo.

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

Existe un acuerdo unánime en todas las recomendaciones internacionales, de la importancia de reforzar el papel de la Atención Primaria. 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. 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 obliga no solo a un planteamiento multidimensional y multisectorial, sino que nos lleva a reorientar la gestión del conocimiento. Es necesario realizar estudios rigurosos que permitan obtener evidencias, respecto a cuáles son las intervenciones de salud verdaderamente útiles para los pacientes y más eficientes. La mayoría de la asistencia sanitaria se produce en la Atención Primaria, sin embargo, la mayor parte de la investigación y la orientación clínica de las enfermedades crónicas, se realizan en centros hospitalarios y académicos alejados de la Atención Primaria. La investigación, debe evaluar las intervenciones en los pacientes pluripatológicos, ha de valorar medidas de continuidad asistencial y de integralidad, y ha de analizar los determinantes sociales de la salud. 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. El gran reto de la cronicidad, es el reto de los profesionales con una visión global. Por tanto, se hace una apuesta por la adquisición de nuevas competencias de los profesionales, con una visión general evitando la fragmentación asistencial.

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 necesaria una perspectiva global que implique a todos los actores de nuestra comunidad. Es por ello que 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, por una parte, junto a una invitación formal a la participación en el Plan dirigida a las Sociedades Científicas, Asociaciones Ciudadanas, y a todo el entramado social, se pretende utilizar, 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). Y, por otra parte, 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 Sistema Sanitario Público Andaluz. 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.

Docum
preli



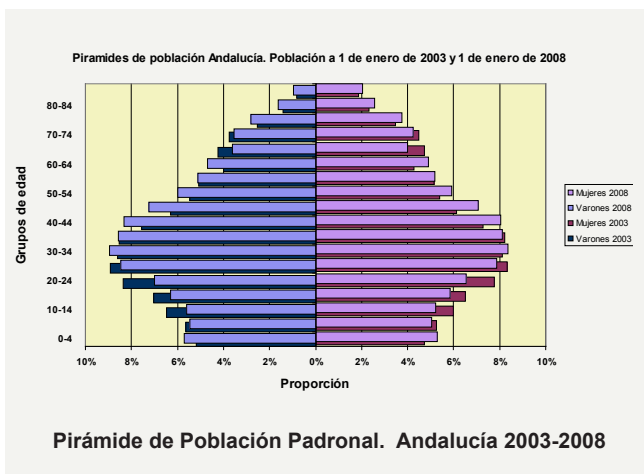
**Análisis de
situación**



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.

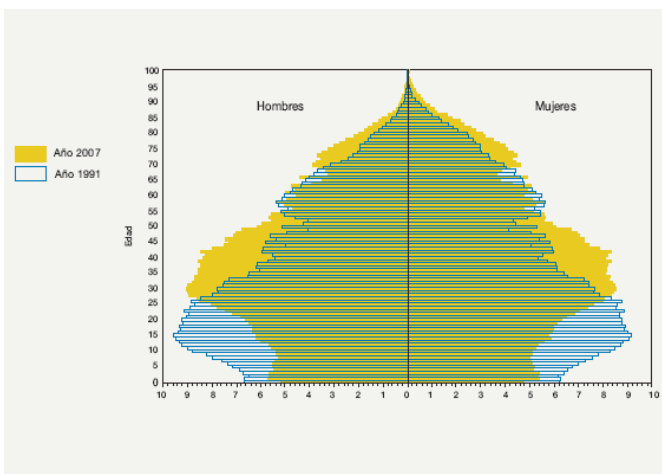


El porcentaje de personas de 65 o más años ha ido aumentando en los últimos años y seguirá aumentando, y especialmente el porcentaje de población mayor de 80 años se prevé que sea incluso mayor. Este hecho es lo que se ha denominado «envejecimiento del envejecimiento», un fenómeno que, además, es eminentemente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

Figura 1

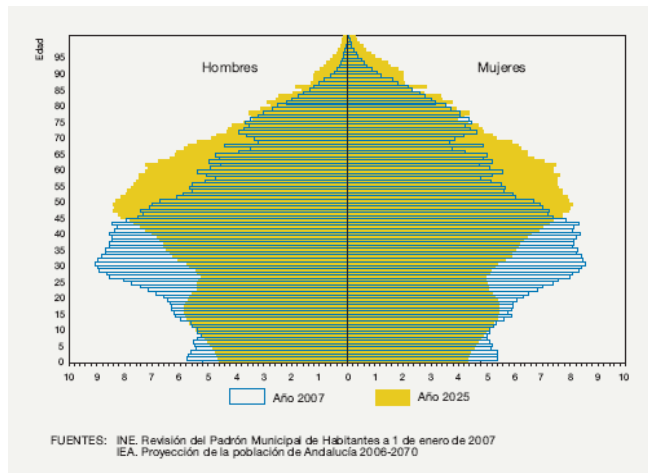
Pirámide de Población Padrónal. Andalucía 1991-2007



1. Tomado del análisis de situación del IV PAS Mortalidad por cáncer, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y diabetes mellitas. Instituto de

Figura 2

Pirámide de Población Padrónal. Andalucía 2007-2025

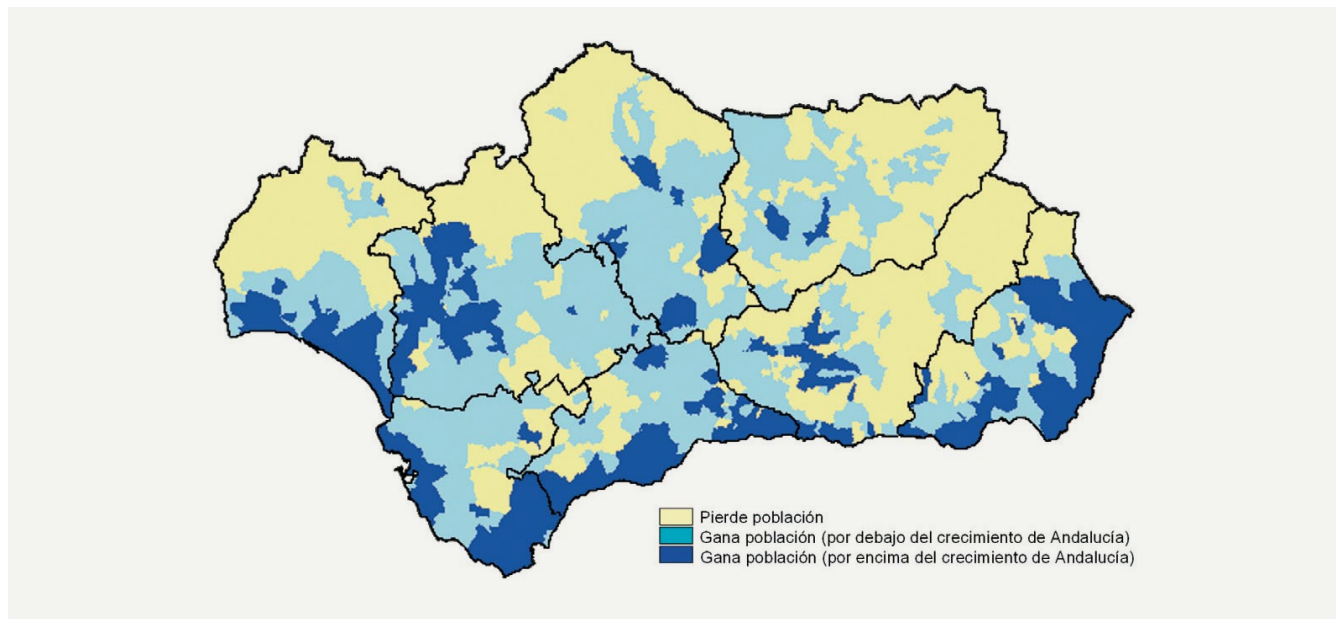


Crecimiento demográfico

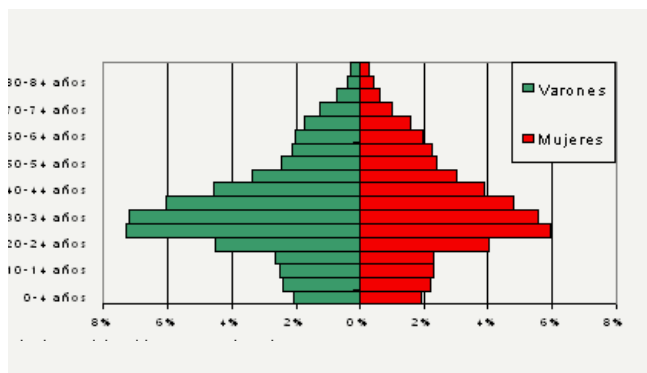
Con respecto al crecimiento de Andalucía en relación a las demás Comunidades Autónomas se ha encontrado que para el año 2013 y en cifras absolutas, Andalucía aportaría más de un tercio del crecimiento vegetativo del total nacional (nacimientos – defunciones).

La dinámica de la población andaluza ha tenido un comportamiento heterogéneo durante en 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 3. 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.

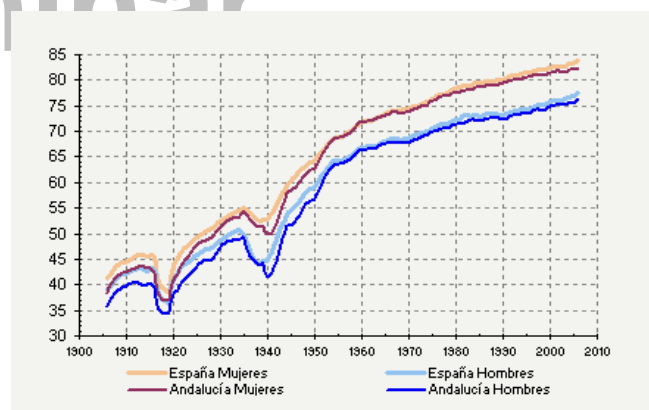
Esperanza de vida de la población andaluza

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.

Figura 3.

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 Tabla 2:

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

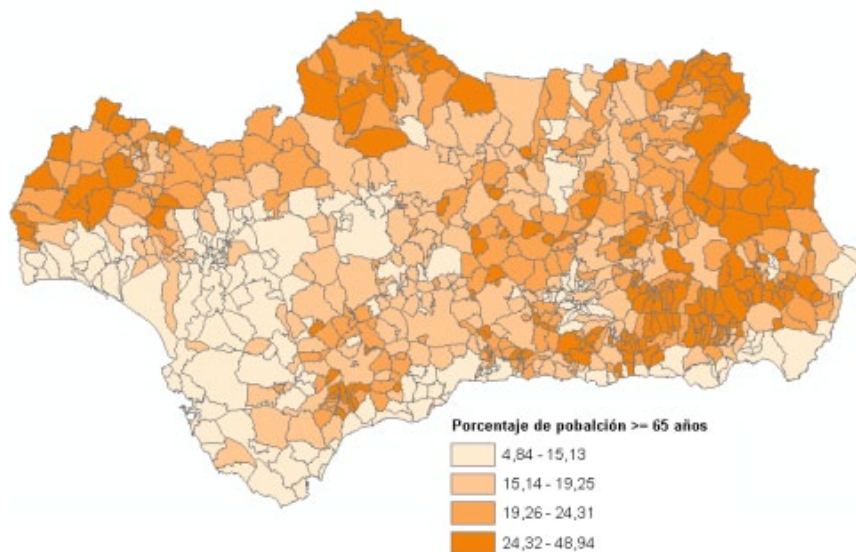
Envejecimiento y dependencia

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 4.

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):

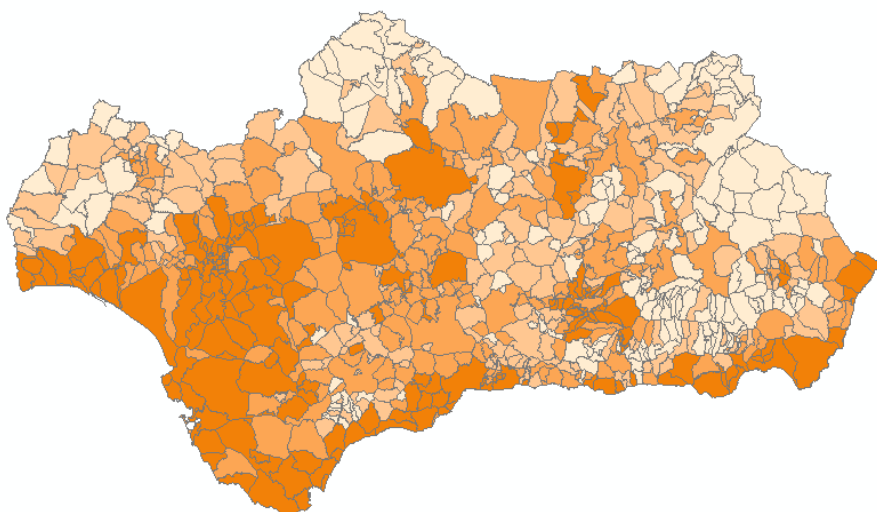
Representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más. Estima por tanto, el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 y más. Teóricamente, relaciona la generación de los mayores con la de sus hijos, es decir, con la de sus cuidadores naturales 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 con potencialmente, más apoyo familiar, con índices IGA mayor de 2,60, se corresponde con el litoral andaluz y Sevilla, en su mitad sur y Cádiz.

Situación de dependencia

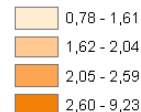
Las discapacidades que suponen dependencia, son aquellas que merman la capacidad para la realización de determinadas actividades de la vida diaria (ABVD).

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 han 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, es diferente según CCAA, en Andalucía se estiman 716.100 personas.



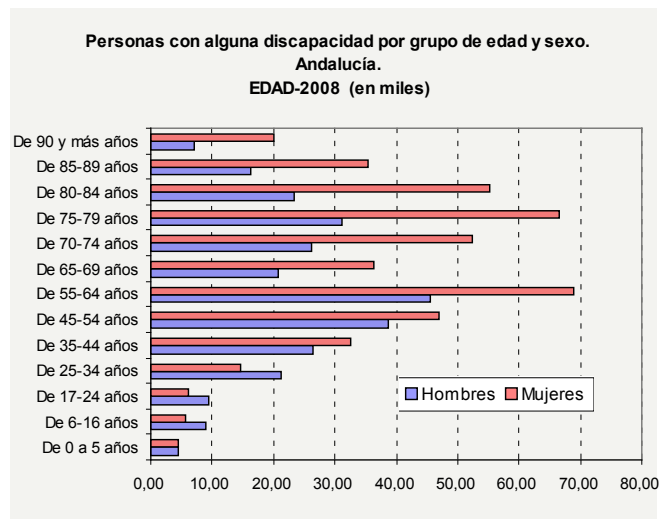
Índice generacional de ancianos por municipios.



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

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 de cada 100 personas con dependencia, entre 65 a 68 son 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.



