

II PLAN ANDALUZ DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS II



|| PLAN ANDALUZ DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS ||

CONSEJERÍA DE SALUD, 2018

ANDALUCÍA. Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas

Plan andaluz de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas [Recurso electrónico] / [autoría Jose Javier Pérez Venegas...et al.].

-- Sevilla : Consejería de Salud, 2018

Texto electrónico (pdf), 79 p. : gráf, tablas

1. Enfermedades reumáticas 2. Enfermedades musculoesqueléticas 3. Planes y programas de salud 4. Andalucía I. Pérez Venegas, José Javier II. Andalucía. Consejería de Salud

III. Título

WE 140



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

COORDINACIÓN

José Javier Pérez Venegas, Coordinador PAERME. Jefe de Servicio de Reumatología. Hospital de Jerez.
Carmen M^a Lama Herrera. Subdirectora Promoción, participación y planes de Salud. Consejería de Salud.
Reyes Sanz Amores. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Consejería de Salud.
Eugenio Martínez Concepción. Jefe de Servicio de Estrategias y Planes de Salud. Consejería de Salud.

COMITÉ EDITORIAL

José Javier Pérez Venegas, Coordinador PAERME. Jefe de Servicio de Reumatología. Hospital de Jerez.
Carmen M^a Lama Herrera. Subdirectora Promoción, participación y planes de Salud. Consejería de Salud.
Reyes Sanz Amores. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Consejería de Salud.
Eugenio Martínez Concepción. Jefe de Servicio de Estrategias y Planes de Salud. Consejería de Salud.
Mónica Padial Espinosa. Subdirección de Promoción, participación y planes de salud. Consejería de Salud.

Editado: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2018.

Maquetación: Mónica Padial Espinosa. Secretaría General de Salud Pública y Consumo.

Consejería de Salud: www.juntadeandalucia.es/salud

Repositorio Institucional de Salud: www.repositoriosalud.es

AUTORÍA

José Javier Pérez Venegas, Coordinador PAERME. Jefe de Sección de Reumatología. Hospital de Jerez. AGS Norte de Cádiz.

Carmen M^a Lama Herrera. Subdirectora Promoción, participación y planes de Salud. Consejería de Salud.

Reyes Sanz Amores. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Consejería de Salud.

Eugenio Martínez Concepción. Jefe de Servicio de Estrategias y Planes de Salud. Consejería de Salud.

Rocío Abad Ramírez. Fisioterapeuta. Centro de Salud Mairena del Aljarafe. UGC Mairena del Aljarafe. Distrito Sanitario Aljarafe – Sevilla.

Francisco Aguiar García - Médico. FEA. Director UGC de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

Rafael Baena Sáez - Médico de Familia EBAP - Director de UGC de Atención Primaria. UGC La Barca- San José del Valle- AGS Norte de Cádiz.

Encarnación Cuéllar Obispo - FEA – Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Hospital Regional de Málaga.

Alberto Delgado Martínez - FEA – Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Antonio Fernández Nebro - FEA Reumatología Jefe de Servicio – Hospital Regional de Málaga.

Francisco Javier Gallo Vallejo - Médico de Familia - Director de Salud del Distrito Sanitario de Atención Primaria Granada-Metropolitano.

Inmaculada García Montes - Médico - Directora de UGC de Rehabilitación. Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Carlos Moyano González - Enfermero y Dietista Nutricionista – DUE EBAP. Centro de Salud Gines. Distrito Sevilla Norte.

Ignacio Pajares Bernardo de Quirós - Médico de Familia – Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla.

Enrique Raya Álvarez – Jefe de Servicio. Director de UGC de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Encarnación Rodríguez Mendoza – Enfermera Reumatología Hospital de Jerez. AGS Norte de Cádiz.

Nuria Velázquez Carranza - FEA – Médico adjunto de la Unidad de Miembro Superior. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Josefa Aldana Espinal - Jefa de Servicio de Cartera de Servicios. SAS

José Díaz Borrego Horcajo – Subdirector de Gestión Sanitaria SAS

Arantxa Irastorza Aldasoro - Jefa de Servicio de Planes Integrales SAS

Carlos Bruquetas Callejo. Sociólogo. Asesor Técnico. Secretaría General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud

Soledad Márquez Calderón. Médica. Especialista en medicina Preventiva y Salud Pública. Asesora Técnica. Servicio de Información y Evaluación. Viceconsejería de Salud.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

M^a José Molina Gil – Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. ASANEC.

Manuel Trujillo Parra – Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria- Andalucía. SEMERGEN-Andalucía.

Francisco Luna Cabrera – Sociedad Andaluza de Medicina Física y Rehabilitación. SAMFYRE.

Pedro Carpintero Benítez – Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia. SATO.

Francisco Javier Gallo Vallejo – Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. SAMFYC.

Eduardo Collantes Estévez – Sociedad Andaluza de Reumatología. SAR.

Esperanza Pérez García - Colegio Oficial de Fisioterapeutas.

AGRADECIMIENTOS

A Josefa Ruíz Fernández, secretaria general de Salud Pública y Consumo, por facilitar y dar el impulso necesario a la realización del Plan.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| PRESENTACIÓN | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN ANDALUCÍA | 10 |
| 2.1 ANÁLISIS DEMOGRÁFICO | 10 |
| 2.2 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y DE USO DE SERVICIOS..... | 11 |
| ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD EN RELACIÓN A LAS ERyME: PREVALENCIA, IMPACTO Y ESTILOS DE VIDA..... | 11 |
| HOSPITALIZACIONES POR ERyME..... | 22 |
| 2.3 RECURSOS DEL SSPA..... | 46 |
| 2.4 INCAPACIDAD TEMPORAL POR ERyME | 50 |
| 2.5. VALORACIONES DE PACIENTES Y PROFESIONALES..... | 53 |
| ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS (ERyME): RETOS QUE SE PLANTEAN | 56 |
| OBJETIVOS GENERALES | 57 |
| LINEAS ESTRATÉGICAS | 58 |
| 5.1. LÍNEA ESTRATÉGICA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS | 58 |
| 5.2. LINEA ESTRATÉGICA ATENCIÓN SANITARIA..... | 60 |
| 5.3. LÍNEA ESTRATÉGICA FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL..... | 63 |
| 5.4. LÍNEA ESTRATÉGICA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN | 65 |
| 5.5. LÍNEA ESTRATÉGICA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN | 67 |
| 5.6. LÍNEA ESTRATÉGICA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN..... | 69 |
| 5.7. LÍNEA ESTRATÉGICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CORRESPONSABILIDAD | 70 |
| SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN | 71 |
| INDICADORES | 72 |
| ABREVIATURAS | 76 |
| ANEXO | 77 |
| PLANES, ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS RELACIONADOS CON EL PAERME..... | 77 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 78 |

PRESENTACIÓN

Las Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (ERyME), representan un problema de salud de gran impacto sanitario y social, tanto por su alta prevalencia en la población general, su tendencia frecuente a la cronicidad, como también por su potencial para ocasionar discapacidad.

En Andalucía, las ERyME causan la mayor carga de enfermedad, teniendo un gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que las padecen, siendo una importante causa de consumo de recursos sanitarios y pérdida de productividad laboral. Por estos motivos, desde la Consejería de Salud se consideró la necesidad de elaborar un Plan Integral que diseñe estrategias con las que abordar las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, en línea con la Estrategia Nacional.

El envejecimiento de la población, los estilos de vida, los determinantes sociales y de género, su impacto sobre la discapacidad y la dependencia, la prevalencia del dolor, etc. son algunos de los **retos** que plantean las ERyME, y para las que el Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (PAERME) se plantea como principales **objetivos** reducir la incidencia y el impacto de las ERyME en Andalucía, mejorar la atención sanitaria, adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población, aumentar el grado de conocimiento e información sobre estas enfermedades y fomentar la formación de profesionales y la investigación. Para lograrlo, en el marco del PAERME se desarrollan **líneas estratégicas de actuación** que pasan por la promoción de la salud y la prevención, la detección precoz, la organización de la práctica clínica, coordinación y continuidad asistencial, así como líneas de formación, desarrollo, investigación, innovación o participación ciudadana.

Las actuaciones propuestas en el PAERME se formulan en base a la información obtenida tras un riguroso **análisis de situación**. En la elaboración del Plan ha participado un gran número de profesionales, tanto del ámbito sanitario como no sanitario, relacionados con las enfermedades reumáticas y músculo esqueléticas.

El Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas no sólo propone estrategias y objetivos concretos para la prevención y atención sanitaria de las ERyMEs, sino que, además, tratará de integrar e impulsar actividades saludables para la población general colaborando, así, en la reducción de la morbilidad y en la mejora sustancial de la calidad de vida de la población andaluza, en línea con los objetivos establecidos por el IV Plan Andaluz de Salud.

Finalmente, manifestar mi agradecimiento a la totalidad de integrantes de los numerosos grupos de trabajo que han participado, cuya labor y esfuerzo ha hecho posible llevar a cabo este ambicioso proyecto.

Marina Álvarez Benito

Consejera de Salud

1 INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyME) incluyen un espectro amplio de condiciones que van desde enfermedades de inicio y curso agudo o subagudo hasta otras de larga evolución.

El término enfermedades reumáticas (ER) engloba a más de 200 entidades muy diversas y complejas, con mecanismos etiopatogénicos de base predominantemente inmunogenético e inflamatorio y que se manifiestan a nivel clínico a nivel articular y en otros órganos, además de las enfermedades sistémicas del tejido conectivo.

Cuando hablamos de enfermedades musculoesqueléticas (EM), se describen aquellos procesos que afectan a estructuras anatómicas bien definidas (huesos, músculos, articulaciones y estructuras periarticulares) y que igualmente incluyen los procesos inflamatorios articulares, dolor axial, dolor local o regional, enfermedades óseas y reumatismo de partes blandas.

Para facilitar el conocimiento y estimar la dimensión de estas enfermedades, la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas recoge ambas definiciones bajo el término Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (ERyME), que englobarían entre otras, a todas las enfermedades articulares, las del tejido conectivo, los procesos que afectan a la columna vertebral, los reumatismos de partes blandas, la artrosis y la osteoporosis.

Los rasgos más destacables de las ERyME son su alta prevalencia en la población general, su tendencia frecuente a la cronicidad y su potencial para ocasionar discapacidad. Por lo general, se asocian con dolor y limitación de la movilidad con particularidades en sus manifestaciones clínicas, morbilidad y mortalidad. Tienen un gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que las padecen y son una importante causa de consumo de recursos sanitarios y pérdida de productividad laboral. En Andalucía, causan la mayor carga de enfermedad (27%)¹, seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio y el cáncer.

La frecuencia de estas enfermedades varía según el sexo y por grupos de edad, dependiendo de la patología. En el Informe Mujer y Salud 2008-2009 en España, se señala que es 1,8 veces más probable que las mujeres presenten algún problema crónico y 1,5 veces más probable que vean limitada su actividad a causa de ese problema, en comparación a los hombres, independientemente de su edad, la clase social, el nivel cultural o la situación laboral.

La prevención de algunos grupos de ERyME está muy asociada con la identificación, prevención, eliminación y control de los riesgos laborales, y con la promoción de estilos de vida saludables, como el mantenimiento de una dieta adecuada y la realización de actividad física.

¹ Según datos del IV Plan Andaluz de Salud, los tres problemas de salud con más peso en la carga de enfermedad en Andalucía en 2007 fueron las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio y los tumores, representando el 27%, 22% y 17% respectivamente.

Según el Eurobarómetro de 2007 (1), el 22% de la población europea sufre o ha sufrido alguna enfermedad crónica musculoesquelética. De la población europea que recibe algún tratamiento crónico, el 32% de los casos es debido a estas enfermedades, un tercio de las personas encuestadas (32%) refería dolor en músculos, articulaciones, cuello o espalda hasta el punto de afectar a sus actividades de la vida diaria en la semana previa a la encuesta y un 25% habían experimentado dolor crónico musculoesquelético limitante.

La Encuesta Europea de Población Activa del año 2010 mostró que cerca del 60% de la población trabajadora, manifestaba haber padecido trastornos musculoesqueléticos originados por el trabajo en los últimos doce meses, y el informe *Fit for work in Europe* (2) del año 2009 concluía que uno de cada seis trabajadores europeos (44 millones en total) padecía un problema crónico de carácter musculoesquelético que afectaba a su capacidad para trabajar. En total, más de 100 millones de ciudadanas y ciudadanos europeos padece dolor crónico de origen musculoesquelético, y este tipo de trastornos da lugar a la proporción registrada más alta de incapacidad temporal (IT) sobre cualquier otro tipo de dolencia.

Las ERYME son la segunda causa más frecuente de consulta médica en la Unión Europea (UE), donde 1 de cada 5 personas recibe tratamiento crónico por una enfermedad reumática (3), y en la mayoría de los países constituye entre el 10 y el 20% de las consultas en Atención Primaria (AP) (4). Aproximadamente un 23% de la población española mayor de 20 años refiere estar diagnosticada de alguna ERYME.

En 2009 se estableció un Grupo de Interés en el Parlamento Europeo sobre las enfermedades reumáticas, que ha realizado la supervisión para que estas enfermedades estuvieran representadas en materia de investigación principalmente, pero también en los tratamientos, en el acceso a cuidados y en la cobertura laboral de la incapacidad. Se han creado proyectos como el EUMUSC.NET (<http://www.eumusc.net>) iniciado en 2010 y auspiciado por la Comisión Europea, EULAR (*European League Against Rheumatism*) y distintas organizaciones científicas y asociaciones de pacientes que tiene como fin armonizar los estándares de cuidados y desarrollar la vigilancia epidemiológica en ERYEM en la UE. En dicho proyecto participan 22 organizaciones en 17 países, incluida España.

En octubre de 2010 se realizó una Conferencia de la Presidencia de la Unión Europea sobre ERYME, que culminó con una llamada a una Estrategia de EM en la UE urgiendo a planes nacionales de acción en cada Estado miembro. España es uno de los países que primero ha adoptado decisiones en este sentido (incluso anteponiéndose a la Conferencia Europea) liderando el diseño de una Estrategia Nacional integral, publicada en 2013 (5) que establece un conjunto de objetivos y recomendaciones orientadas a la promoción y prevención de estas enfermedades, al fomento de una atención integrada e interdisciplinar y a la mejora de la calidad de vida de las personas que las padecen.

En nuestra Comunidad Autónoma, en los últimos años se han puesto en marcha diferentes estrategias en torno a las ERYME. Así, el desarrollo de la gestión por procesos, a partir del I Plan de Calidad de la Consejería de Salud (CS), en el año 2001, priorizó la descripción e implantación de diferentes

Procesos Asistenciales Integrados (PAI) relacionados con las ERYME, como PAI Fibromialgia, PAI Artrosis de rodilla y cadera, PAI Dolor crónico no oncológico.

En el marco del II Plan de Calidad, así como en el III Plan Andaluz de Salud (PAS) se persigue, como objetivo preferente, abordar los problemas más prevalentes y sus determinantes, entre los que se priorizan los problemas osteoarticulares y otros relacionados con la discapacidad, el dolor y la calidad de vida. Se plantea desarrollar Planes Integrales que definan y ordenen las estrategias y acciones más adecuadas y se da prioridad al Plan andaluz de atención a las personas con dolor 2010-2013.

A partir del IV PAS, en el que se pone de manifiesto la carga de enfermedad que suponen las ERYME, se establece la elaboración de un Plan de Enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas para Andalucía.

Este Plan propone el desarrollo de nuevos mecanismos que aumenten la calidad, efectividad y seguridad de la atención sanitaria, con la participación y capacidad de decisión del ciudadano, así como el impulso de proyectos que faciliten su interacción con un sistema más personalizado, transparente e interactivo, incorporando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Con todo lo anterior, el Plan propone gestionar el conocimiento a través de la formación, la acreditación y la investigación en este problema de salud.

Para su elaboración se ha partido del análisis de situación en Andalucía y de las expectativas de las personas afectadas y de los grupos profesionales que juegan un papel en la atención a estas enfermedades, se han detectado una serie de oportunidades de mejora y se han planteado las estrategias generales que se consideran las líneas de acción clave para el desarrollo e implantación del plan.