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

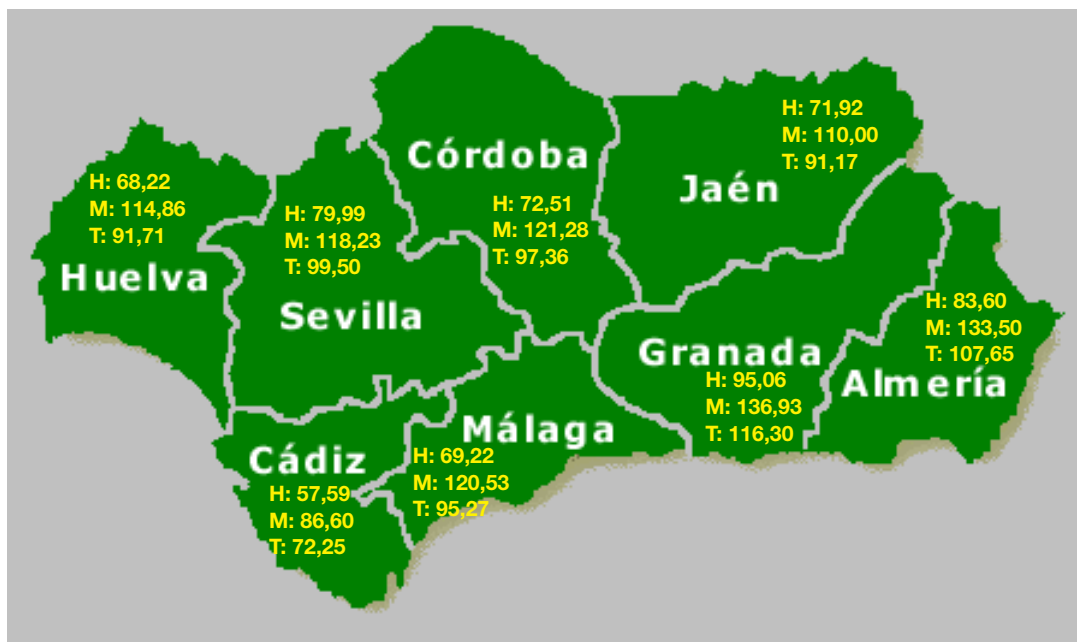
La esperanza de vida libre de discapacidad para las actividades de la vida diaria (EVLD) es el indicador más pertinente para aproximarnos a una estimación de los años que las andaluzas y los andaluces viven en situación de dependencia. Con datos referidos a la EDDES 99, en España, la EVLD al nacer era 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 5. Distribución de personas de 6 o más años con alguna discapacidad por provincias andaluzas. Tasas por 1000 habitantes.**

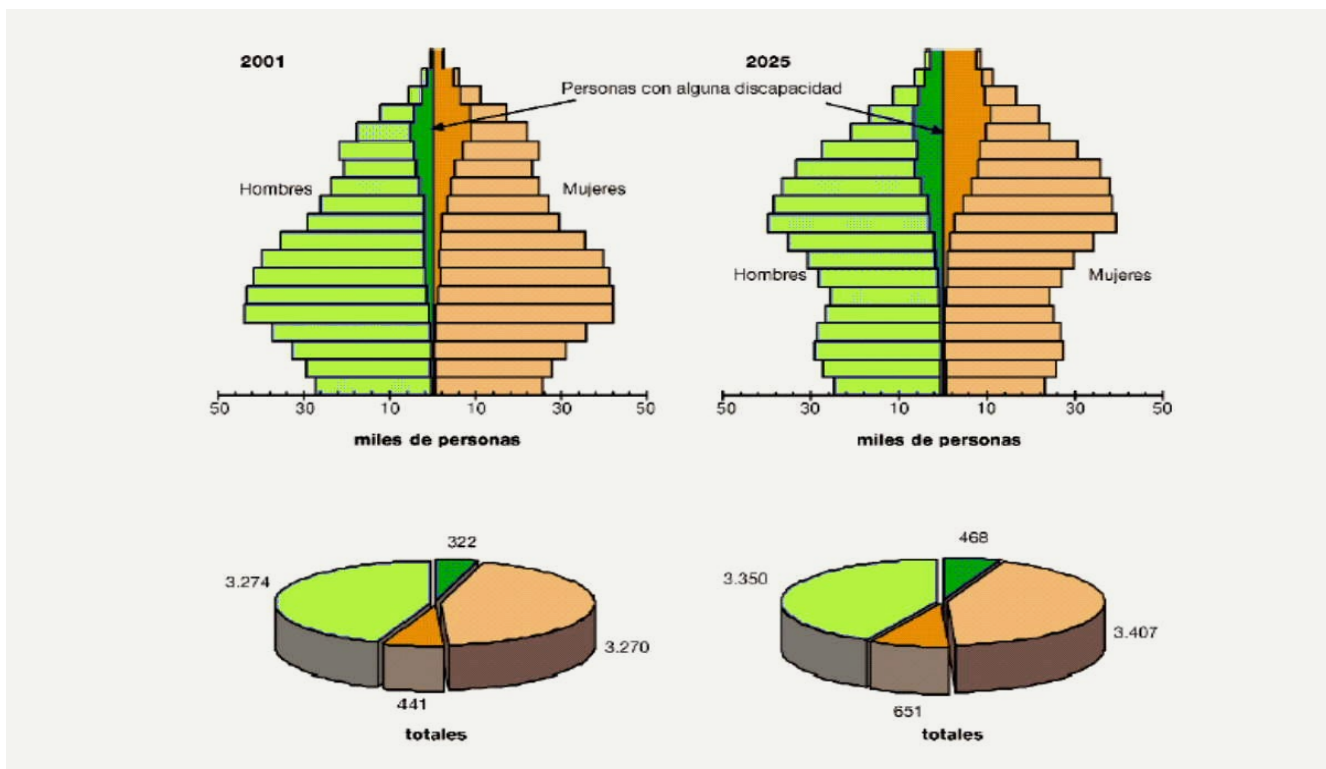


Fuente: EDAD-2008. INE

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 Figura 6.



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

Actualmente, 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 se puede consultar 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 se 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 solo 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 renunciaciones 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.

Encuesta de Salud de Andalucía 2007

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 (MEC) varía ampliamente según diversas publicaciones. Los estudios en España son fundamentalmente de base hospitalaria, obteniendo prevalencias de MEC que van desde el 42% hasta el 57%.

A pesar de que cada vez son más las personas que sufren MEC 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 cronicidad, pluripatología y polipatología (CPP) que tratan de responder a las necesidades de profesionales sanitarios para abordar integralmente los problemas de pacientes con MEC^{3,4}.

En Andalucía, actualmente, el conocimiento sobre la prevalencia, estado de salud, consumo de medicamentos y utilización de servicios sanitarios de la población que vive con enfermedades crónicas, se ha realizado a partir de la Encuesta Andaluza de Salud de 2007 (EAS07).

Se trata de la principal encuesta de base poblacional sobre el Sistema Sanitario Andaluz y sobre el estado de salud de la población no institucionalizada y residente en Andalucía (11). 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), sobre la que se centra los datos de este análisis.

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.opi-mec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/>

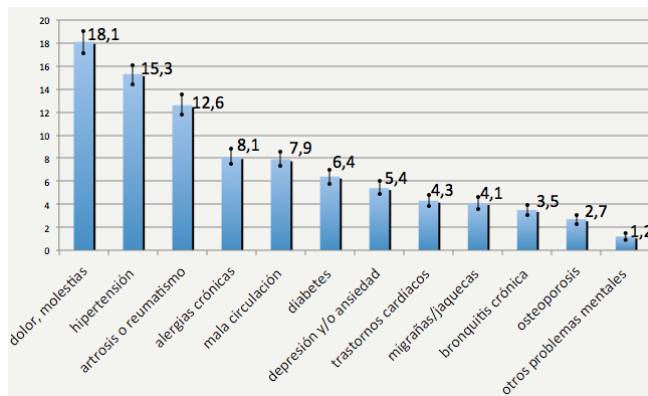
La lista de enfermedades crónicas consideradas en el análisis son:

■ 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
■ osteoporosis

Los principales resultados son:

■ Gráfico 1.

Prevalencia de Enfermedades Crónicas individuales*.



*Indicadas por médico. Coeficiente de variación máximo obtenido del 11,6%.

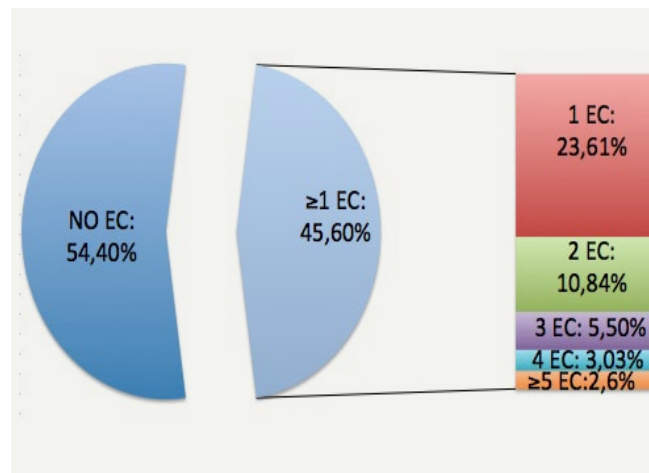
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

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 (Cronicidad) de entre las 12 EC anteriores (Gráfico 2), 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 2.

Prevalencia de Cronicidad*



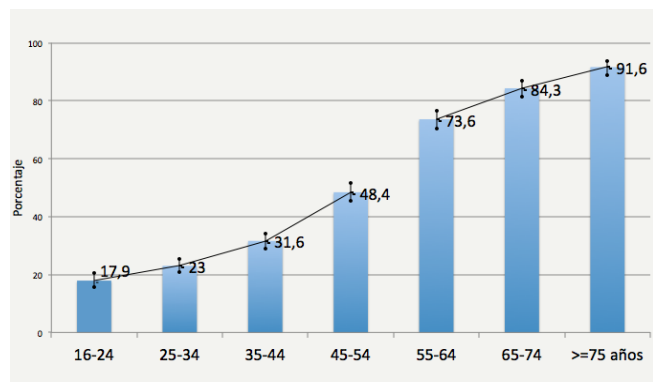
*Al menos una de entre las 12 siguientes: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y 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 Cronicidad 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 Cronicidad es casi el doble con respecto al grupo inmediatamente anterior (73,6% y 48,4% respectivamente).

■ Gráfico 3.

Prevalencia de Cronicidad* 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.

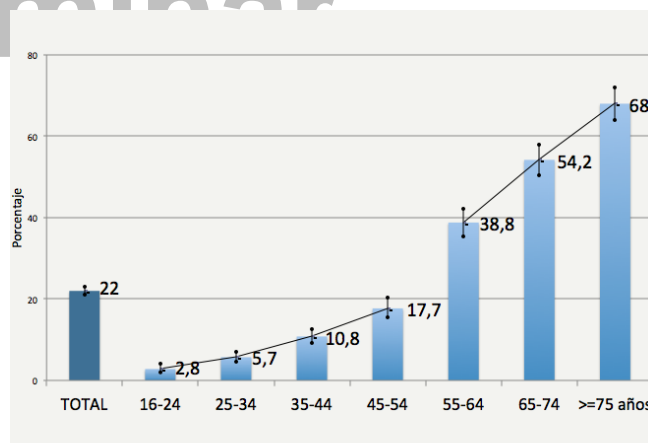
** Intervalos de confianza de la proporción al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 6,8%.

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

Al igual que ocurría con la Cronicidad, 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 Polipatología es más del doble con respecto al grupo inmediatamente anterior (17,7% y 38,8% respectivamente).

■ Gráfico 4.

Prevalencia de Polipatología*, 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.

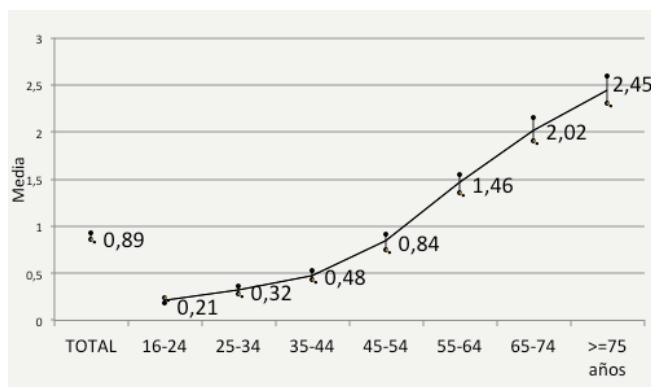
** Intervalos de confianza de la proporción al 95%. Coeficiente de variación máximo obtenido del 11,3%, a excepción del grupo 16-24 años que fue del 18,6% por lo que la interpretación debe tomarse con precaución debido a la alta variabilidad.

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

Las prevalencias observadas de Polipatología entre el grupo de edad 75-84 y >=85 años son similares, aunque en menor medida que en el caso de la Cronicidad (68,6% y 63,5% respectivamente).

■ Gráfico 4.

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%.

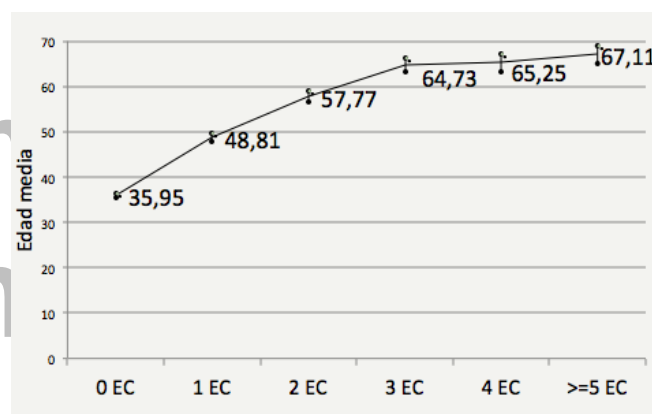
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

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 5.

Edad media según nº de Enfermedades Crónicas*



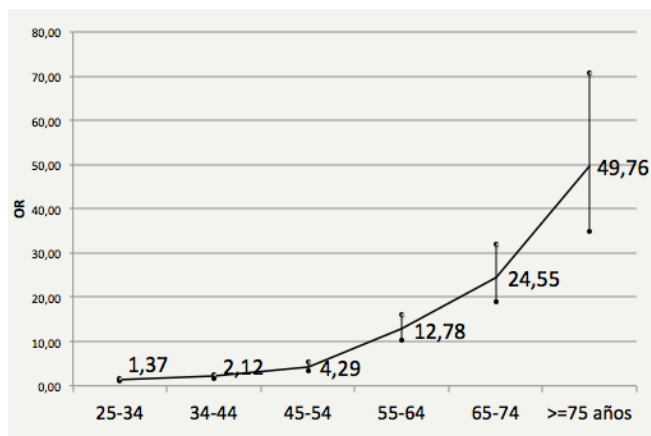
*Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. 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 cronicidad según los diferentes grupos de edad son estadísticamente significativas en todos ellos, no solo 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 Cronicidad y edad, observándose además una alta variabilidad en los grupos más mayores.

Gráfico 6.

OR de tener Cronicidad* según grupos de edad**



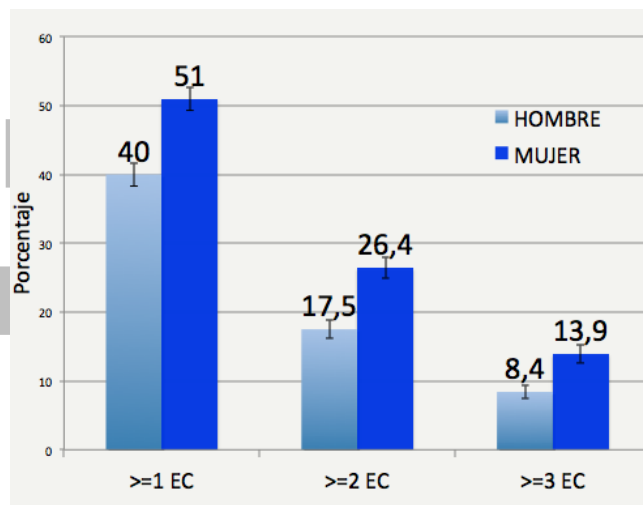
*Al menos una Enfermedad Crónica de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales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

**Intervalos de confianza de OR al 95%.

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

Gráfico 7.

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%.

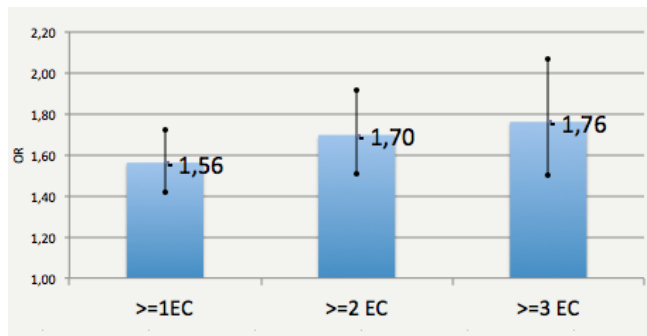
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud de 2007. Muestra de mayores de 16 años.

Con respecto al sexo, la Cronicidad y la Polipatología es significativamente más prevalente en las mujeres (Gráfico 7; $p < 0,001$). Así pues, un 51% (EM=0,9) de las mujeres andaluzas mayores de 16 años padecen Cronicidad, un 26,4% (EM=0,8) Polipatología 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.

Además, se observa un incremento de la probabilidad de que las mujeres padezcan EC conforme aumenta su número (Gráfico 8).

■ Gráfico 8.

OR de tener Enfermedades Crónicas en mujeres*



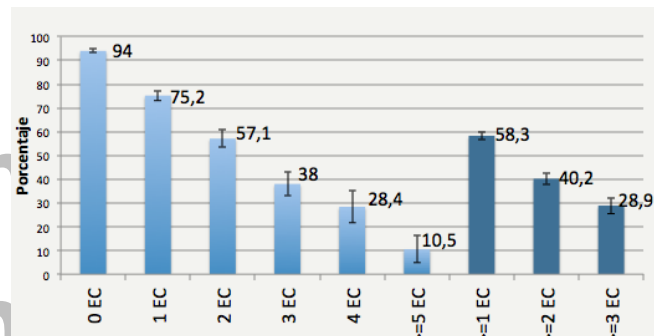
* Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis.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

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

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 9). Por otro lado, es de un 58,3% (EM=0,9) en la población con Cronicidad, un 40,2% (EM=1,3) en la de con Polipatología y un 28,9% (EM=1,7) para la que padece 3 ó más EC. En todos los casos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

■ Gráfico 9.

Estado de Salud* y Cronicidad**



* 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.

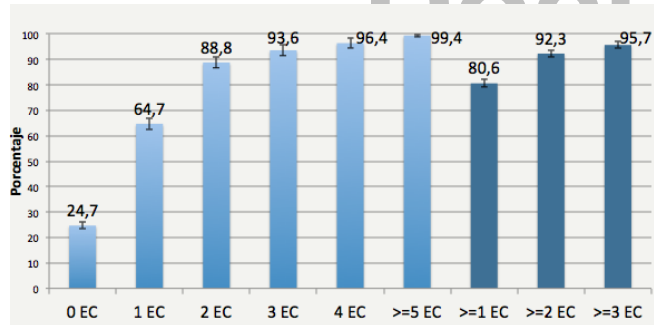
Para la otra medición de la EAS07 sobre la Salud general autopercibida, que considera las categorías de 'muy bueno y bueno' (frente a 'regular, malo y muy malo'), se obtuvieron resultados bastante similares a los anteriores, siendo los siguientes: 93,3% no EC, 75,2% 1 EC, 52,3% 2 EC, 39,7% 3 EC, 27,4% 4 EC, 12,9% 5 ó más EC; 58,7% 1 ó más EC (Cronicidad), 41% 2 ó más EC (Polipatología) 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 10), 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 Cronicidad, al 92,3% con Polipatología y a prácticamente el 100% para la población con 5 ó más EC.