2

ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN ANDALUCÍA

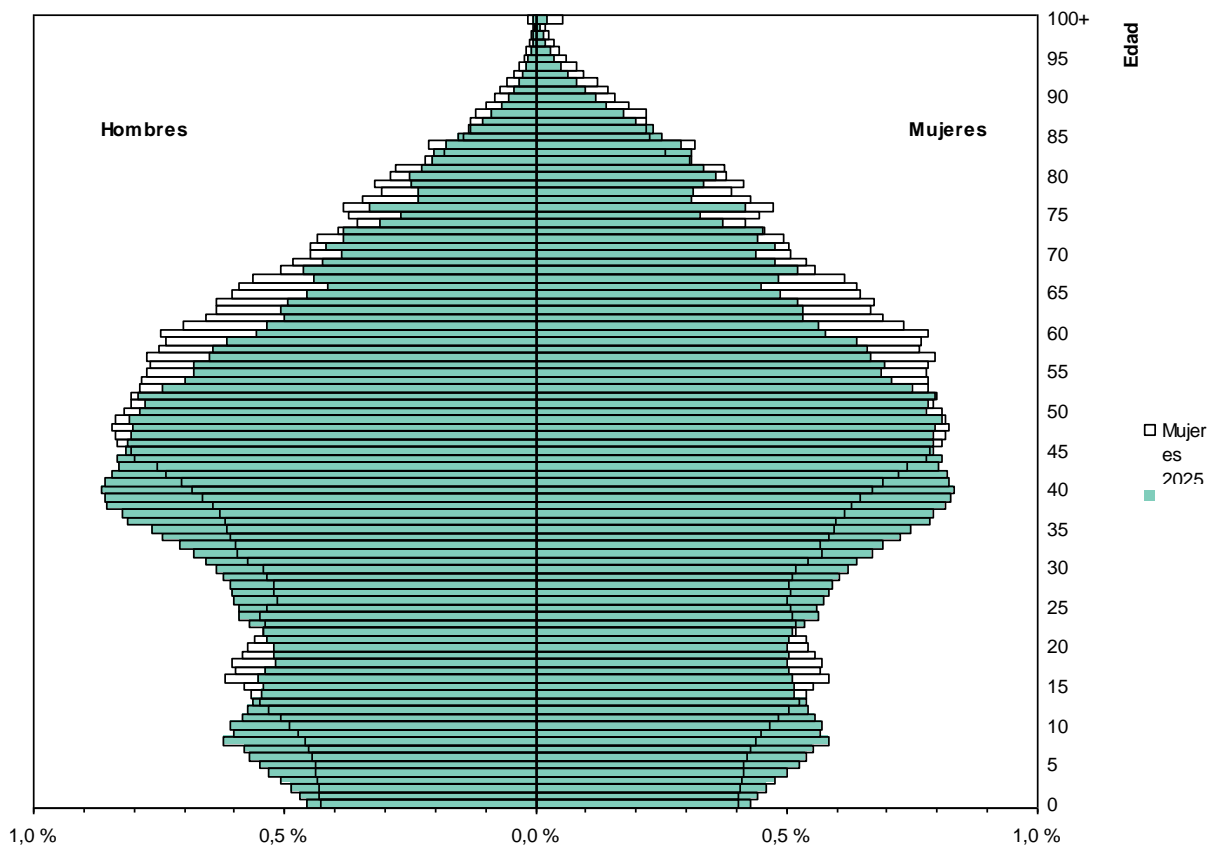
2.1 ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

La prevalencia de las ERyME aumenta con la edad, por lo que los aspectos demográficos tienen especial relevancia a la hora de predecir la tendencia en los próximos años.

En 2016, la población andaluza era de 8.388.107 habitantes, con un 16,3% de personas mayores de 65 años y un 4,7% con más de 80 años. La tendencia en los últimos años ha sido hacia un claro envejecimiento de la población, aumentando progresivamente el porcentaje de población mayor de 65 años, y más aún la mayor de 80 años. En estos grupos de edad, el porcentaje de mujeres es superior al de hombres, con un 56,8% de mujeres en el grupo 65 años y más, y un 63,4% en el grupo de más de 80 años.

Las proyecciones para el futuro más cercano (próxima década) predicen la continuidad de esta tendencia al envejecimiento de la población andaluza (gráfico 1), por lo que cabe esperar un incremento de las EM de tipo degenerativo y de la dependencia.

Gráfico 1. Pirámide de población de Andalucía: años 2015 y 2025



Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

2.2 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y DE USO DE SERVICIOS

Para el análisis epidemiológico y de uso de servicios sobre las ERyME en Andalucía se han explotado las siguientes fuentes de datos:

- Encuesta Andaluza de Salud (EAS) de 2015. Cuando se ha considerado de interés se ha explorado la tendencia, tomando datos adicionales de las EAS de 2007, 2003 y 2011-2012.
- Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Andalucía de hospitalización, años 2013 y 2015. (No se actualiza a 2016 por el cambio de codificación de CIE-9 a CIE-10, para mantener la comparabilidad).
- CMBD de Andalucía de Urgencias hospitalarias, años 2013 y 2015.
- Informes del Servicio Andaluz de Salud (SAS) sobre cirugía en hospital de día quirúrgico y Urgencias.
- Atlas de Variaciones de la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Incapacidad temporal (datos facilitados por la Inspección Médica)
- Datos de consumo de fármacos antiinflamatorios, opiáceos y biológicos: datos del SAS.
- Otras fuentes complementarias: Encuesta Nacional de Salud (ENS), Encuesta de Discapacidad, Autonomía y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008. Instituto Nacional de Estadística.

ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD EN RELACIÓN A LAS ERyME: PREVALENCIA, IMPACTO Y ESTILOS DE VIDA

La EAS permite conocer la prevalencia de una serie de problemas de salud crónicos, entre los que se encuentran algunos relacionados con las ERyME, así como otros aspectos relacionados con el impacto de estos problemas en términos de limitaciones funcionales, y de los estilos de vida y condiciones de trabajo que pueden influir en ellos. Más interesante aún es la posibilidad de conocer la distribución por edad y sexo y la relación de los problemas de salud estudiados en la EAS con algunos de los principales determinantes sociales de la salud, como el nivel de ingresos económicos familiares, la formación o la clase social. Asimismo, la homogeneidad de las preguntas en las diversas ediciones de la EAS permite en algunos casos describir tendencias en el tiempo.

2.2.1. CARGA DE ENFERMEDAD Y DIFERENCIAS SEGÚN EDAD, SEXO Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

A. PREVALENCIA DE ERyME Y TENDENCIA TEMPORAL

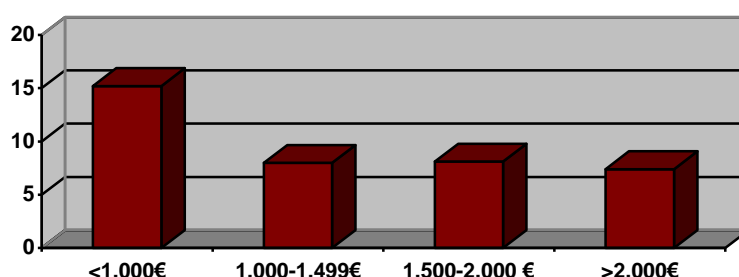
La EAS a población adulta (mayores de 16 años) incluye una pregunta sobre la presencia de una serie de problemas de salud crónicos, entre los que se incluyen cuatro condiciones relacionadas con las ERyME: dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar), fibromialgia, artritis o reumatismo y osteoporosis.

Prevalencia de dolor de espalda:

Según la EAS 2015, un 10,7% de la población mayor de 16 años declaró tener dolor de espalda, cuello, hombro o cintura; con casi el doble de frecuencia en mujeres (13,3%) que en hombres (8,1%). La prevalencia fue aumentando con la edad, desde un 1,6% en el grupo de 16-24 años, hasta un 17,7% en las personas de 65-74 años y un 24,9% en mayores de 75 años.

Hubo un claro gradiente social, tanto en base a los ingresos económicos de la familia (gráfico 2) como en relación al nivel de estudios, con un 24,1% de personas con dolor de espalda entre las de menor nivel educativo (entre personas sin estudios) y un 6,4% en las de nivel superior (universitarios).

Gráfico 2. Prevalencia de dolor de espalda por nivel de ingresos (por 100 personas mayores de 16 años)

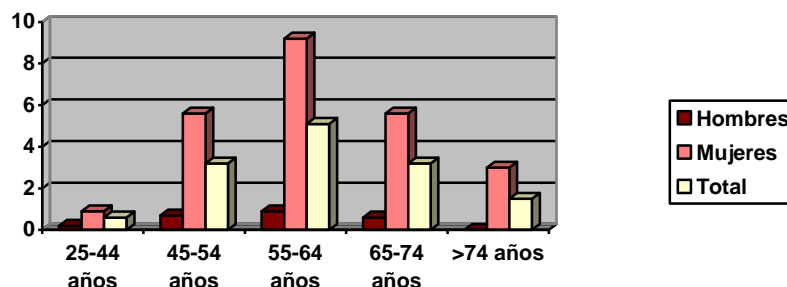


Un 71,8% de las personas que sufrían dolor de espalda declaraban que les producía limitación para alguna de sus actividades y un 76,3% que recibían medicación o alguna otra terapia para este problema de salud.

Prevalencia de fibromialgia:

La prevalencia de fibromialgia fue del 1,9%, pero es un problema que afectaba sobre todo a las mujeres (un 3,4% de ellas). En cuanto a la edad, cabe destacar que las mujeres más afectadas fueron las de 55-64 años (9,2%) (gráfico 3).

Gráfico 3. Prevalencia de fibromialgia por edad y sexo (por 100 personas mayores de 16 años)



Se observó un gradiente por nivel de estudios (mayor prevalencia en personas con menor nivel) y por ingresos económicos (casi el triple de prevalencia en las personas de ingresos por debajo de 1.000 euros).

El 84,3% de las mujeres con fibromialgia refirieron que les producía limitación para alguna de sus actividades y el 82% de ellas que recibían algún tipo de medicación o terapia.

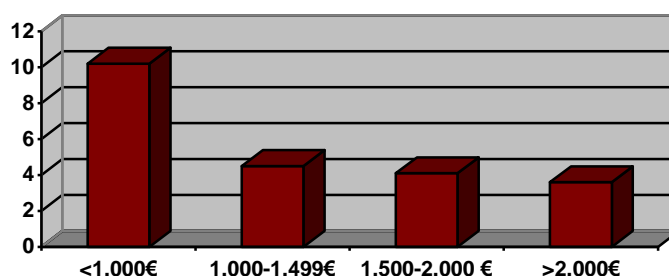
Prevalencia de artritis o reumatismo:

La artritis o reumatismo afectó al 6,2% de la población adulta. Su prevalencia aumentó con la edad (desde el 0,8% en personas menores de 45 años hasta el 20,7% en mayores de 74 años) y fue más del doble en las mujeres que en los hombres (8,7% y 3,7% respectivamente).

La prevalencia de artritis y reumatismo se presenta con un claro gradiente social, tanto si se utiliza el nivel de estudios como los ingresos económicos. Así, fue de un 10,2% en las personas con menores ingresos y del 3,6% en las de ingresos más altos (gráfico 4). En el mismo sentido, fue del 21,2% en las personas con nivel de estudios menor (sin estudios), frente a un 2,1% entre quienes cuentan con estudios secundarios o universitarios.

El 77,6% de las personas que padecían artritis o reumatismo declaraba que les producía alguna limitación para sus actividades y el 80,5% que recibían medicación u otras terapias para ello.

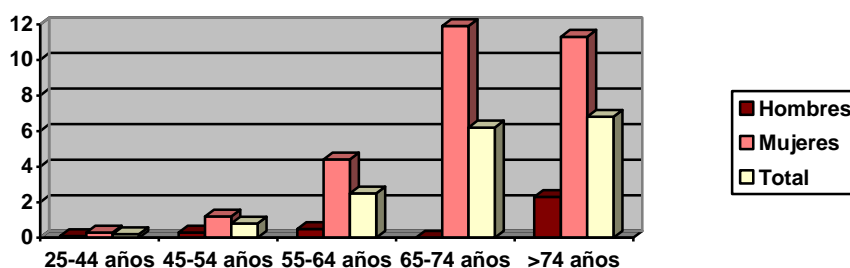
Gráfico 4. Prevalencia de artritis o reumatismo por nivel de ingresos (por 100 personas mayores de 16 años)



Prevalencia de osteoporosis:

La prevalencia de osteoporosis en la población adulta fue del 1,8%, pero la mayoría de las personas que declararon tener este problema de salud fueron mujeres mayores de 54 años. Sólo hubo 12 hombres con osteoporosis (prevalencia de 0,4%). La prevalencia en las mujeres fue del 3,2%, siendo el grupo más afectado el de mayores de 64 años (prevalencia de 11,9%) (gráfico 5).

Gráfico 5. Prevalencia de osteoporosis por edad y sexo (por 100 personas mayores de 16 años)



También la prevalencia de osteoporosis se relacionó con el nivel de estudios (5,6% en las personas con menor nivel educativo frente a 1,1% en las de estudios universitarios) y con los ingresos económicos (gradiente desde el 2,4% en las personas con ingresos mensuales inferiores a 1.000 euros hasta el 1,4% en las de ingresos mayores o iguales a 2.000 euros).

El 66,1% de las personas con osteoporosis se sentían limitadas para alguna de sus actividades por este problema de salud y el 82,2% de ellas recibía medicación o algún otro tipo de tratamiento.

Una circunstancia común detectada en la EAS es que tanto la prevalencia de dolor axial, de artritis y reumatismo, como también de fibromialgia o de osteoporosis, se asocian con un claro gradiente social, tanto en lo que se refiere a nivel de estudios como a nivel de ingresos, siendo esta prevalencia mayor en la población con menores ingresos y con un menor nivel de estudios.

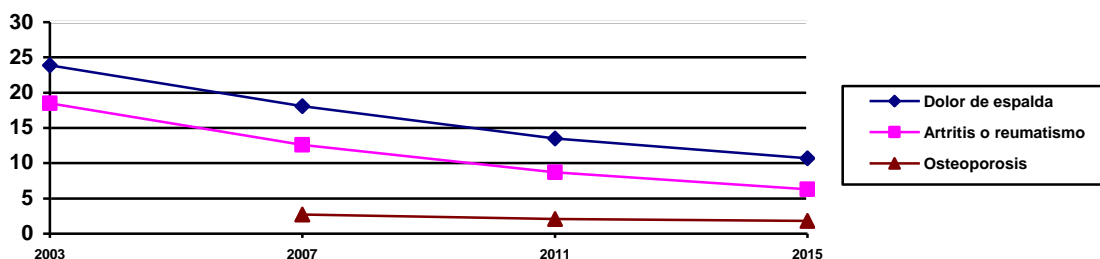
Tendencia temporal de los problemas musculoesqueléticos:

Al comparar las cuatro últimas EAS (2003, 2007, 2011 y 2015), llama la atención un descenso importante del porcentaje de personas que declararon padecer dolor de espalda (de 23,9% a 10,7%) y artritis o reumatismo (de 18,5% a 6,2%) (gráfico 6). De la osteoporosis sólo hay datos en las tres últimas encuestas, con una pequeña variación, y la pregunta sobre fibromialgia se incluyó por primera vez en la EAS de 2011.

Se compararon las estructuras de edad de las muestras analizadas en las cuatro EAS, con objeto de analizar si esto podía explicar el descenso de la prevalencia de dolor de espalda y de artritis o reumatismo. Sin embargo, las estructuras de edad fueron similares los cuatro años, y en cualquier caso, algo más envejecida en 2015, por lo que la disminución de prevalencia no puede atribuirse a esto (gráfico 6).

Aunque las preguntas de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) no son idénticas a las de la EAS, se han analizado los datos de cuestiones similares en las ENS de 2006 y 2011 para la parte de las muestras correspondientes a Andalucía. Si bien se produjo un descenso en la prevalencia de “artrosis, artritis o reumatismo diagnosticados por un médico” entre 2006 y 2011, la diferencia fue solo de dos puntos porcentuales. Lo mismo pasó con el dolor lumbar crónico (descenso del 1%). Sin embargo, la caída en la prevalencia de dolor cervical crónico según la ENS sí tiene un correlato con lo que pone de manifiesto la EAS con el dolor de espalda: según los datos para Andalucía de la ENS, entre 2006 y 2011 se produjo una disminución del 5%.

Gráfico 6. Tendencia temporal de los problemas musculoesqueléticos analizados en la encuesta de salud (por 100 personas mayores de 16 años)



B. IMPACTO DE LAS ERyME

Dolor con limitación de la actividad habitual:

En 2015, según la EAS, un 6,3% de las personas adultas en Andalucía declaró haber tenido algún tipo de dolor que le dificultaba el desarrollo normal de las actividades cotidianas², con una importante diferencia entre hombres (4,2%) y mujeres (8,4%). Esta prevalencia creció de manera progresiva con la edad, pasando de un 0,6% en las personas entre 16 y 24 años a un 21,6% en las de 75 años y más.