■ Gráfico 10.

Consumo de medicamentos* y Cronicidad**



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

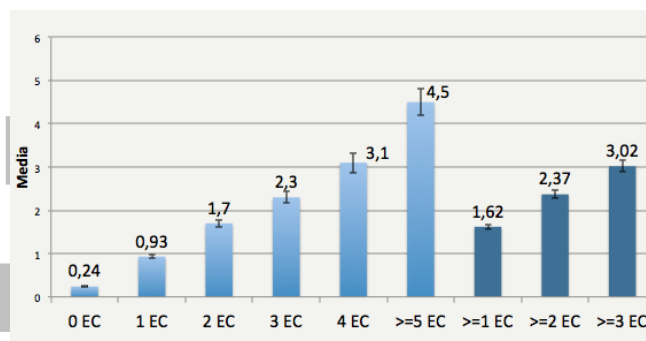
** Enfermedades Crónicas (EC) de entre: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas/jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. 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 con Cronicidad consumió en las 2 semanas previas a la entrevista 1,62 medicamentos de media, con Polipatología consumió 2,37 medicamentos y con al menos 3 EC consumió 3,02 medicamentos (Gráfico 11). Esta coincidencia entre número de medicamentos y número de EC se confirma con la alta relación observada entre ambas variables ($R=0,75$).

■ Gráfico 11.

Número de medicamentos diferentes consumidos* y Cronicidad**



* 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

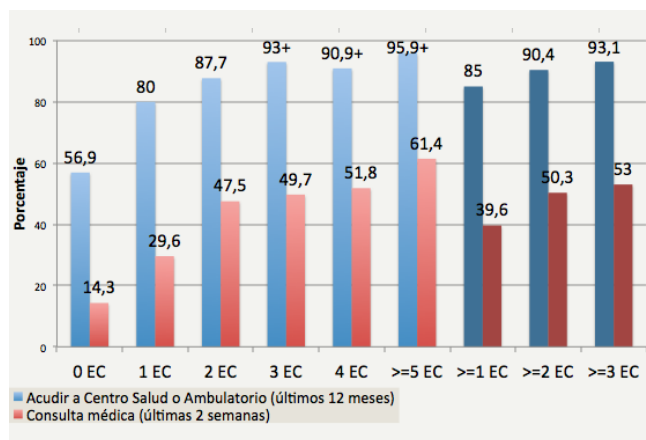
Un 56,9% ($EM=0,8$) de la población andaluza mayor de 16 años sin EC acudieron a su Centro de Salud o Ambulatorio en los 12 meses previos a la entrevista, mientras que ese porcentaje aumenta al 85% ($EM=0,7$) en la población con Cronicidad y al 90,4% ($EM=0,8$) con Polipatología.

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 Cronicidad y al 50,3% (EM=1,3) de la población con Polipatología (no se refiere a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía).

■ Gráfico 12.

Utilización de Centro de Salud, Ambulatorio o Consulta Médica* y Cronicidad**



* 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.

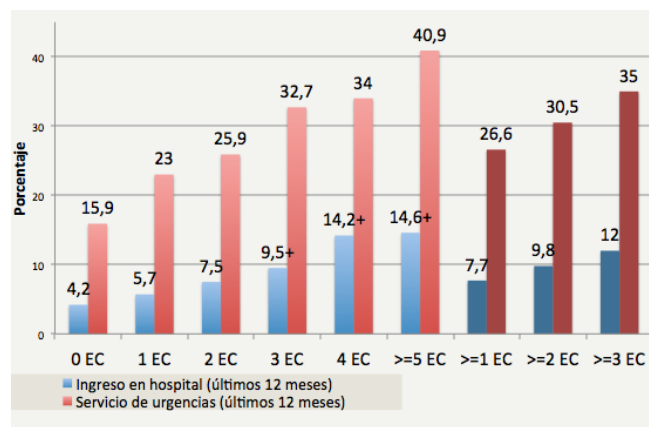
Con respecto a la hospitalización, mientras el 4,2% (EM=0,3) de la población andaluza mayor de 16 años sin EC dijo haber estado hospitalizado al menos 1 noche en los 12 meses previos a la entrevista, este porcentaje es del 7,7% (EM=0,5) en la población con Cro-

nicidad y del 9,8% (EM=0,8) en la población con Polipatología.

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 Cronicidad y 30,5% (EM=0,8) en la población con Polipatología.

■ Gráfico 13.

Hospitalización* y utilización de servicios de urgencias y Cronicidad**



* 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 solo 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 es-

tudio 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.

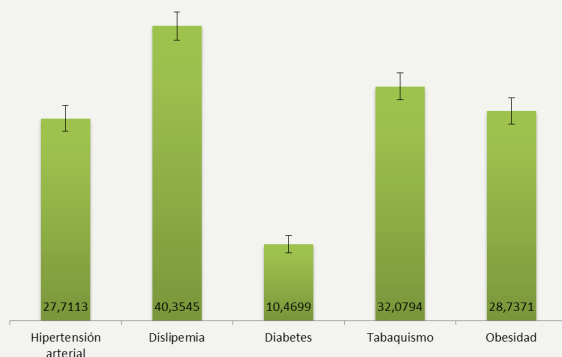
A continuación se presentan las tablas sobre prevalencia de FRV clásicos.

Figura 6

Prevalencia de FRV

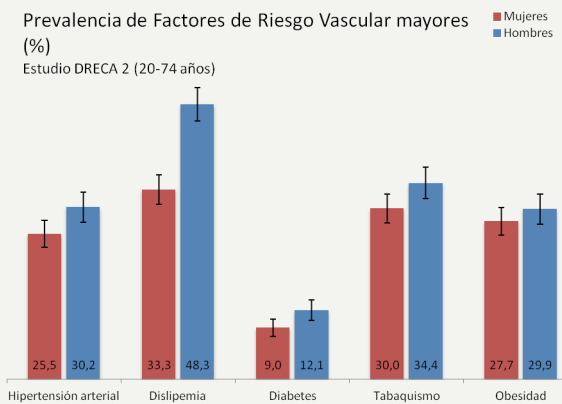
Prevalencia de Factores de Riesgo Vascular mayores (%)

Estudio DRECA 2 (Hombres y mujeres, 20-74 años)



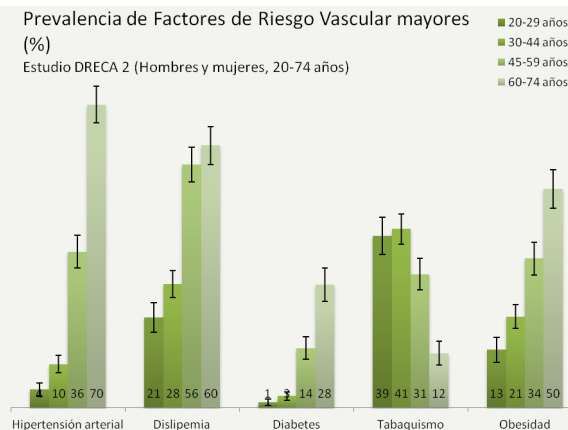
Prevalencia de Factores de Riesgo Vascular mayores (%)

Estudio DRECA 2 (20-74 años)



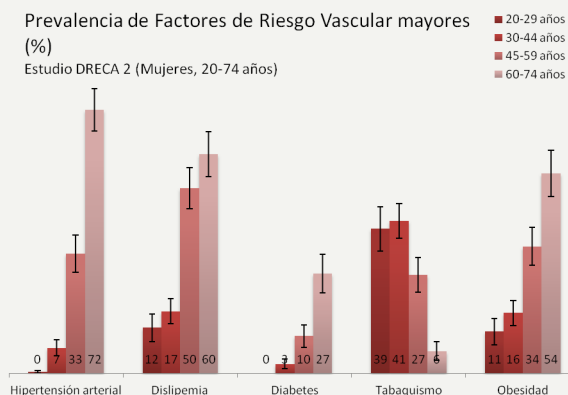
Prevalencia de Factores de Riesgo Vascular mayores (%)

Estudio DRECA 2 (Hombres y mujeres, 20-74 años)



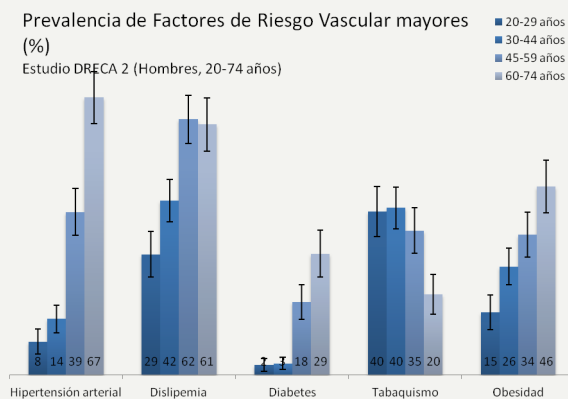
Prevalencia de Factores de Riesgo Vascular mayores (%)

Estudio DRECA 2 (Mujeres, 20-74 años)

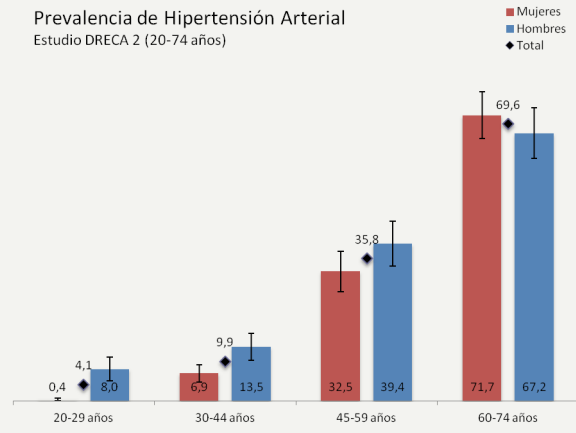


Prevalencia de Factores de Riesgo Vascular mayores (%)

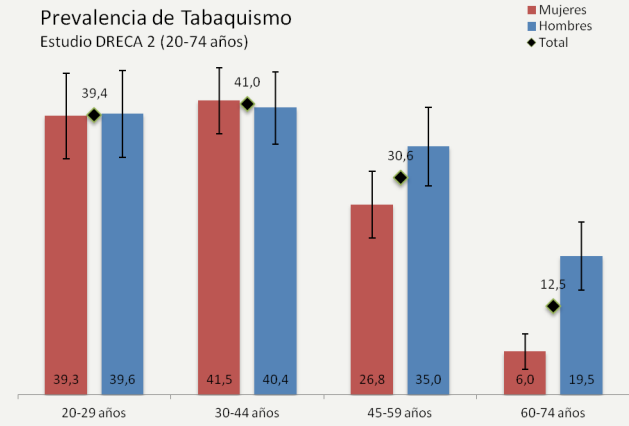
Estudio DRECA 2 (Hombres, 20-74 años)



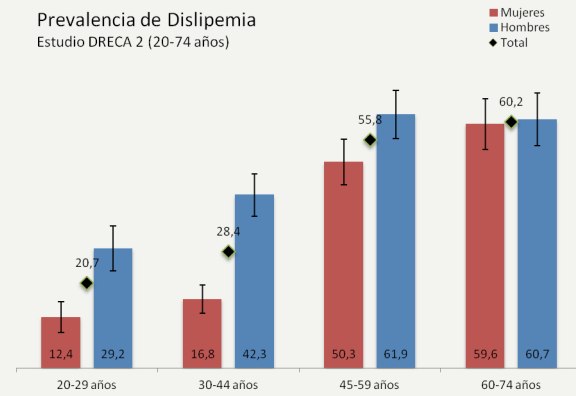
Prevalencia de Hipertensión Arterial
Estudio DRECA 2 (20-74 años)



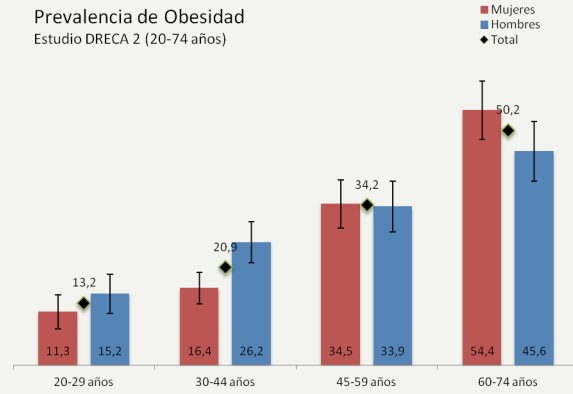
Prevalencia de Tabaquismo
Estudio DRECA 2 (20-74 años)



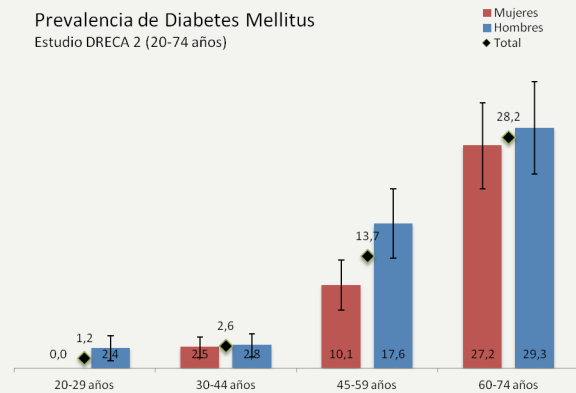
Prevalencia de Dislipemia
Estudio DRECA 2 (20-74 años)



Prevalencia de Obesidad
Estudio DRECA 2 (20-74 años)

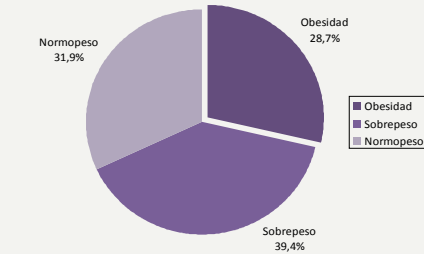


Prevalencia de Diabetes Mellitus
Estudio DRECA 2 (20-74 años)

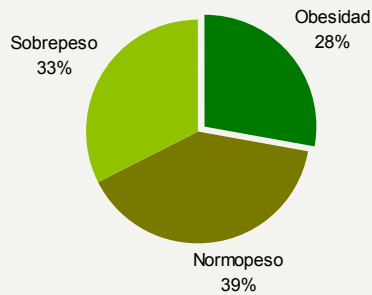


Cambios en la prevalencia de FRV (1992-2007)

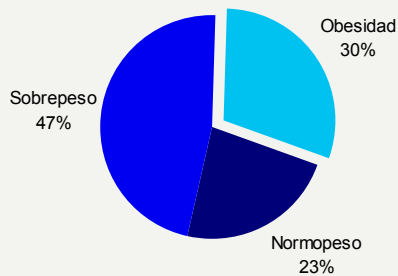
Para valorar su evolución en los últimos 15 años, se calculan las prevalencias en el primer y segundo estudio por grupos de edad. Sólo se comparan las obtenidas en la población de 20 a 59 años, único rango de edad con representación en ambos estudios.