Asimismo, la EAS pone de manifiesto un gradiente social en la prevalencia de dolor que limita la actividad habitual, observándose frecuencias más altas, tanto en las personas con ingresos mensuales inferiores (sobre todo en el grupo con menos de 1.000 euros al mes), como en las de nivel de estudios más básico o en las pertenecientes a clases sociales más desfavorecidas.

Limitaciones físicas en la población adulta:

Según la EAS, las limitaciones de tipo físico (1,6% de la población adulta), están muy por encima de las limitaciones sensoriales o psíquicas (0,3% y 0,1%, respectivamente)³.

Las limitaciones físicas tuvieron la misma frecuencia en hombres y mujeres, si bien hubo un aumento progresivo de su frecuencia con la edad. Como en otras condiciones, se puso de manifiesto un gradiente social, con mayor prevalencia de limitaciones físicas en las personas sin estudios y con menor nivel de ingresos económicos.

Limitaciones en la autonomía para realizar actividades instrumentales y básicas en la población mayor de 65 años:

La EAS estudia la autonomía para realizar actividades cotidianas instrumentales y básicas en el subgrupo de personas de 65 y más años. Aunque las causas de pérdida de autonomía en este grupo de edad pueden ser diversas, entre ellas se encuentran las ERyME.

Un 27,1% de la población mayor de 65 años presentaba algún tipo de limitación para realizar las actividades de tipo instrumental (tareas de la casa, hacer las compras, caminar fuera de casa, manejar el dinero, etc.) y un 17,5% para algún tipo de actividad básica (asearse, vestirse, moverse dentro de casa, controlar esfínteres, etc.). En ambos casos la limitación fue más frecuente en las mujeres que en los hombres, y en las personas de edad más avanzada (del 15% en las personas de 65 a 74 años al 40,6% con 75 años o más, en el caso de actividades de tipo instrumental; y del 9,3% al 26,7%, respectivamente, en las de tipo básico).

² La limitación para la realización de las actividades cotidianas se estudió preguntando a las personas encuestadas por la existencia de dolor que les dificultara el trabajo habitual durante las cuatro semanas previas, trabajo habitual que incluía tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas.

³ La presencia de limitaciones se estudió mediante una pregunta sobre si la persona presentaba una serie de condiciones, siendo una de ellas "tener alguna limitación, discapacidad o minusvalía de tipo físico". No se preguntaba por las causas, por lo que las limitaciones físicas no siempre estarán relacionadas con problemas musculoesqueléticos.

A menor nivel de estudios, la limitación fue mayor. Esto ocurrió tanto en las actividades de tipo instrumental (34,8% en personas sin estudios frente a 13,4% para universitarios) como en las de tipo básico (19,9% en el grupo sin estudios y 6% en el de estudios universitarios).

La información derivada de la EAS puede completarse con las de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) de 2008. Para ello, se ha revisado un informe editado por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), que explota los datos de la EDAD para esta comunidad autónoma (6).

Según esta encuesta, un 9,6% de la población andaluza mayor de 6 años presentaba algún tipo de discapacidad⁴, con más frecuencia las mujeres (11,7%) que los hombres (7,4%). De todas las personas con discapacidad (716.136 en 2008 en Andalucía), el 58% eran dependientes, lo que da una prevalencia de dependencia⁵ del 5,6% de la población andaluza. Tanto la discapacidad como la dependencia tuvieron una mayor prevalencia en la población con nivel educativo bajo.

De los 8 grandes grupos de discapacidad que estudia la EDAD (movilidad, vida doméstica, autocuidado, visual, auditiva, de comunicación, de aprendizaje y de relaciones interpersonales), la más frecuente fue la dificultad para la movilidad, que afectaba al 4,6% de la población mayor de 5 años en Andalucía, seguida de las dificultades para la vida doméstica (4,5%) y el autocuidado (4,1%).

En cuanto a las deficiencias que están en el origen de las discapacidades, las más frecuentes (salvo en el grupo de personas de 6-15 años) son las de tipo osteomuscular, presentes en el 41,1% de las personas de 16-64 años con discapacidad y en el 55,4% de las mayores de 64 años. De hecho, 2 de cada 3 personas mayores en situación de dependencia tienen artritis o artrosis.

En cuanto a los cuidados en la dependencia, el perfil de la persona cuidadora principal es una mujer, con media de edad de 53 años, casada, con estudios primarios o inferiores, sobre todo hijas o cónyuges de la persona dependiente. Prestan los cuidados en periodos de larga duración y de una forma intensa: el 63% todos o casi todos los días de la semana, el 40% durante al menos 8 horas diarias, y el 31% lleva prestando cuidados más de 8 años. El impacto del cuidar en la vida de las personas es alto, tanto en la salud (con cansancio, deterioro, sentimientos de depresión, etc.) como en el tiempo disponible para el ocio, e incluso en las trayectorias profesionales y económicas.

2.2.2. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD

Los hábitos y condiciones de vida y trabajo se relacionan con la evolución de las ERyME, y en algunos casos pueden facilitar (o por el contrario, prevenir) su aparición. Estos determinantes intermedios de la salud son además comunes a otras enfermedades crónicas y están muy relacionados con los determinantes sociales.

⁴ El concepto de discapacidad usado en la EDAD incluye limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria, con duración ≥ 1 año y con origen en alguna deficiencia.

⁵ El concepto de dependencia usado en la EDAD considera como dependientes a las personas con discapacidad que requieren ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria.

A. ESTILOS DE VIDA RELEVANTES EN RELACIÓN CON LAS ERYME

Entre los determinantes intermedios de la salud que se han relacionado con las ERYME están el sedentarismo, la dieta, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol.

Según la EAS de 2015, el 53,6% de la población adulta tenía un peso superior al normal (sobrepeso u obesidad), con mayor frecuencia los hombres (58,7%) que las mujeres (48,7%), un aumento progresivo con la edad y un claro gradiente social (mayor prevalencia en clases sociales más desfavorecidas). Cabe destacar que el 38% de la población andaluza mayor de 16 años declaró no practicar ejercicio físico en su tiempo libre. Las mujeres tienen con más frecuencia que los hombres una vida sedentaria (41,8% frente a 34% respectivamente). Por otro lado, un 81,7% de las personas mayores de 16 años declaró consumir fruta fresca, y un 74,5% verduras y hortalizas al menos tres veces por semana.

El consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres y disminuye con la edad. En cuanto a la sospecha de problemas con el alcohol, valorada mediante el test de CAGE en la EAS-2015, se apreció que el consumo podía ser excesivo en un 2,8% de la población andaluza mayor de 16 años. Esto ocurrió con mayor frecuencia en los hombres (4,3%) que en las mujeres (1,4%). Por grupos de edad, a medida que aumentaba la edad disminuía la proporción de personas con sospecha de alcoholismo, desde el 4,6% en jóvenes de 16 a 24 años hasta el 0,8% en personas de 75 y más años. Las personas con ingresos superiores y de clase social más favorecida fueron las que tuvieron un consumo más alto.

Desde 1999 hasta 2015, la población andaluza que declara consumir tabaco a diario se mantuvo en torno al 30%, si bien en 2015 presenta los niveles más bajos (28%). Cabe destacar el aumento de mujeres fumadoras en este período (24,6% en 2015) y el descenso del hábito de fumar en los hombres (31,4% en 2015). Por grupos de edad, las personas de 25 a 44 años y de 45 a 54 años fueron las que presentaron una prevalencia mayor de consumo diario de tabaco (35,3% y 37%, respectivamente), seguidas por las de 16 a 24 años (27,4%). A partir de los 55 años, el porcentaje de personas fumadoras habituales se va reduciendo, hasta llegar al 4,5% en las mayores de 75 años. El gradiente social en el hábito de fumar no parece muy acusado y no es lineal: las personas con un menor nivel de ingresos económicos son las que presentan una mayor frecuencia de consumo diario de tabaco, si utilizamos la variable nivel de estudios, son las personas con nivel de estudios secundarios en las que se produce mayor prevalencia de consumo diario de tabaco.

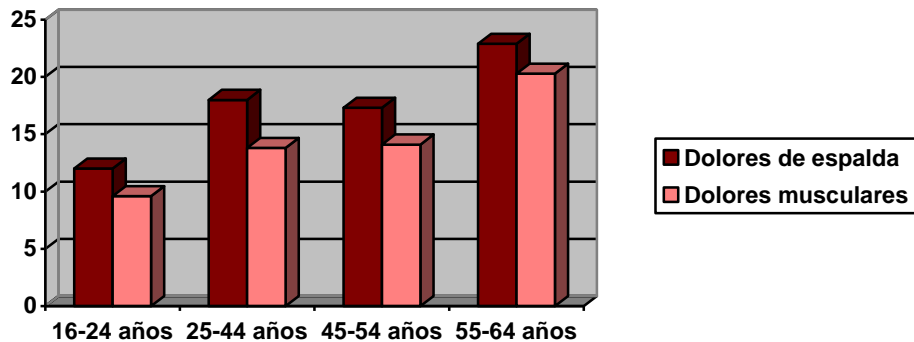
B. CONDICIONES EN EL ENTORNO LABORAL

Impacto del trabajo en la salud (en relación a problemas musculoesqueléticos):

Un 22,6% de las personas menores de 65 años que trabajaban en el momento de la encuesta opinaba que el trabajo afectaba negativamente su salud (24,3% en hombres y un 20,4% en mujeres). Cuando se indagaba en la forma en que se producía ese efecto percibido como negativo, dos de las posibles respuestas tenían que ver con la salud musculo-esquelética: dolor de espalda y dolores musculares.

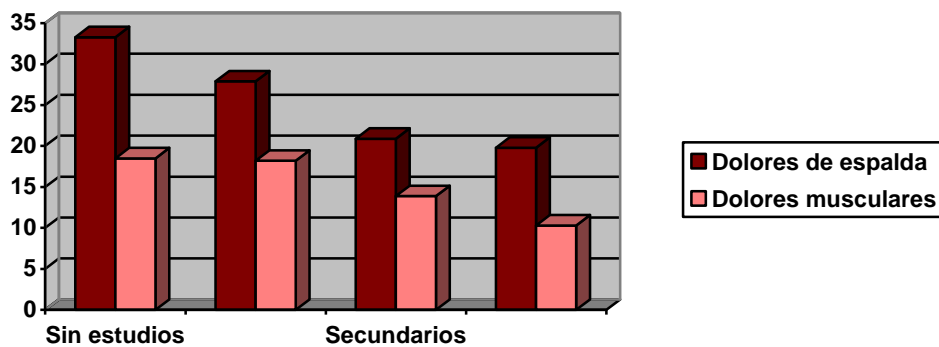
Del conjunto de personas que opinan que el trabajo afecta negativamente a su salud, un 78,8% manifiesta tener dolores de espalda (74,8% entre hombres y 85% entre las mujeres), y un 62,6% señala padecer dolores musculares (60% entre los hombres y 66,7% entre las mujeres). Hay una clara relación entre dolores de espalda y musculares atribuidos al trabajo y edad, con menor frecuencia en las personas más jóvenes (gráfico 7).

Gráfico 7. Prevalencia de dolores de espalda y musculares atribuidos al trabajo por grupo de edad (en porcentaje)



Asimismo, los dolores atribuidos al trabajo presentaron un gradiente social, sobre todo evidente al analizar su frecuencia según nivel educativo (gráfico 8). Las diferencias por nivel de ingresos económicos se dieron sobre todo entre el grupo con ingresos superiores a 2.000 euros mensuales frente al resto de los grupos (menor frecuencia de dolores atribuidos al trabajo en el grupo de mayores ingresos).

Gráfico 8. Prevalencia de dolores de espalda y musculares atribuidos al trabajo por nivel educativo (en porcentaje)



Exposición a condiciones desfavorables en el trabajo (en relación a problemas musculoesqueléticos):

El alto porcentaje de personas que declara efectos negativos del trabajo en la salud, y la alta frecuencia de dolores de espalda y musculares atribuidos al trabajo, puede estar relacionado con las condiciones del entorno laboral.

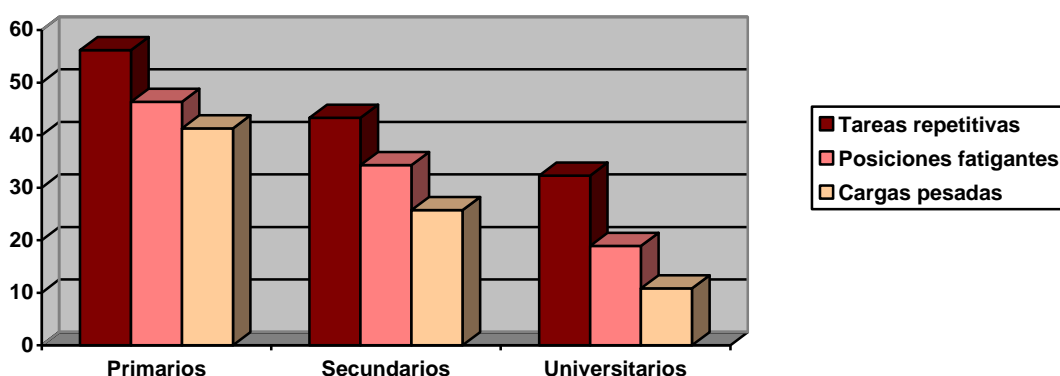
Entre las exposiciones laborales que pregunta la EAS, tres de ellas tienen interés con relación a los problemas de salud musculoesqueléticos: posiciones dolorosas o fatigantes, tareas o movimientos

repetitivos, y manipulación de cargas pesadas (de más de 15 kilos). De ellas, la más frecuente fue la exposición a tareas o movimientos repetitivos (44% de la población trabajadora), seguida de las posiciones dolorosas o fatigantes (33,8%) y de la manipulación de cargas pesadas (26,3%).

En todos los casos, la exposición fue más frecuente en hombres que en mujeres, siendo la diferencia mayor en el caso de la manipulación de cargas pesadas (31,9% de los hombres y 18,9% de las mujeres) y la menor en el caso de las tareas repetitivas (45,9% de los hombres y 41,6% de las mujeres). Para todas las exposiciones, el grupo más afectado fue el de menor edad laboral (16-24 años), si bien las diferencias por edad no fueron de gran magnitud en ninguna de las exposiciones ocupacionales analizadas.

El gradiente social fue importante en las tres exposiciones, más evidente y claro según el nivel educativo que según los ingresos económicos, con mayor prevalencia de exposición en personas con nivel educativo más bajo (gráfico 9).

Gráfico 9. Prevalencia de exposiciones laborales según nivel educativo (en porcentaje)



2.2.3. USO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS ERyME

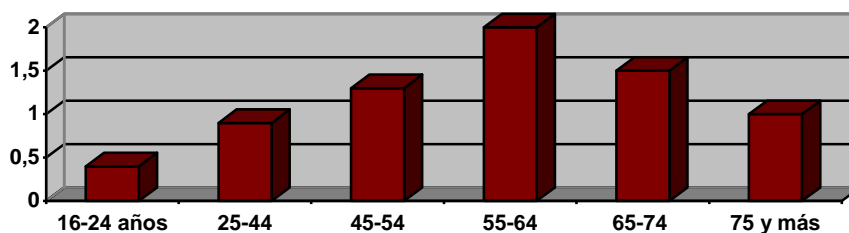
A. CONSULTA CON ESPECIALISTAS EN REUMATOLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN

La EAS pregunta si se ha consultado en las dos semanas previas con profesionales de la medicina de una serie de especialidades, por algún problema de salud propio. Del listado de especialidades, tres están especialmente relacionadas con las ERyME: reumatología, rehabilitación y traumatología. Sólo 8 personas habían tenido una consulta con reumatología y 7 con rehabilitación (lo que supone un 0,12% y 0,11% respectivamente de la población encuestada), si bien esto traducido a un año estaría en torno al 2% de frecuentación de cada una de estas especialidades. La consulta de traumatología fue la más utilizada, con 59 personas que habían acudido en las dos semanas previas (0,9%, que correspondería aproximadamente a 20% en un año)⁶.

⁶ Estas estimaciones no diferencian entre primeras visitas y revisiones. Pueden compararse más adelante en este documento con los datos del Servicio Andaluz de Salud para primeras visitas en estas tres especialidades. Aunque la estimación a partir de la encuesta andaluza de salud puede ser un poco alta, los datos son compatibles con los aportados por el SAS.