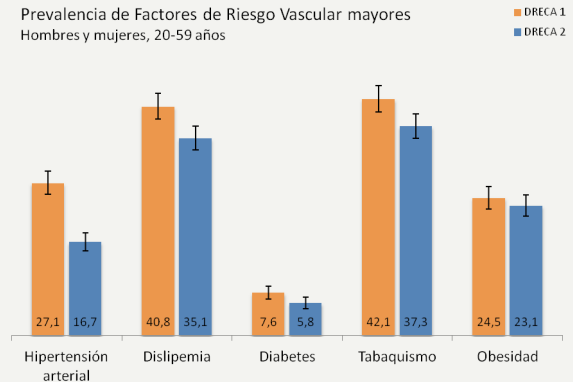
Mujeres



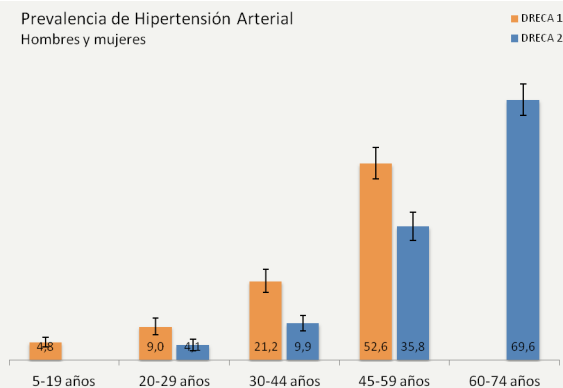
Hombres



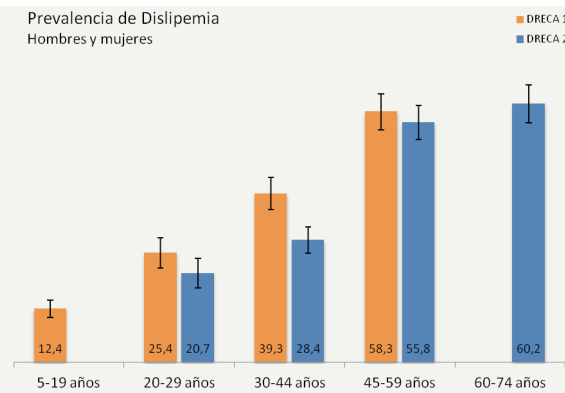
Prevalencia de Factores de Riesgo Vascular mayores
Hombres y mujeres, 20-59 años



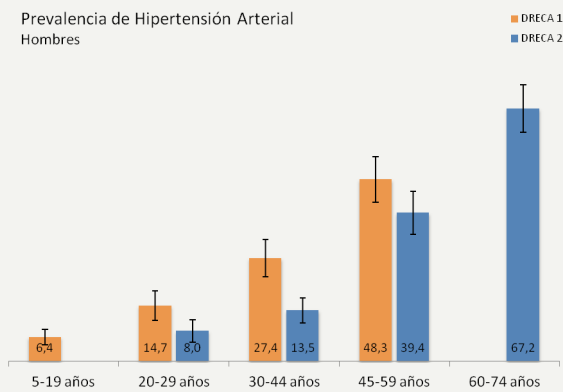
Prevalencia de Hipertensión Arterial
Hombres y mujeres



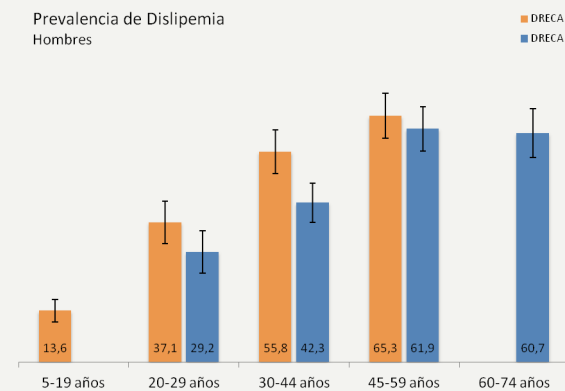
Prevalencia de Dislipemia
Hombres y mujeres



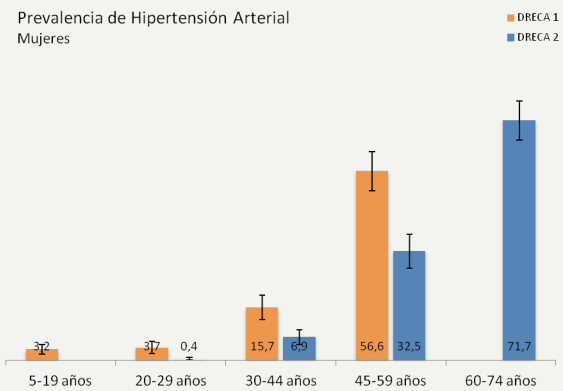
Prevalencia de Hipertensión Arterial
Hombres



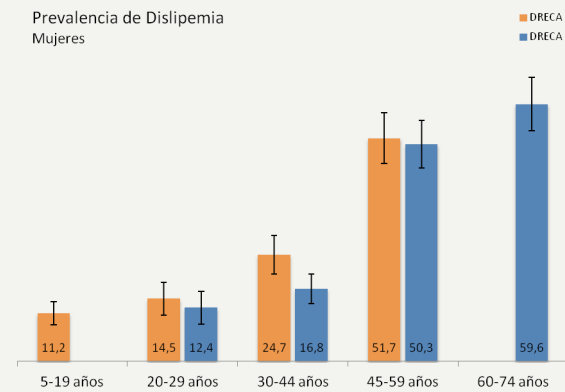
Prevalencia de Dislipemia
Hombres



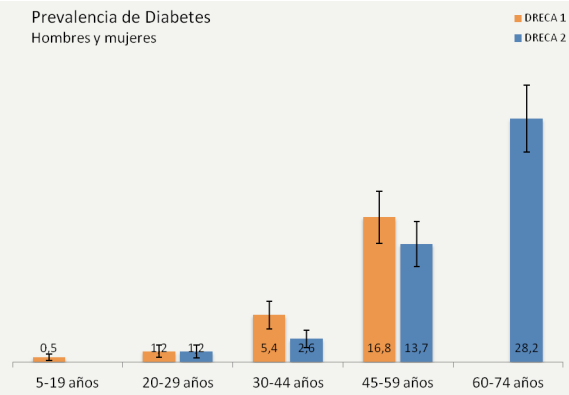
Prevalencia de Hipertensión Arterial
Mujeres



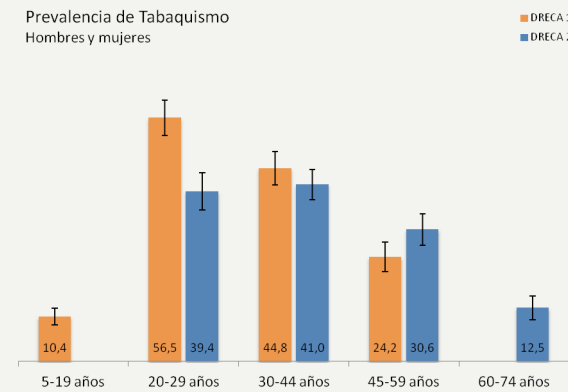
Prevalencia de Dislipemia
Mujeres



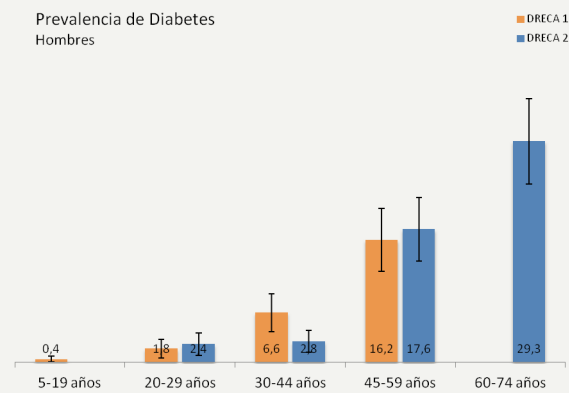
Prevalencia de Diabetes
Hombres y mujeres



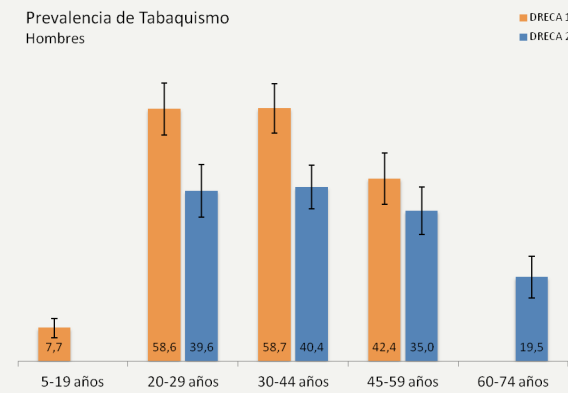
Prevalencia de Tabaquismo
Hombres y mujeres



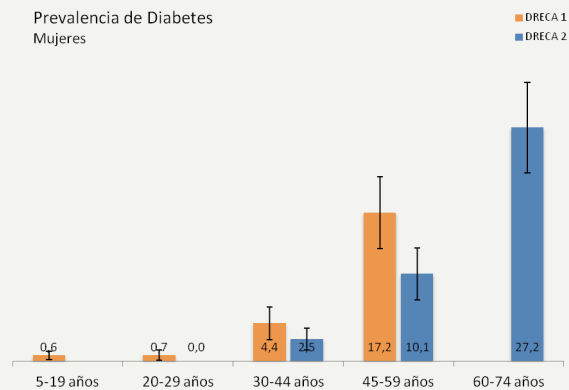
Prevalencia de Diabetes
Hombres



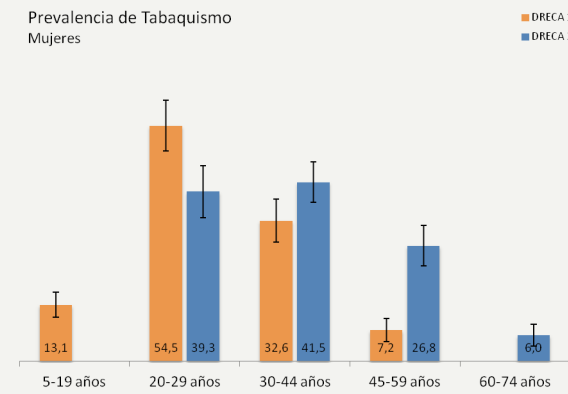
Prevalencia de Tabaquismo
Hombres

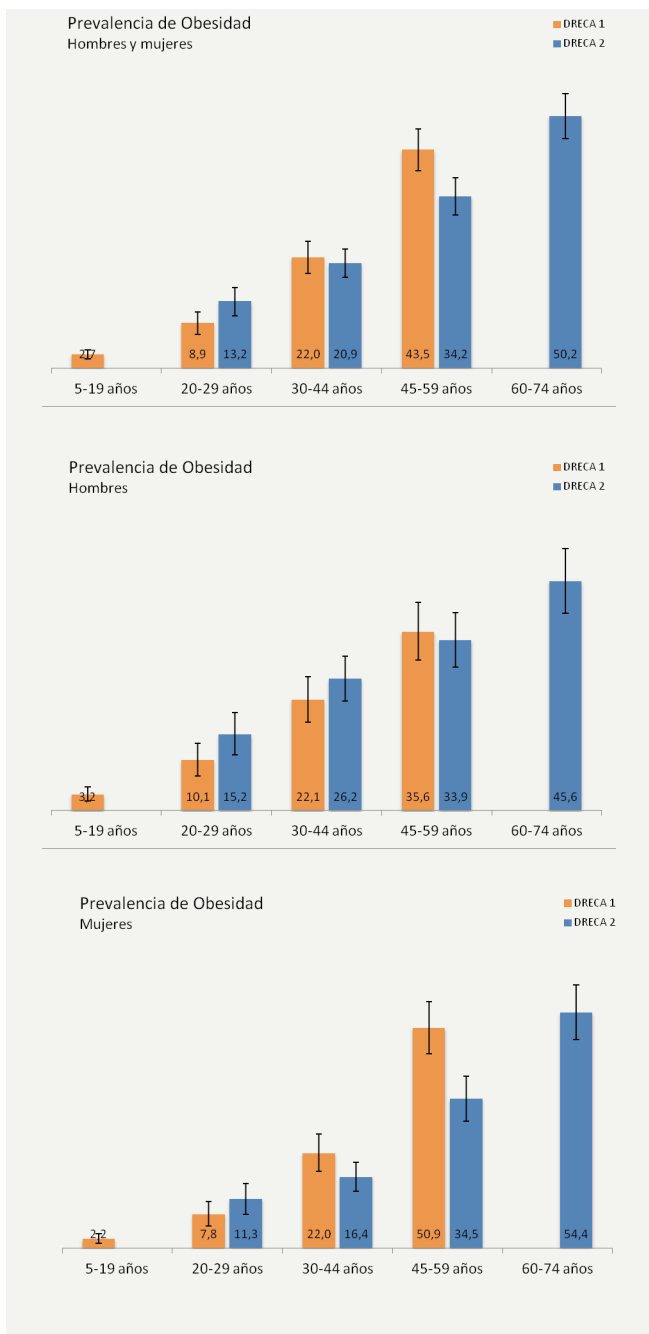


Prevalencia de Diabetes
Mujeres



Prevalencia de Tabaquismo
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

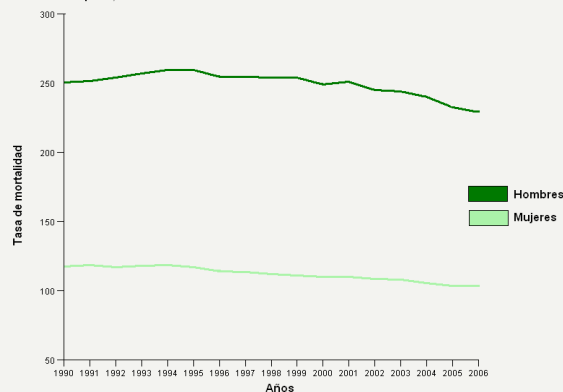
Durante el año 2006 la mitad las defunciones en España se debieron a cuatro enfermedades crónicas: cáncer, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular y diabetes mellitus. Por tanto, puede señalarse que estas enfermedades constituyen un importante problema de salud en nuestro país, al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

El cáncer

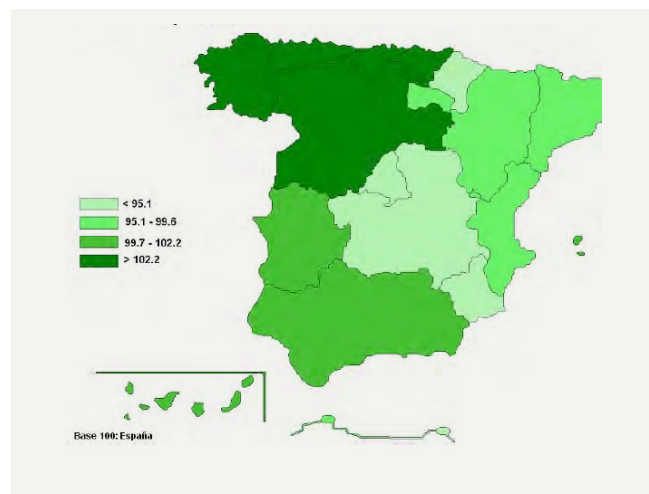
Constituye la segunda causa de muerte en España, después de las enfermedades cardiovasculares. En el año 2006, las defunciones por tumores malignos representaron el 26,5% del total de las muertes (31,6% en hombres y 20,8% en mujeres), lo que supuso una tasa de mortalidad de 223,1 por 100.000 habitantes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

Figura 1.1 - Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por cáncer en hombres y mujeres. España, 1990-2006



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).

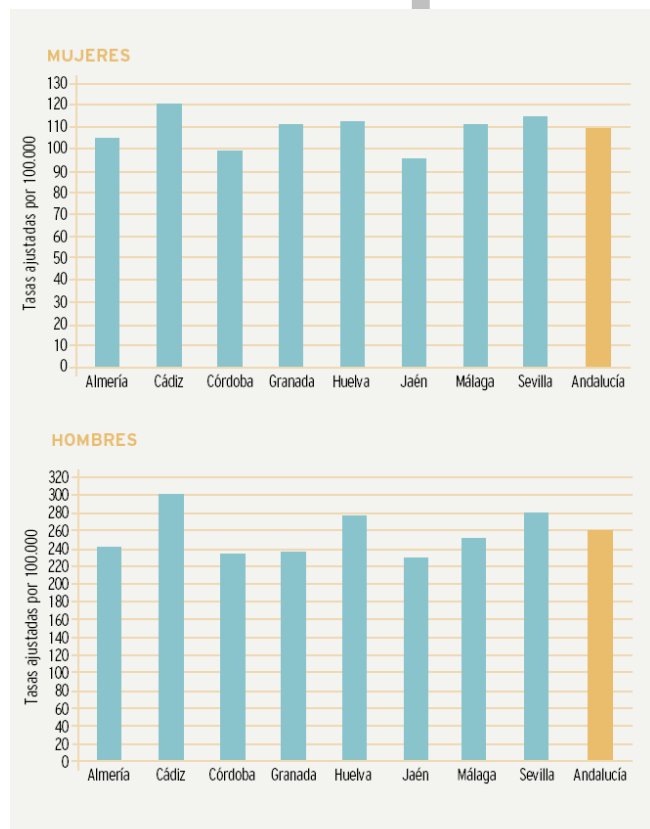
La mortalidad por cáncer presenta un patrón geográfico característico, con mayor mortalidad en el noroeste de la península y un menor riesgo de muerte en el sureste¹.



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

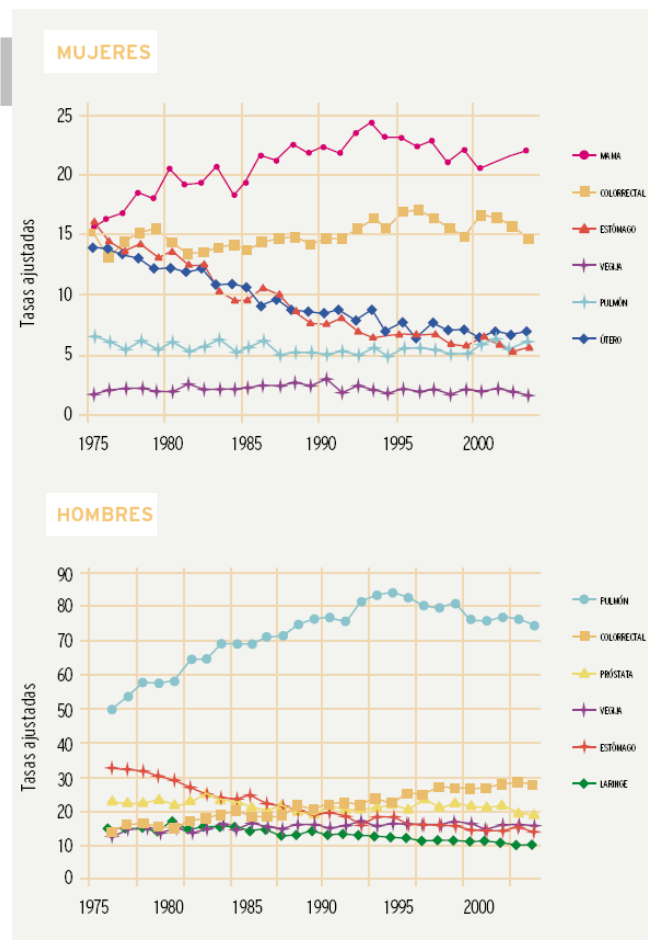
En la siguiente tabla, se representa la importancia de la mortalidad por cáncer en Andalucía, en las diferentes provincias y en el conjunto de Andalucía, referida al último quinquenio del que se disponen de datos definitivos (1999-2003). Para ello se han calculado las tasas de mortalidad media anual 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.

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.

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



La cardiopatía isquémica

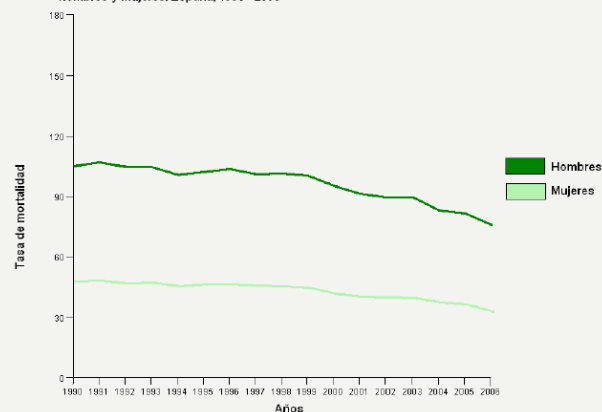
Origina la tercera parte de las defunciones por el conjunto de enfermedades cardiovasculares. En 2006, el 31% de las muertes por enfermedades cardiovasculares en España fueron debidas a enfermedad isquémica del corazón, lo que supuso una tasa de mortalidad de 84,2 por 100.000 habitantes. En hombres, 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.

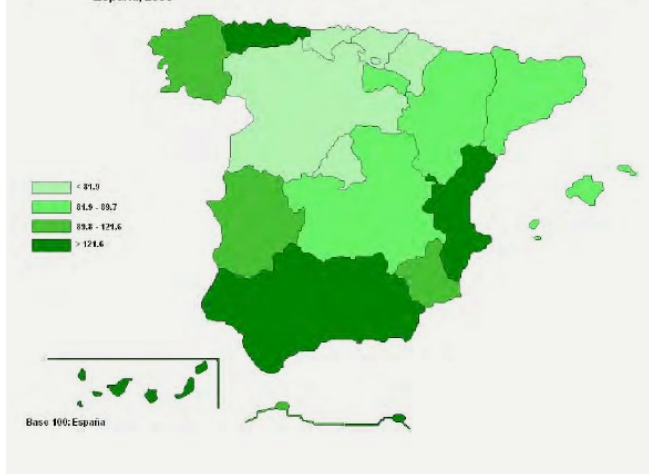
Figura 2.1 - Tasa de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes por enfermedad isquémica del corazón en hombres y mujeres. España, 1990 - 2006



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.

Figura 2.3 - Índice de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón según Comunidad Autónoma. España, 2006

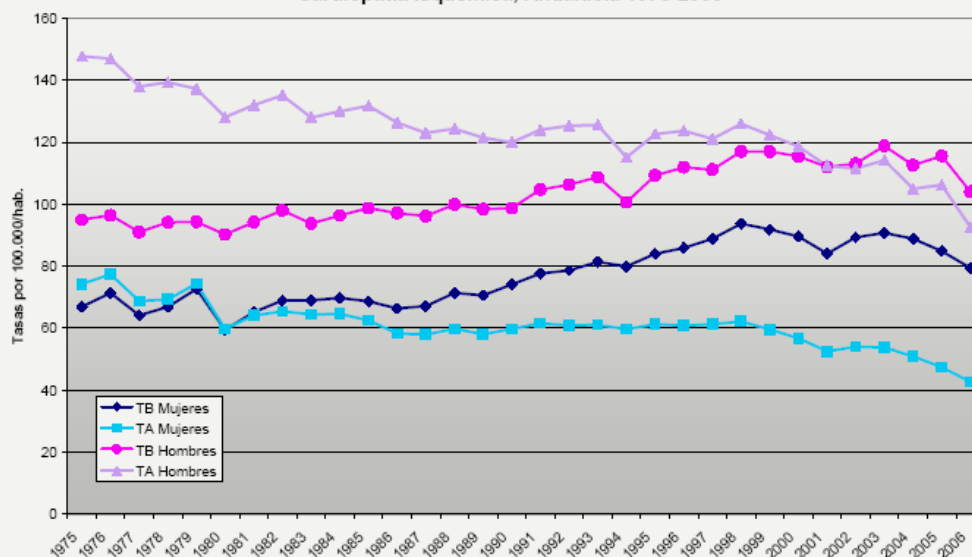


Valenciana presentan las tasas de mortalidad estandarizadas por edad más altas de España, tanto para el conjunto de las enfermedades del aparato circulatorio, como para la mortalidad por cardiopatía isquémica. La elevada prevalencia de factores de riesgo en nuestra comunidad podría explicar, en parte,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

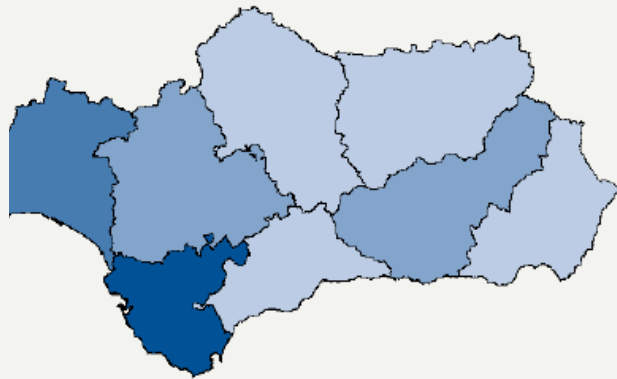
En la distribución geográfica dentro de la CCAA de Andalucía, se perfila un patrón de mayor mortalidad en Andalucía occidental para el conjunto de las enfermedades del aparato circulatorio, en general, y para la cardiopatía isquémica en particular. En el nivel provincial, la mayor mortalidad por enfermedades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

En la comparación entre comunidades autónomas, Andalucía, junto con Canarias, Murcia y la Comunidad

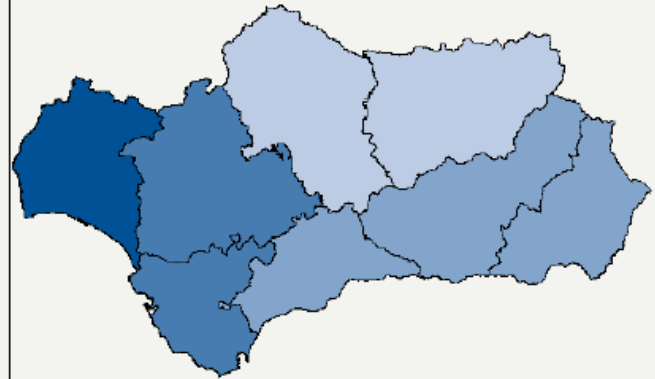
Tasas brutas y ajustadas por edad de mortalidad por Cardiopatía Isquémica, Andalucía 1975-2006



Distribución espacial por provincias de la tasa ajustada de mortalidad por Cardiopatía Isquémica, mujeres 2008.



Distribución espacial por provincias de la tasa ajustada de mortalidad por Cardiopatía Isquémica, hombres 2008.



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

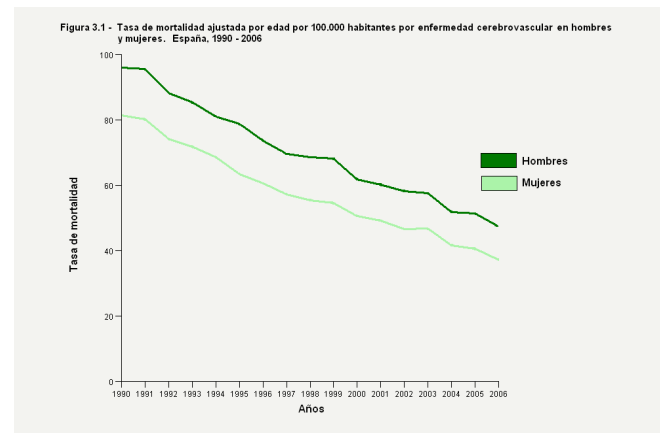
Este mismo patrón puede observarse, con un mayor detalle, en el nivel de distritos sanitarios para cardiopatía isquémica: los de Andalucía occidental presentan tasas más elevadas que los de Andalucía oriental, concretamente en las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla³.

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.

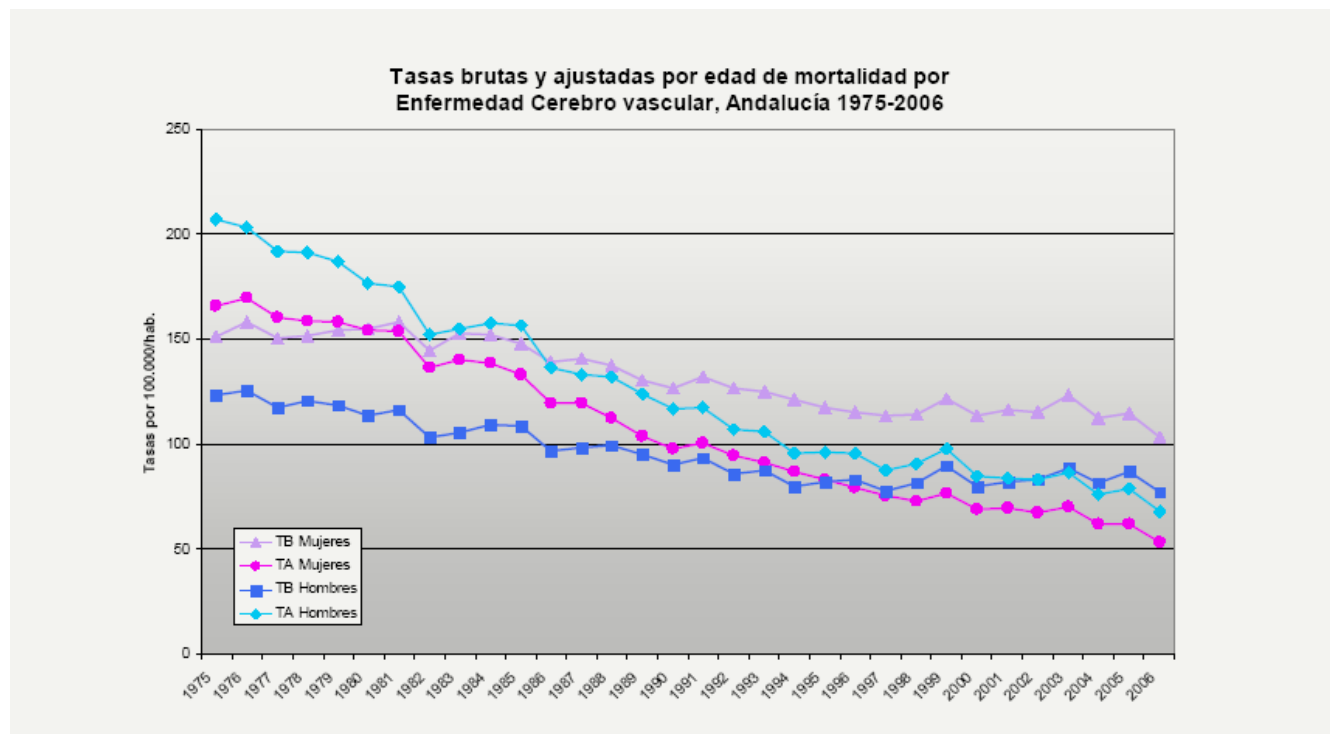
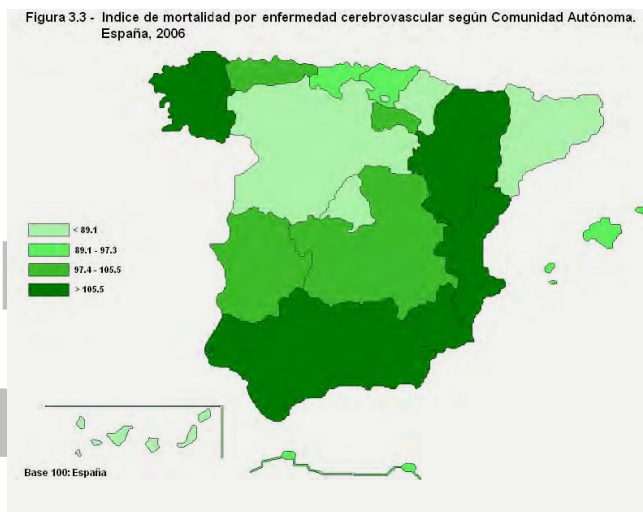


3. Fuente Plan de Cardiopatías de Andalucía

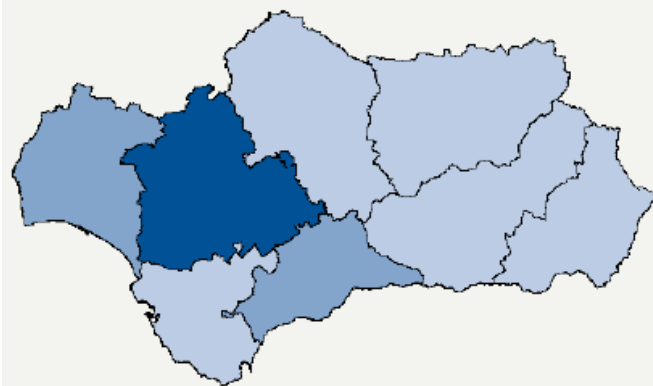
España se encuentra entre los cuatro países de la Unión Europea, después de Francia, Austria e Irlanda, con menor mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, la tasa de mortalidad es un 65% inferior a la media de la Unión Europea.

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.

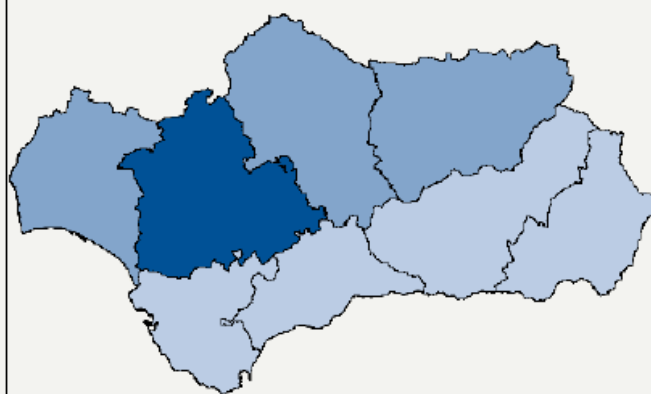
Andalucía, Murcia y Comunidad Valenciana fueron las comunidades autónomas con mayor mortalidad en 2006.



Distribución por provincias de la tasa ajustada de mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular, **mujeres** 2008.



Distribución por provincias de la tasa ajustada de mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular, **hombres** 2008.



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

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 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 x) 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.

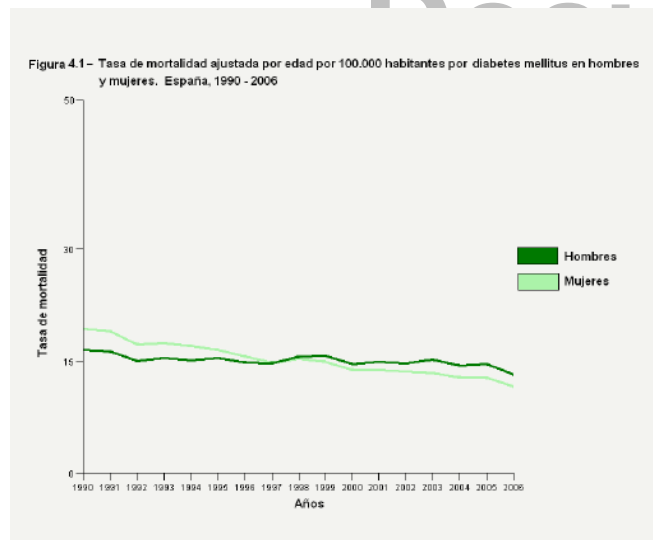
4. Fuente Plan Andaluz de atención al Ictus

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-

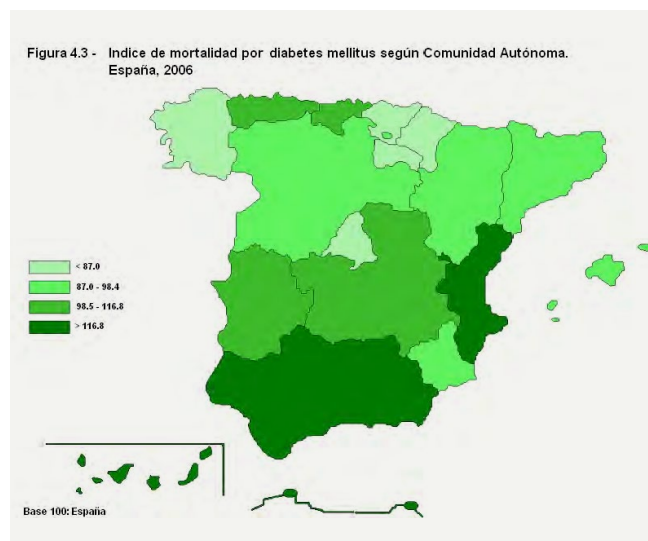
nía siendo más alto en las mujeres, es ya mayor en los hombres. A pesar de esa disminución en el riesgo de muerte, la proporción de fallecimientos por diabetes se ha mantenido prácticamente estabilizada desde 1990 (alrededor de un 2,6% de las defunciones), incrementándose ligeramente en los hombres.