Sumando las visitas médicas de las tres especialidades (74 casos), la frecuentación en las dos últimas semanas fue del 1,1% de la población, mayor entre las mujeres que entre los hombres (1,4% y 0,8%, respectivamente). También se produjeron diferencias por grupos de edad, con menor frecuentación en los extremos (menores de 45 años y mayores de 74) y mayor en el grupo de 55-64 años (gráfico 10).

Gráfico 10. Consulta con las especialidades relacionadas con las ERyME en las dos semanas previas: porcentaje de frecuentación por grupo de edad



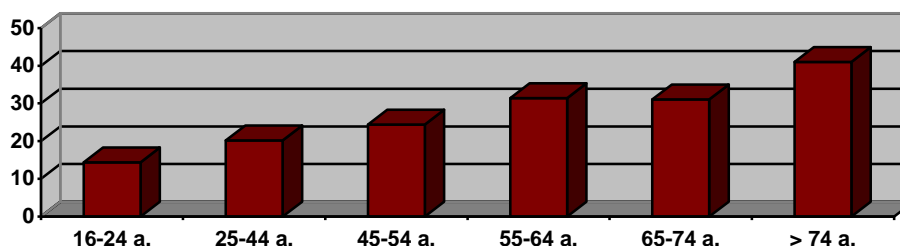
B. USO DE MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON LAS ERyME

En la EAS se pregunta por el uso de diversos medicamentos en las dos semanas previas. De ellos, dos tienen interés por su relación con las ERyME: las medicinas para el dolor y/o la fiebre y para el reuma.

Medicinas para el dolor y/o la fiebre:

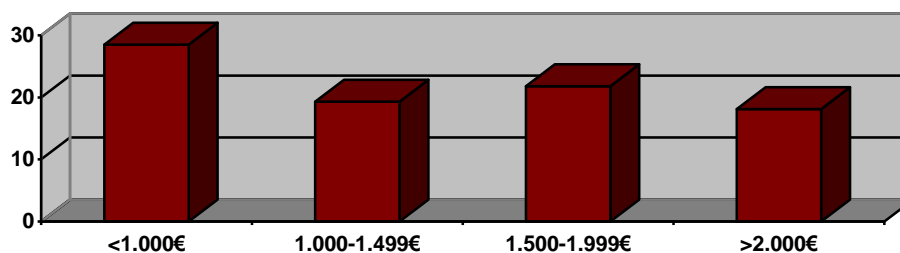
La cuarta parte de la población encuestada (24,7%) declaró que habían utilizado estos medicamentos en las dos últimas semanas, con mayor frecuencia las mujeres (30,3%) que los hombres (18,9%). Hubo un claro gradiente según edad, si bien cabe destacar que incluso en los jóvenes de 16-24 años el uso es muy frecuente (14,4%) (gráfico 11).

Gráfico 11. Utilización de medicinas para el dolor y/o la fiebre en las dos semanas previas (en porcentaje) por grupo de edad



En el uso de estos medicamentos hubo un gradiente social en el sentido de mayor uso a menor nivel económico (gráfico 12) y menor nivel de estudios. Un 40,1% de las personas con el menor nivel formativo (personas sin estudios) utilizaron medicinas para el dolor y la fiebre en las dos semanas previas frente al 22,4% de las que tenían estudios universitarios.

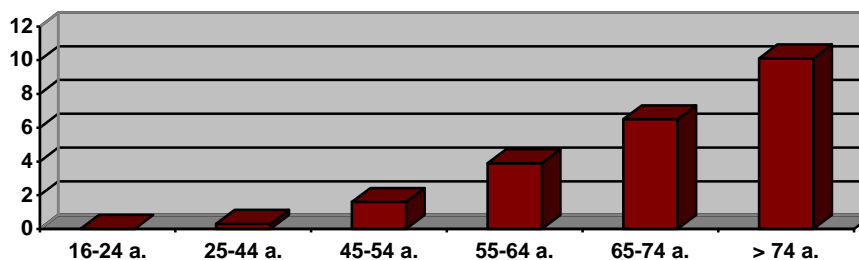
Gráfico 12. Utilización de medicinas para el dolor y/o la fiebre en las dos semanas previas (en porcentaje) según ingresos económicos mensuales



Medicinas para el reuma:

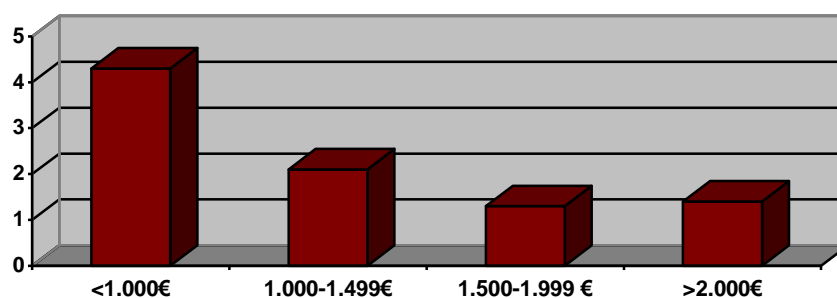
Un 2,5% de la población adulta decía haber usado medicinas para el reuma en las dos semanas previas, con casi el triple de consumo en mujeres (3,6%) que en hombres (1,4%). El consumo fue minoritario en personas menores de 45 años e iba subiendo con la edad, hasta alcanzar el 10,1% entre los mayores de 74 años (gráfico 13).

Gráfico 13. Utilización de medicinas para el reuma en las dos semanas previas (en porcentaje) por grupo de edad



Las personas sin estudios presentan un mayor uso de medicamentos para el reuma que quienes tienen algún tipo de estudios. Igualmente, se observa un gradiente claro según los ingresos económicos, con un consumo tres veces mayor en el grupo de ingresos menores a 1.000 euros que en el de ingresos por encima de los 2.000 euros (gráfico 14).

Gráfico 14. Utilización de medicinas para el reuma en las dos semanas previas (en porcentaje) según ingresos económicos mensuales



HOSPITALIZACIONES POR ERYME

2.2.4. HOSPITALIZACIONES POR ERYME EN ANDALUCÍA EN 2015

Para caracterizar las hospitalizaciones por ERYME se ha utilizado el CMBD de los hospitales andaluces, del año 2015. Se seleccionaron los casos cuyo diagnóstico principal era una de las patologías incluidas dentro del grupo 13 de la CIE-9 MC: *Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular y tejido conjuntivo* (códigos 710-739), además de las hospitalizaciones por dos patologías adicionales: artropatía gotosa (274.0) y artropatía psoriásica (696.0). No se incluyeron las lesiones actuales (fracturas, luxaciones, y otras lesiones debidas a caídas o accidentes).

24.466 personas fueron hospitalizadas con uno de los diagnósticos principales mencionados. De ellas, 23.510 tuvieron un único ingreso y 956 más de uno en el año; de éstas últimas se seleccionó solo el último ingreso. El detalle de los diagnósticos principales de los 24.466 episodios de hospitalización se presenta en la tabla 1.

El grupo diagnóstico mayoritario fue el de las *artropatías y trastornos relacionados*, con 13.182 episodios, más de la mitad del total. El diagnóstico principal más frecuente fue la *osteoartritis*, con 9.614 casos, que suponen el 39,3% de todas las hospitalizaciones por ERYME. La mayoría de ellas fueron osteoartritis de rodilla (4.730 casos) y cadera (1.753 casos).

El segundo gran grupo diagnóstico en frecuencia fueron las *dorsopatías*, con 4.220 casos. Entre ellas, el diagnóstico más común fue el de *trastorno del disco intervertebral*, que supuso el 10,5% del total de hospitalizaciones por ERYME. Cabe señalar también que en el grupo clasificado como *otros trastornos de espalda y no especificados*, la mayoría de las hospitalizaciones fueron por estenosis espinal.

Hubo 4.100 hospitalizaciones por *osteopatías, condropatías y deformidades musculoesqueléticas adquiridas*. Entre ellas, 1.649 fueron debidas a *otros trastornos de huesos y cartilagos*; de los que (635) fueron por unión defectuosa o no unión de fractura, seguidos en frecuencia por las fracturas patológicas (471), la necrosis aséptica de hueso (268) y la osteocondrosis juvenil. El segundo diagnóstico en frecuencia en este grupo fueron las *deformidades adquiridas del dedo gordo del pie*, la mayoría de las cuales correspondieron a hallux valgus (561 de 769 episodios).