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.



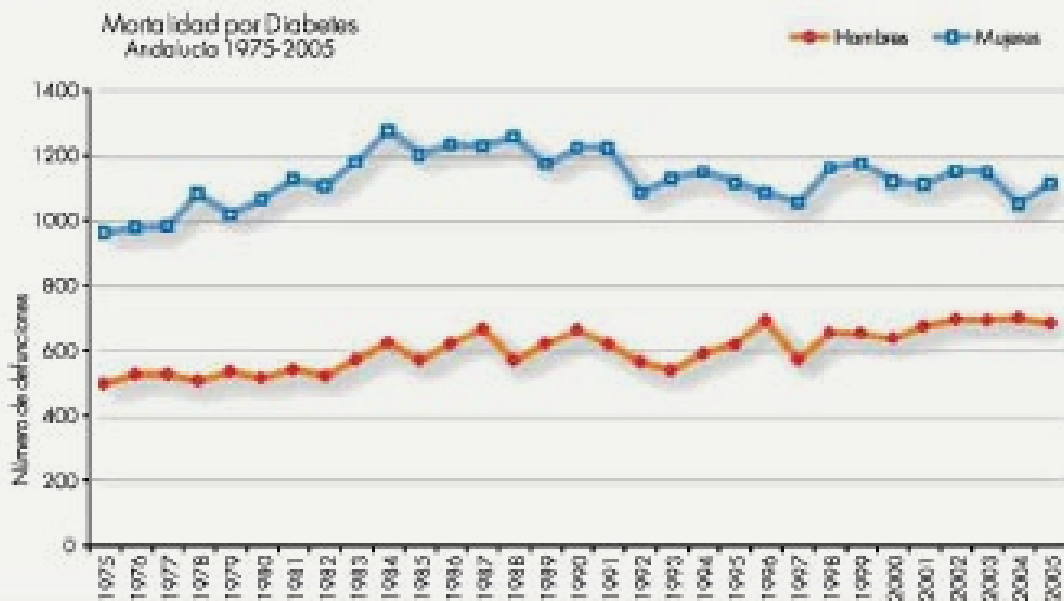
La distribución geográfica de la mortalidad por diabetes es bastante similar a la de la frecuencia de obesidad, su principal factor de riesgo. Así, Andalucía, Canarias, Extremadura o Castilla La Mancha son las comunidades autónomas con mayor riesgo de mortalidad por diabetes y con mayor frecuencia de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

Documento

Figura 11: Mortalidad por diabetes en Andalucía, 1975-2005

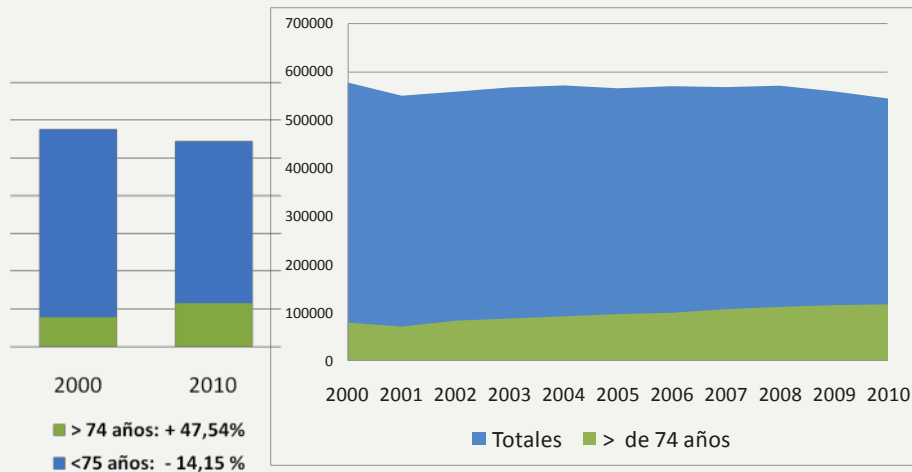
A. Número de defunciones



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

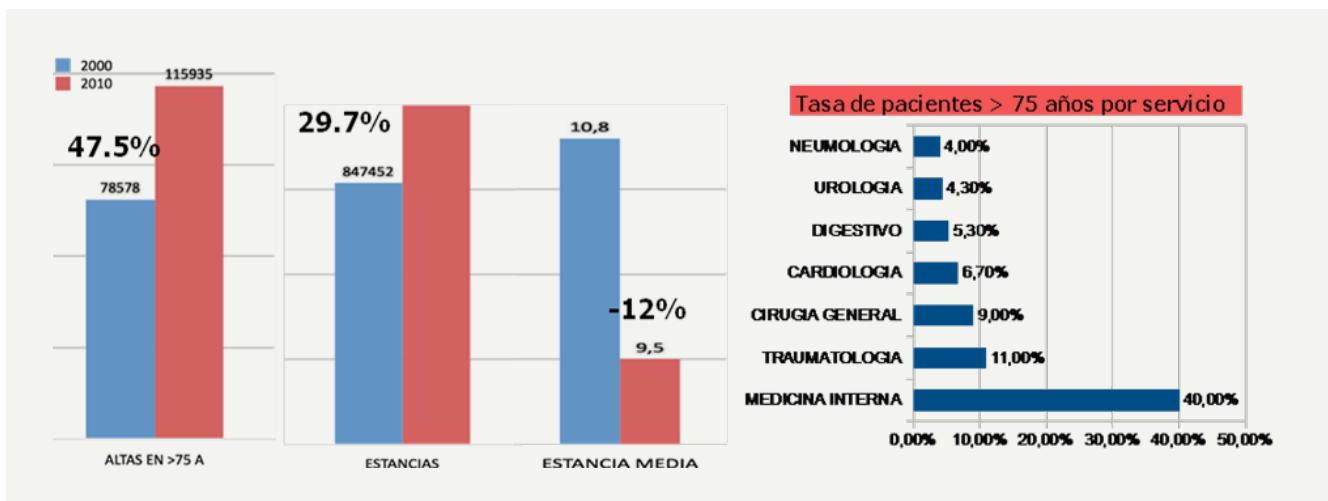
Un análisis del CMBD de los hospitales del SSPA en el periodo 2000-2010 permite poner de manifiesto cómo se están modificando las características de los pacientes que acuden a los hospitales andaluces. Durante este periodo el total de altas hospitalarias descendió en un 5,75%. Sin embargo, mientras que 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 6. 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.



	Año 2000	Año 2010	% Incremento
Totales	577186	543994	- 5,75%
>74 años	78578	115935	+ 47,50 %
% > 74 años:	13,61 %	21,3 %	

■ **Figura 7. Evolución del número de altas hospitalarias del CMBD del SSPA en el periodo 2000-2010. Estancias y peso de los diferentes servicios.**



Este 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), la complejidad (incremento del 49,4% de los puntos GRD de 18 en 2000 hasta 26.9 puntos en 2010) y la tasa de mortalidad (desde el 11.9% al 12.3%), con un aumento de la efectividad expresado en una reducción de la estancia media (desde el 11.9% al 12.3%). Es de destacar también el protagonismo de los servicios de Medicina Interna, que atendieron al 40% de los pacientes mayores de 75 años de edad.

Para intentar analizar el impacto del envejecimiento de la población en la presencia de enfermedades crónicas en los hospitales del SSPA, se ha generado un listado de códigos CIE 9 que permiten 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 que generan discapacidad. De esta forma se ha elaborado un marcador que permite identificar de forma aproximada el peso de la cronicidad 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 8. 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



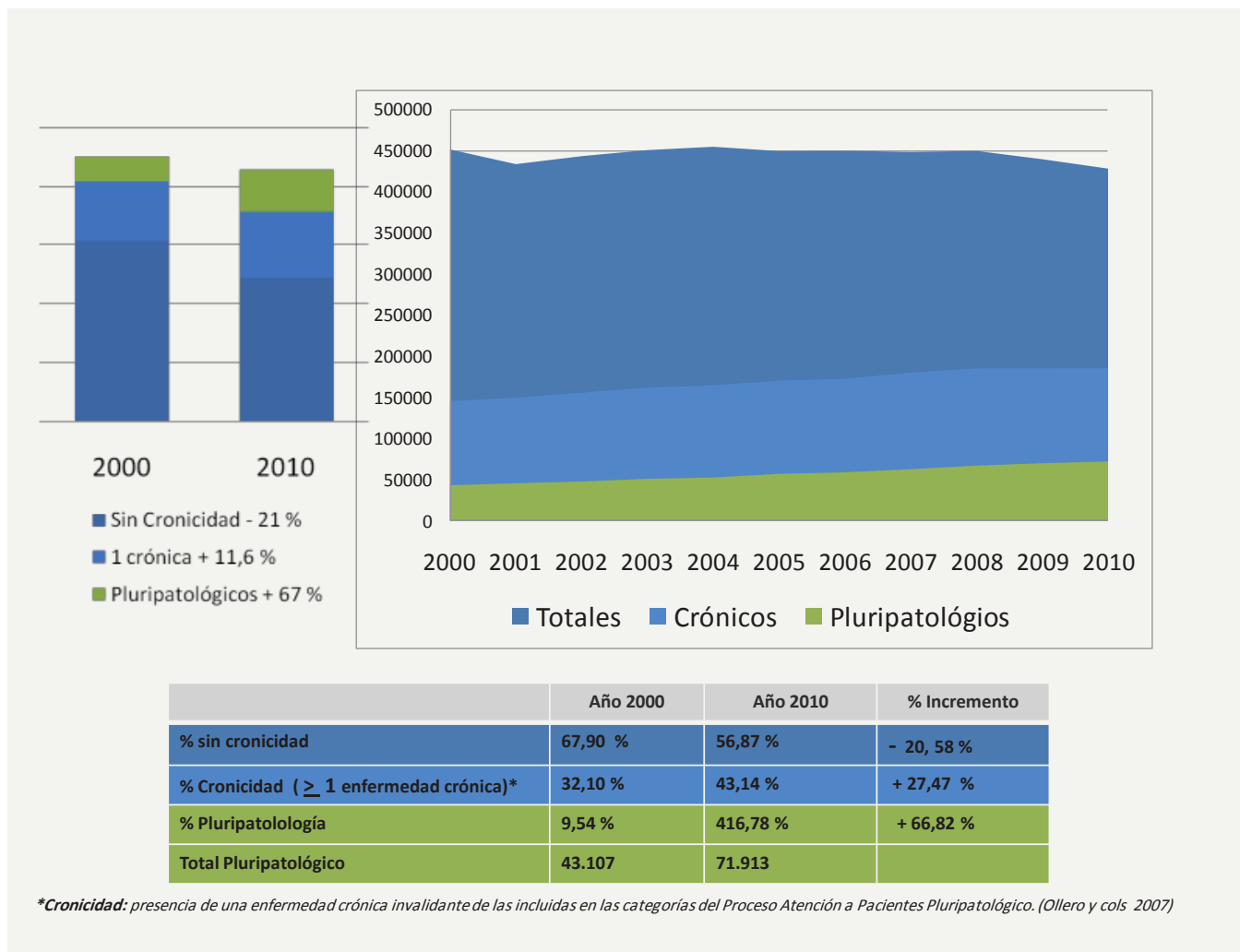
Sin cronicidad	Sin enfermedad crónica que genera discapacidad.
Cronicidad	<i>Presencia de una enfermedad crónica invalidante de las incluidas en las categorías del Proceso Atención a Pacientes Pluripatológico*.</i>
Pluripatología	<i>Presencia de dos o mas enfermedades crónicas invalidantes de las incluidas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

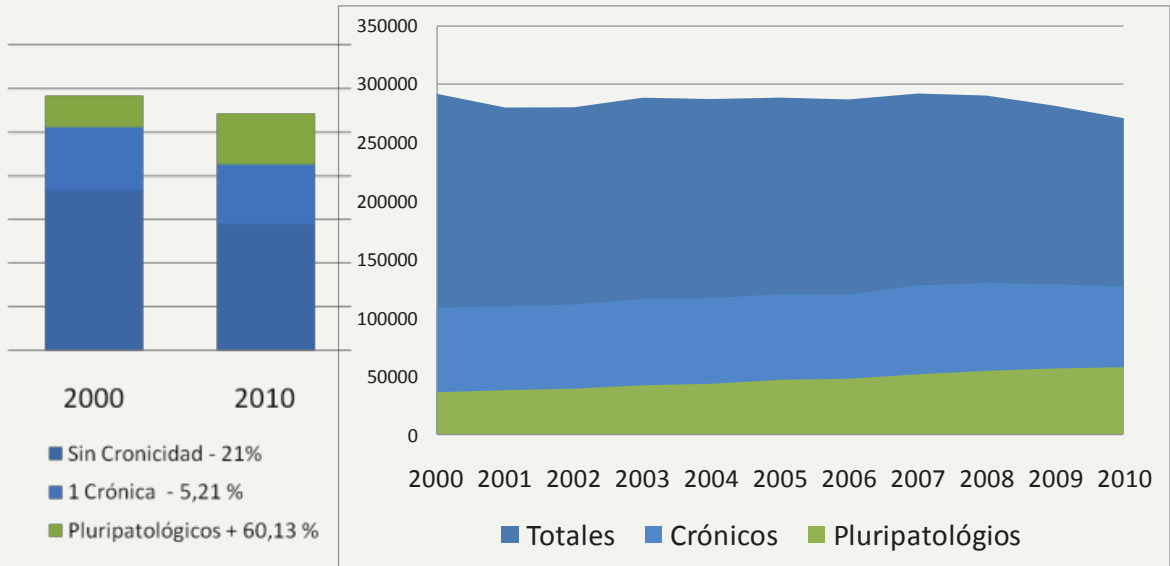
ha reducido un 21% el número de pacientes sin cronicidad, mientras que se ha incrementado un 66,82% el número de pluripatológicos.

■ **Figura 9. 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.**



Este incremento se aprecia tanto en pacientes con GRD médicos como en pacientes con GRD quirúrgicos en los que en incremento de pluripatológicos es

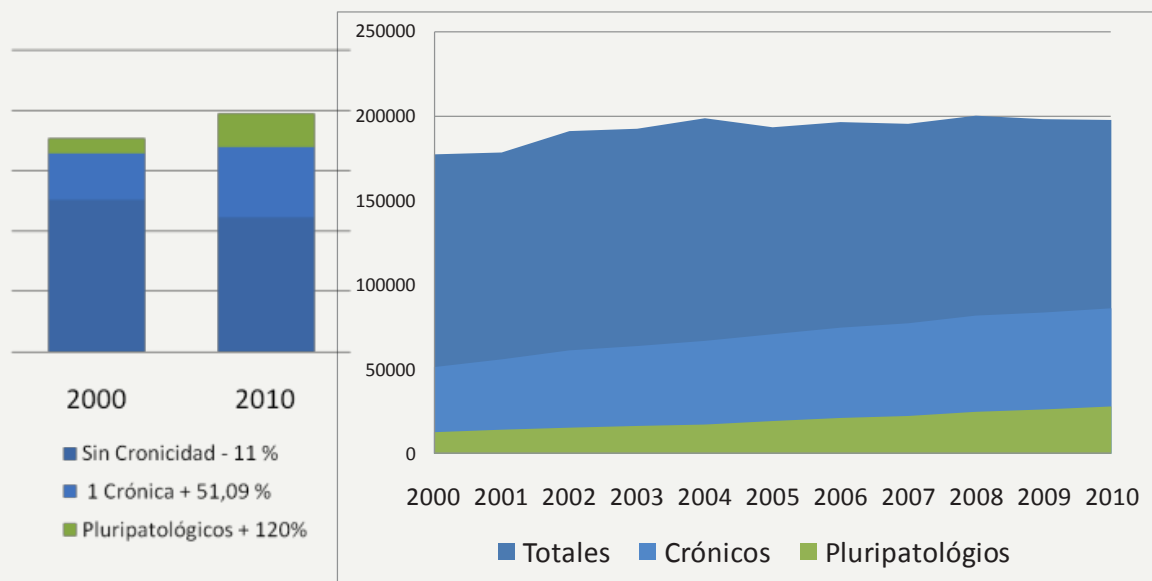
incluso mayor alcanzando el 119% de incremento en este periodo.



	Año 2000	Año 2010	% Incremento
% sin cronicidad	62,72 %	53,20 %	- 21,27 %
% Cronicidad (≥ 1 enfermedad crónica)*	37,27 %	46,78 %	+ 11,65 %
% Pluripatología	12,39 %	21,38 %	+ 60,13 %
Total Pluripatológico	36.208	57.982	

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

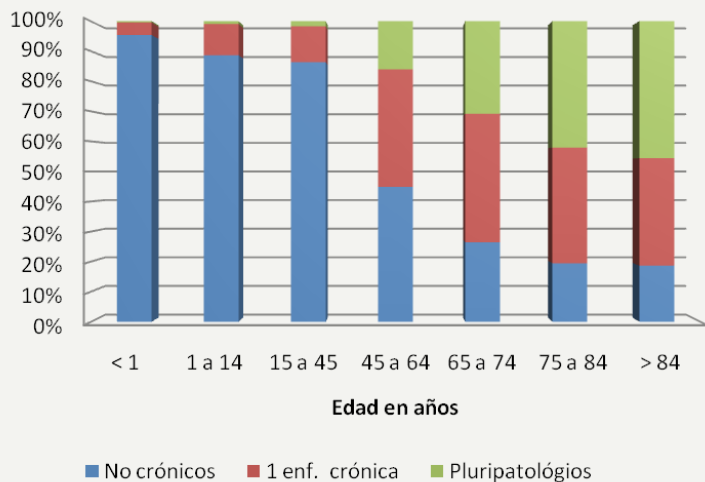
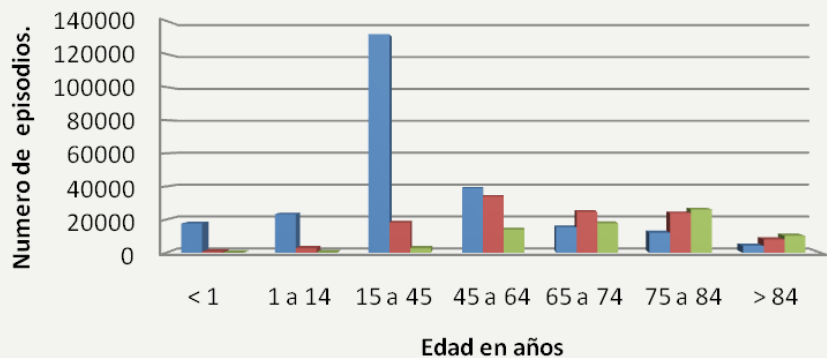
■ **Figura 10. Evolución del número de altas hospitalarias del CMBD del SSPA en el periodo 2000-2010. Pacientes con GRD médicos. Distribución según la presencia de una o más categorías clínicas de la definición de pacientes pluripatológicos. Se considera pluripatología la presencia de dos o más procesos crónicos.**



	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)

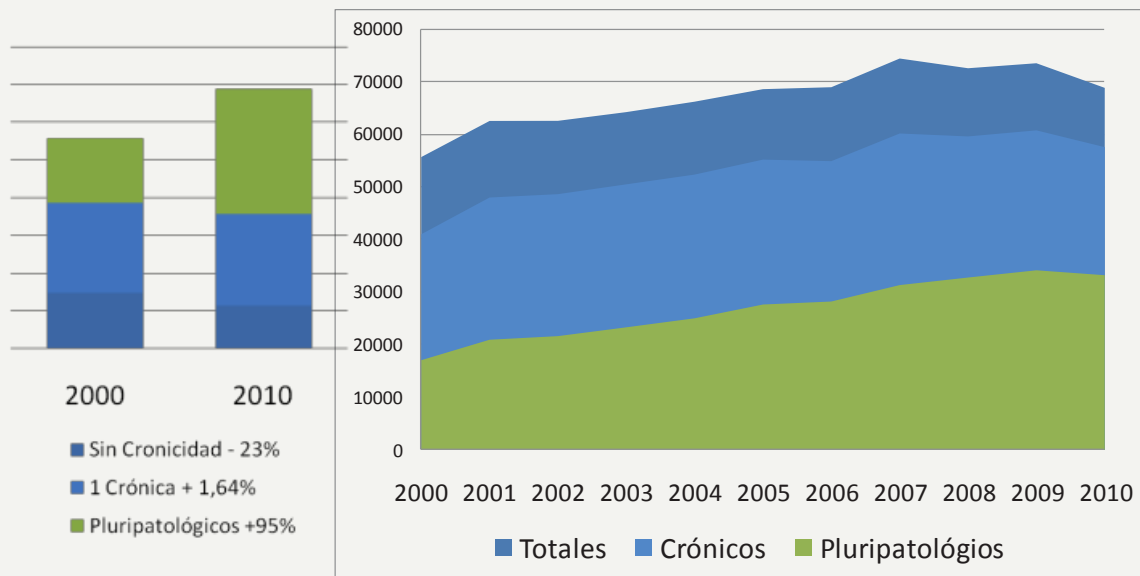
Figura 11. Evolución del número de altas hospitalarias del CMBD del SSPA en el periodo 2000-2010. Pacientes con GRD quirúrgicos. Distribución según la presencia de una o más categorías clínicas de la definición de pacientes pluripatológicos. Se considera pluripatología la presencia de dos o más procesos crónicos.



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 12. 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 pluri-patología la presencia de dos o más procesos crónicos. Figura 1ª valores absolutos; figura 2ª en %.**



	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)

Figura 13. 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.

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.

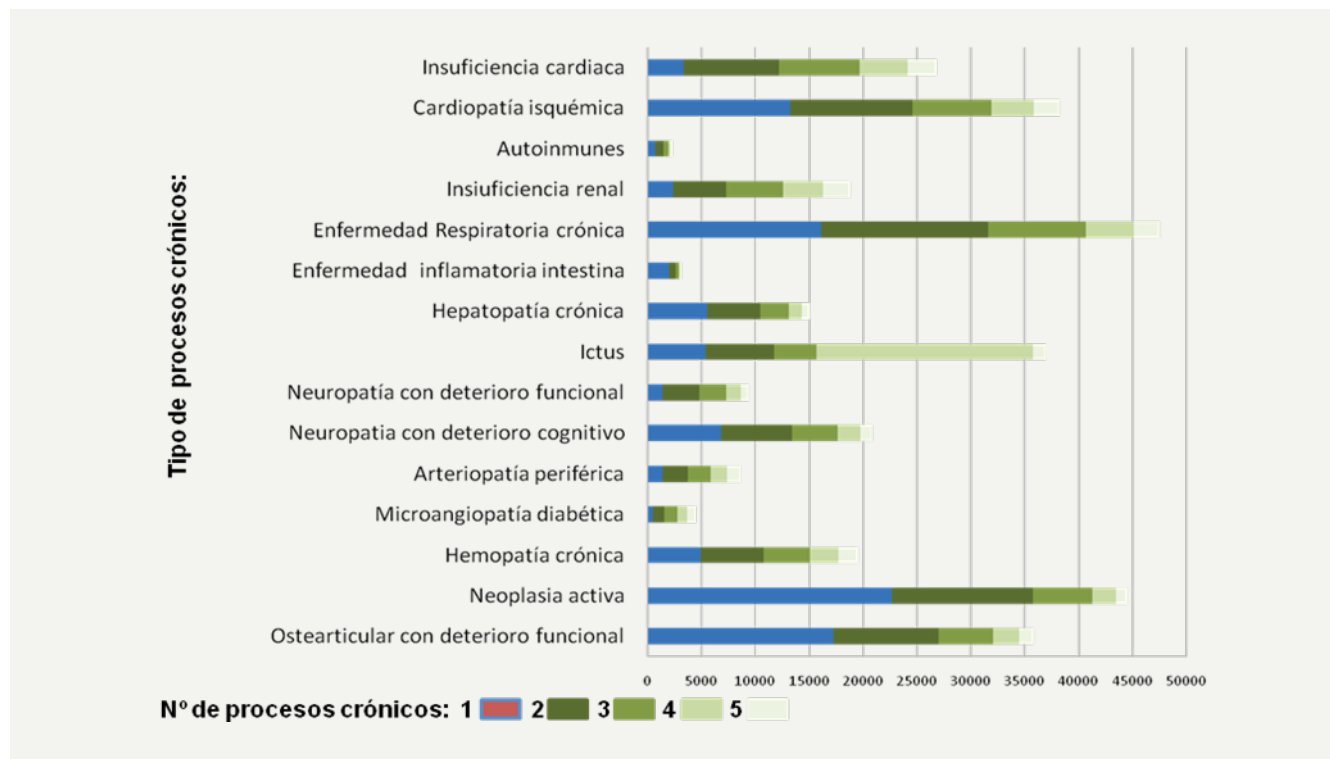
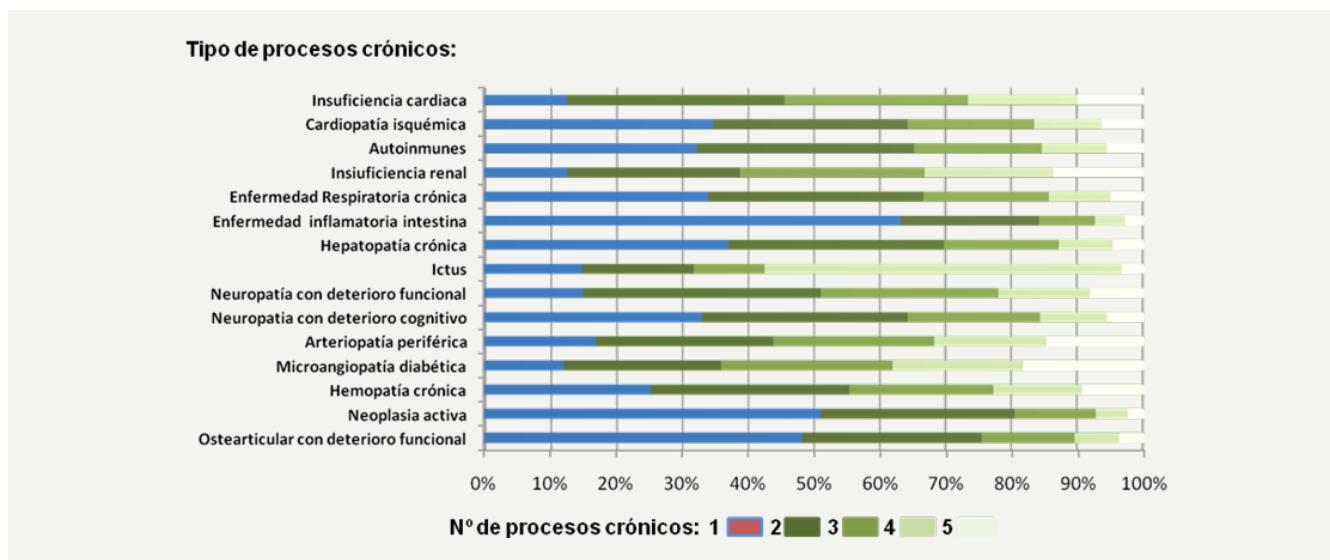


Figura 14

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. Figura 1ª valores absolutos; figura 2ª en %.



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, 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 TISs), definida para cada tipo de profesional (medicina de familia y enfermería) y por el lugar de la asistencia (centro o domicilio).

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

MEDICINA DE FAMILIA

	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
	FREC centro x 1000 TIS	FREC centro x 1000 TIS	FREC centro x 1000 TIS	FREC centro x 1000 TIS	FREC domicilio x 1000 TIS	FREC domicilio x 1000 TIS	FREC domicilio x 1000 TIS	FREC domicilio x 1000 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 X1000 TIS centro	FREC X1000 TIS centro	FREC X1000 TIS centro	FREC X1000 TIS centro	FREC X1000 TIS domicilio	FREC X1000 TIS domicilio	FREC X1000 TIS domicilio	FREC X1000 TIS domicilio
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

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

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 aumento de las patologías crónicas y de pacientes pluripatológicos.

Entre los factores determinantes que justifican estas variaciones está la implantación de la receta electrónica, las consultas en acto único y la gestión comparti-

da 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 Centro de salud	Actividad por profesional y día en el Centro de salud	Actividad por profesional y día en el Centro de salud	Actividad por profesional y día en el domicilio	Actividad por profesional y día en el domicilio	Actividad por profesional y día en el domicilio	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

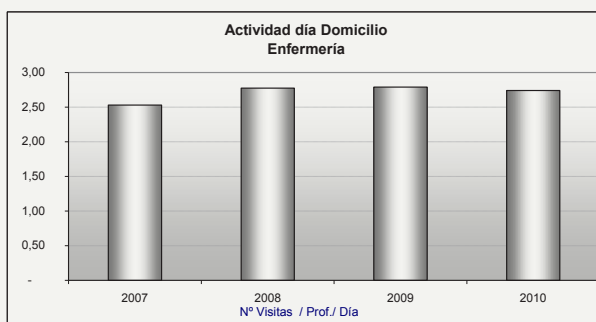
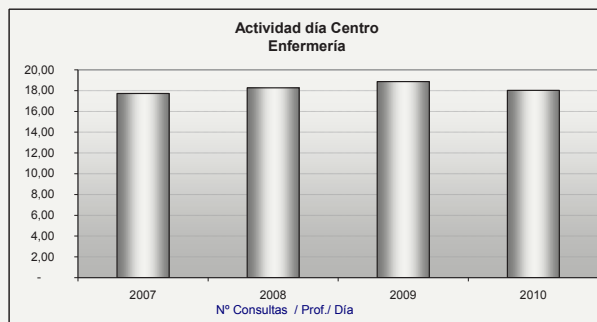
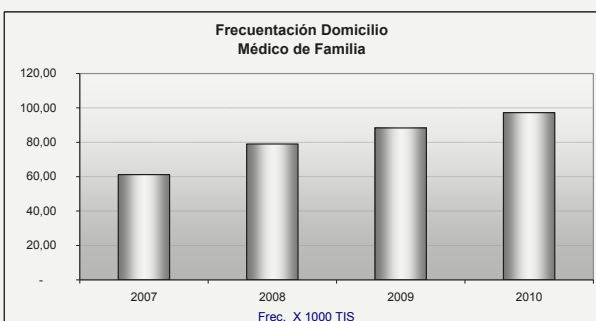
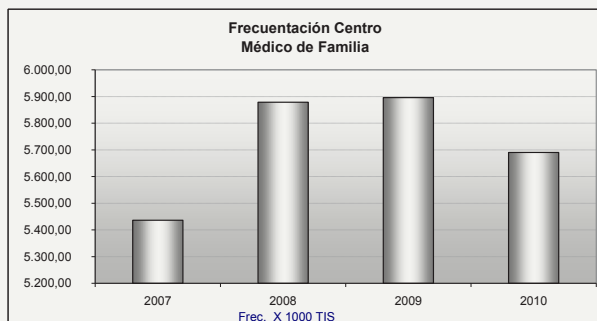
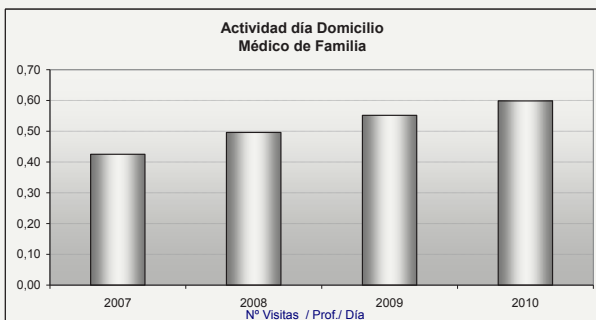
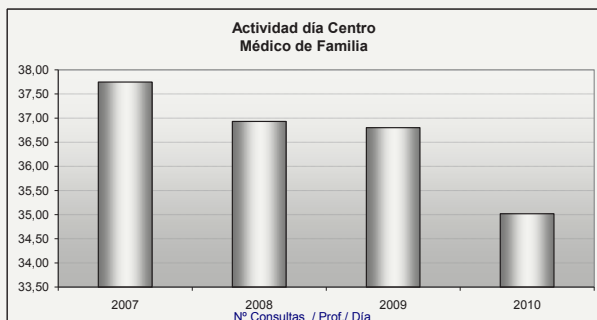
Fuente: MTI citas

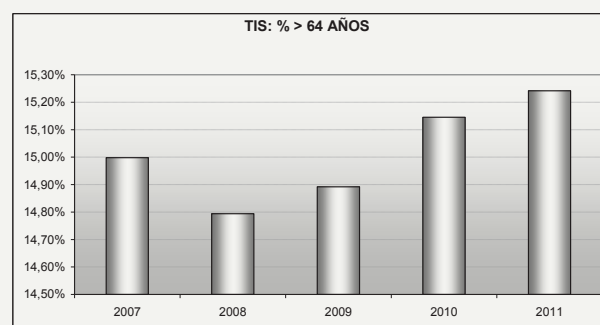
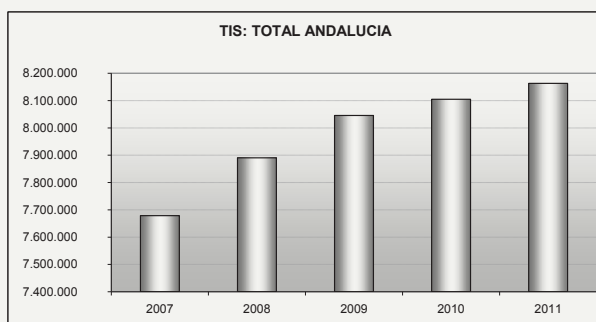
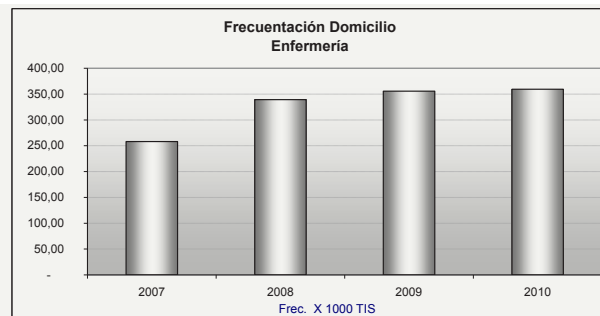
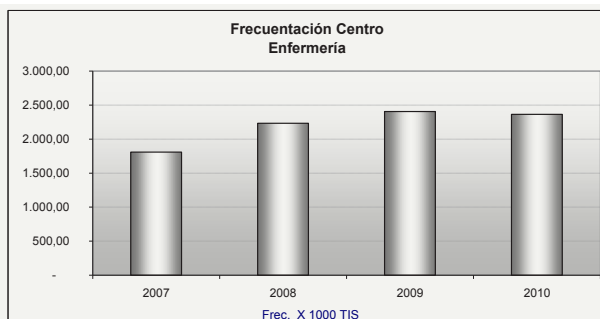
ENFERMERÍA

	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 Centro de salud	Actividad por profesional y día en el Centro de salud	Actividad por profesional y día en el Centro de salud	Actividad por profesional y día en el domicilio	Actividad por profesional y día en el domicilio	Actividad por profesional y día en el domicilio	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

Fuente: MTI BDU





Consumo de Fármacos: Polimedicación

Estamos pendientes de que los Servicios de Apoyo del SAS nos envíen los datos más desagregados. Nos

han facilitado una tabla de datos absolutos de prescripción de medicamentos. En todos los casos se refiere a medicamentos crónicos considerados como prescrito durante al menos 6 meses.

Nº de medicamentos	Personas	Nº de medicamentos	Personas
5 medicamentos	96.484	16 medicamentos	1.075
6 medicamentos	76.103	17 medicamentos	674
7 medicamentos	58.712	18 medicamentos	380
8 medicamentos	43.379	19 medicamentos	208
9 medicamentos	30.730	20 medicamentos	126
10 medicamentos	21.131	21 medicamentos	81
11 medicamentos	14.112	22 medicamentos	32
12 medicamentos	9.161	23 medicamentos	22
13 medicamentos	5.151	24 medicamentos	18
14 medicamentos	3.088	25 medicamentos	9
15 medicamentos	1.830	26 a 28 medicamentos	9

Documento preliminar

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

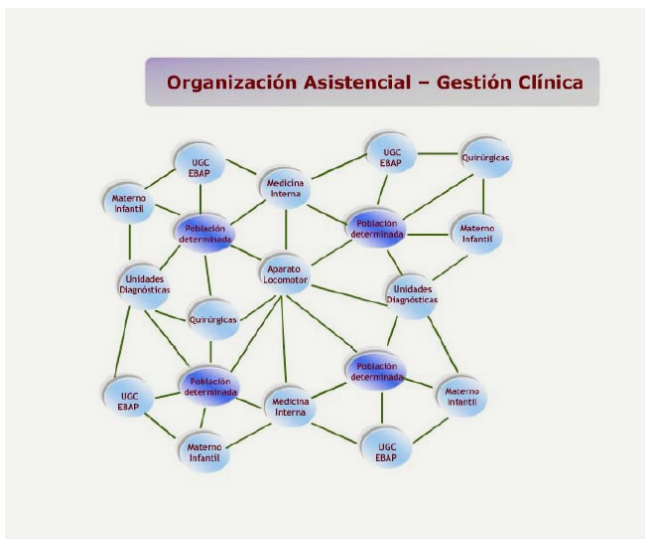
y que en la actualidad, esta red cuenta con 34 centros hospitalarios, 12 centros hospitalarios de alta resolución y 44 centros de especialidades repartidos por todo el territorio andaluz. Con un total de 62.603 profesionales.

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.

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 destacar 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.



Organización Asistencial – Gestión Clínica

Total de profesionales integrados en Unidades de Gestión Clínica. 2009

Atención Primaria **Total Profesionales: 20.565**

Atención Hospitalaria **Total Profesionales: 28.310**

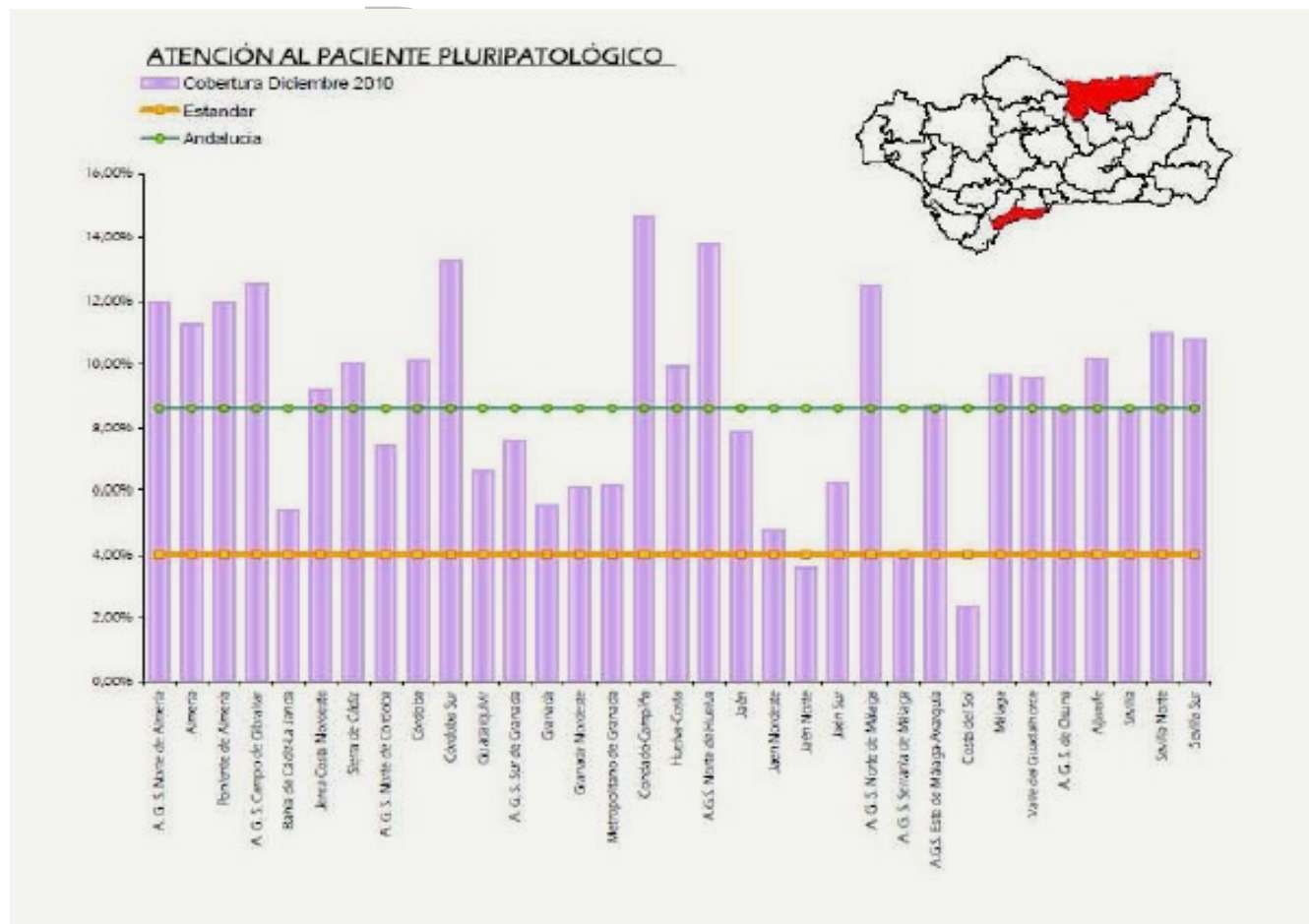
Suponen algo más del 62% de los profesionales del SAS

Datos DGPyDP. Abril 2010



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



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 In-

ternista 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 internista		Ingresos programados 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 2.007, las personas atendidas fueron 159.233, 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 2.007 es del 83,90% de las personas estimadas que se encuentran en esta situación (144.926)

> 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. Muchas 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 2007 se atendieron 241.687.

> **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 2.007, se han valorado 35.259 personas mayores residentes en instituciones.

> **Atención a personas en riesgo social**

Actuaciones específicas dirigidas a personas, que siendo atendidas en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social. Las actuaciones 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.

De las 153.035 personas en riesgo social atendidas en atención primaria, el 68,98% presentaban problemáticas relacionadas con la dependencia y, de éstas, en el 35,16% se asociaban problemas de apoyo social.

De las 57.067 personas atendidas por el colectivo profesional de trabajo social en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía en el año 2007, el 52,18% presentaban criterios de riesgo social.

> **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 2010, las personas atendidas por la EGC, en Andalucía han sido 113.021; 2.800 personas cuidadoras han participado en talleres grupales y 35.483 personas cuidadoras han sido seguidas por la EGC.

■ **Tabla 4.**

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 11,13% del total. Este seguimiento alcanzó a 14.429 personas en 2007.

> **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 17.**

Datos del Plan de mejora de la atención a personas cuidadoras en Andalucía. SAS, 2007

Cuidadoras censadas de personas con gran discapacidad	18.315
Talleres formativos impartidos a cuidadoras	1.653
Cuidadoras asistentes a los distintos talleres	11.813

> **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 ocupacional, 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 2007 (desde el 1 de julio al 30 de septiembre) fueron atendidas 8.314 personas, con una edad media de 82 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 192 salas de fisioterapia, que realizan atención individual, en grupo y domiciliaria. 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, terapias ocupacionales).

Uso de TICS en el SSPA: Profesionales y Ciudadanía

Uso de receta electrónica

Año	Recetas totales	Nº de recetas XXI	Nº total de Recetas convencionales	Recetas convencionales DIN A4	Recetas convencionales manuales	% Recetas XXI s/ total recetas	% Recetas convencionales DIN A4 s/ total recetas	% Recetas electrónicas (convencionales DIN A4+rxxi) s/ total recetas	% Recetas convencionales manuales s/ total recetas
2010	172.980.999	107.018.207	65.962.792	57.502.233	8.460.559	61,87%	33,24%	95,11%	4,89%
2009	170.408.930	90.781.046	79.627.884	68.377.419	11.250.465	53,27%	40,13%	93,40%	6,60%
2008	160.201.103	67.758.754	92.442.349	79.322.985	13.119.364	42,30%	49,51%	91,81%	8,19%

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.

La medicación (posología, efectos adversos, interacciones,...) es el principal motivo de consulta de los ciudadanos andaluces (48%),

> 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 datos 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

Documento preliminar

Análisis epidemiológico

Encuesta de salud de Andalucía 2007

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.

- 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 TICs por parte de la ciudadanía.

Docum
preli



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

Documento

■ 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

preliminar

■ 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

■ Garantizarla 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

4

**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 atajando los factores de riesgo que propician las enfermedades crónicas.**

Documento preliminar

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 atajando 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 interactúa 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 Sanitario 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 pacien-

tes 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 diana 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 co-responsabilidad 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 TICs 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	TICs	Espacio compartido
Prevención y promoción de Salud.					
Autonomía y coresponsabilidad 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) **PROMOCIÓN** del uso adecuado del medicamento.

De entre estos proyectos los tres primeros son los proyectos nucleares para definir los cambios organizativos necesarios para 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.

Documento preliminar

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 (UGCs) 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 TICs 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 clínica 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 UGCs 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 UGCs 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 UGCs.

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 UGCs 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 UGCs.
- 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 TICs 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.

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

PROYECTO PRIORITARIO 7.

PROMOCIÓN DEL 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, relacionadas con la seguridad del paciente, 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 en los PAIs criterios de selección y uso adecuado de medicamentos en 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 uso adecuado del medicamento promocionando la indicación y prescripción enfermera, el seguimiento farmacológico individualizado y la adherencia al tratamiento.
- 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.

Lineas estrategicas y acciones prioritarias según el escenario

Documento preliminar

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

La Comunidad

Impulsar un Plan de comunicación que implique, desde 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.

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 y adaptar recursos y servicios a las necesidades de los grupos de personas con discapacidad, infancia, personas mayores, con trastornos mentales.

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 los 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.

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.

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

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

Garantizar la formación de los profesionales en Estrategias de Promoción de Salud y Prevención y en concreto en aquellas actuaciones diseñadas por los programas o Planes 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
(Tics)**

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, relacionadas con la seguridad del paciente, el proceso de revisión sistemática y periódica de la medicación y los procedimientos normalizados de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.

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

**Espacio
compartido
(la organización
sanitaria).**

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

Incorporar en los PAIs criterios de selección y uso adecuado de medicamentos en 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 UGCs.

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

Línea Estratégica 2: **AUTONOMÍA Y CO-RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.**

La Comunidad	Fomentar la integración de la atención sanitaria y social, desde la planificación institucional al ámbito local, propiciando la colaboración de las UGCs 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.
	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.
	Asumir los objetivos y desarrollar las acciones comunitarias propuestas por el Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía.
	Promover la participación de instituciones públicas y privadas en la extensión de la estrategia de paciente experto a través de la escuela de pacientes.
El Paciente	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.
	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.
	Promover entre los pacientes las actividades de formación en autocuidado, y la participación activa en las escuelas de pacientes, y redes comunitarias.

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 uso adecuado del medicamento promocionando la indicación y prescripción enfermera, el seguimiento farmacológico individualizado y la adherencia al tratamiento.

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 (Tics)

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 telecontinuidad con los profesionales referentes con.

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
(la organización sanitaria).

Impulsar desde las Comisiones de Participación Ciudadana de las UGCs 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 UGCs 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 implique, desde 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.

Fomentar la integración de la atención sanitaria y social, desde la planificación institucional al ámbito local, propiciando la colaboración de las UGCs 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 UGCs 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. 3B

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. 5I

El Paciente

Continuar desarrollando medidas de priorización para personas que cuidan de personas con alta necesidad de cuidados. 3G

Los Profesionales

Profundizar en el modelo de trabajo compartido dentro de las Unidades de Gestión Clínicas (UGCs) 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. 6A

Establecer un sistema de información permanente que monitorice la farmacoterapia de los pacientes crónicos en Andalucía. 7^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. 4A

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. 4B

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. 4D

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
(Tics)**

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 TICs 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 clínica 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 polimedicados o con enfermedades avanzadas.

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 UGCs.

**Espacio
compartido
(la organización
sanitaria).**

Considerar al Equipo de Atención Primaria como la primera referencia y contacto del paciente con enfermedad crónica en el área geográfica de referencia; 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 internistas y enfermeras hospitalarias.

**Espacio
compartido**
(la organización
sanitaria).

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 UGCs.

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. 4C

Impulsar desde las Comisiones de Participación Ciudadana de las UGCs 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. 6D

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 (PAAIAPEC).

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 UGCs 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 UGCs 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 UGCs.</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 (Tics)

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 (la organización sanitaria).

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 UGCs 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	Las UGC DARÁN A CONOCER por diversas vías (Jornadas, Noticias, páginas WEB, etc.) RESULTADOS que se consideren relevantes y de interés para la COMUNIDAD.
Los Profesionales	Disponer de información actualizada a través de la historia digital sobre situación epidemiológica y clínica de los pacientes en situación de cronicidad.
	Incorporar en los CONTRATOS DE GESTIÓN CLÍNICA de las UNIDADES, OBJETIVOS relacionados con la atención integral a pacientes crónicos.
Las Tecnologías de la información y comunicación (Tics)	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.
	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).
Espacio compartido (la organización sanitaria).	Establecer un sistema de información permanente que monitorice la farmacoterapia de los pacientes crónicos en Andalucía.

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. 5I</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. 6F</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. 6</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 Cardiopatías.

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 uso adecuado del medicamento promocionando la indicación y prescripción enfermera, el seguimiento farmacológico individualizado y la adherencia al tratamiento.

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 TICs.

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
(Tics)**

Basar la implantación de los sistemas de telemedicina y otras innovaciones en las TICs en los resultados obtenidos a través de ensayos clínicos y ecológicos. 5E

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
(la organización
sanitaria).**

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. 5A

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 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.