El cuarto grupo diagnóstico en frecuencia fue el de *reumatismo (salvo de la espalda)*, con 2.848 hospitalizaciones. Dentro del mismo, un tercio de los casos se debió a *tendinitis y síndromes conexos*, que supusieron el 3,8% del total de los episodios de ERYME. De los 1.004 episodios con diagnóstico principal de *otros trastornos de sinovia, tendón y bursa* (492 casos), casi la mitad correspondieron a rotura total de la vaina de los rotadores.

Tabla 1: Hospitalizaciones por ERYME: Andalucía 2015

| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CÓDIGOS de la CIE-9 MC entre paréntesis) | Nº episodios | Porcentaje* |
|--|---------------|--------------|
| ARTROPATÍAS Y TRASTORNOS RELACIONADOS (710-719)⁷: | 13.182 | 53,9% |
| Enfermedades sistémicas del tejido conjuntivo (710) ⁸ : lupus eritematoso sistémico y otras colagenosis | 370 | 1,5% |
| Artropatías asociadas con infecciones (711): artritis infecciosas y biogénicas | 229 | 0,9% |
| Artritis reumatoides y otras poliartropatías inflamatorias (714) | 206 | 0,8% |
| Osteoartrosis y trastornos conexos (715) | 9.614 | 39,3% |
| Trastorno interno de rodilla (717) ⁹ : degeneraciones del menisco y cartílago, antigua rotura o desgarro de los mismos | 1.340 | 5,5% |
| Otras artropatías y otros trastornos y trastornos no especificados de la articulación (712, 716, 718 y 719) | 1.423 | 5,8% |
| DORSOPATÍAS (720-724)¹⁰: | 4.220 | 17,2% |
| Espondilitis anquilosante y otras espondilitis inflamatorias (720) | 56 | 0,2% |
| Espondilosis y trastornos conexos (721) | 319 | 1,3% |
| Trastorno disco intervertebral (722): desplazamientos, degeneraciones, síndrome postlaminectomía y otros. | 2.570 | 10,5% |
| Otros trastornos y trastornos no especificados de espalda (723 y 724): estenosis espinal, ciática, lumbalgias, etc. | 1.275 | 5,2% |
| REUMATISMO, SALVO DE LA ESPALDA (725-729)¹¹: | 2.848 | 11,7% |
| Polimialgia reumática (725) | 88 | 0,3% |
| Tendinitis de las inserciones periféricas y síndromes conexos (726): tendinitis, bursitis, entesopatía, etc. | 915 | 3,8% |
| Otros trastornos de sinovia, tendón y bursa (727) | 1.004 | 4,1% |
| Trastornos de músculos, ligamentos y fascias (728) | 526 | 2,1% |
| Otros trastornos de tejidos blandos (729) | 315 | 1,3% |
| OSTEOPATÍAS, CONDROPATÍAS Y DEFORMIDADES MUSCULOESQUELÉTICAS ADQUIRIDAS (730-739) | 4.100 | 16,7% |
| Osteomielitis, periostitis y otras infecciones que implican a los huesos (730) | 248 | 1,0% |
| Osteocondropatías (732): osteocondrosis juvenil, etc. | 255 | 1,0% |
| Otros trastornos de huesos y cartílagos (731 y 733) | 1.649 | 6,8% |
| Pié plano adquirido (734) | 69 | 0,3% |
| Deformidades adquiridas del dedo gordo del pie (735) | 769 | 3,2% |
| Otras deformidades adquiridas de los miembros (736): genu varum y otras deformidades de rodilla, tobillo y pie, mano, etc. | 502 | 2,0% |
| Desviación de la columna vertebral adquirida (737) | 248 | 1,0% |
| Otras deformidades adquiridas (738) | 357 | 1,4% |
| Lesiones no alopáticas, no clasificadas bajo otros con. (739) | 3 | 0,0% |
| DIAGNÓSTICOS NO INCLUIDOS EN LOS CÓDIGOS 710-739 | 116 | 0,5% |
| Artropatía gotosa (274.0) | 86 | 0,3% |
| Artropatía psoriásica (696.0) | 30 | 0,2% |
| TOTAL | 24.466 | 100% |

*Todos los porcentajes son sobre los 24.466 episodios de hospitalización analizados

* Se utiliza los datos de 2015 para mantener la comparabilidad de CIE-9, ya que en 2016 se modifica de CIE-9 a CIE-10.

La distribución de los episodios de hospitalización según edad y sexo, provincia de origen y presencia de comorbilidad crónica se recoge en la tabla 2. En ella puede observarse que el 95% de las

⁷ En este gran grupo se excluyen los trastornos de la columna vertebral.

⁸ En este grupo se excluyen las colagenosis que afectan principalmente al aparato cardiovascular.

⁹ En este grupo se excluyen las lesiones actuales, así como anquilosis, deformidad y luxación recidivante.

¹⁰ En este gran grupo se excluyen las curvaturas de columna vertebral y osteocondrosis vertebral.

¹¹ En este gran grupo se incluyen trastornos de músculos y tendones y sus accesorios, y de otros tejidos blandos.

hospitalizaciones por ERyME se produjo en personas adultas (≥ 18 años), y el 41,2% correspondió a personas mayores de 64 años. En las mujeres hubo un 8,4% más de episodios de hospitalización que en los hombres.

Una cuarta parte de las hospitalizaciones por ERyME fueron de personas residentes en la provincia de Sevilla, siendo Huelva la provincia andaluza con menor número.

Tabla 2: Características de las hospitalizaciones: Andalucía 2015

| CARACTERÍSTICAS | Nº episodios* | Porcentaje** |
|---|---------------|--------------|
| EDAD | | |
| Menores de 18 años | 1.234 | 5,0% |
| De 18 a 24 años | 856 | 3,5% |
| De 25 a 44 años | 3.944 | 16,1% |
| De 45 a 54 años | 3.639 | 15,0% |
| De 55 a 64 años | 4.710 | 19,2% |
| De 65 a 74 años | 5.629 | 23,0% |
| Mayores de 74 años | 4.454 | 18,2% |
| SEXO | | |
| Hombre | 11.208 | 45,8 |
| Mujer | 13.258 | 54,2 |
| PROVINCIA | | |
| Almería | 2.195 | 8,9% |
| Cádiz | 2.555 | 10,4% |
| Córdoba | 2.696 | 11,0% |
| Granada | 2.721 | 11,1% |
| Huelva | 2.010 | 8,2% |
| Jaén | 2.463 | 10,1% |
| Málaga | 3.811 | 15,6% |
| Sevilla | 5.847 | 24,0% |
| Otras provincias o países | 41 | 0,2% |
| Sin identificar | 127 | 0,5% |
| NÚMERO DE COMORBILIDADES CRÓNICAS*** | | |
| Ninguna | 5414 | 22,1% |
| Una comorbilidad crónica | 4023 | 16,4% |
| 2-3 comorbilidades crónicas | 6287 | 25,7% |
| Más de 3 comorbilidades crónicas | 8742 | 35,8% |
| TOTAL | 24.466 | 100% |

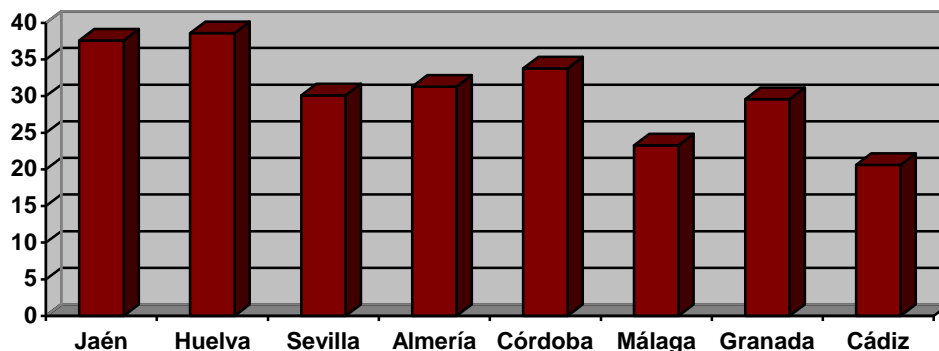
* En algunas variables hay datos perdidos: 127 en provincia y 41 otras provincias o país.

** Todos los porcentajes son sobre los 24.466 episodios de hospitalización analizados.

*** Se construye con las patologías recogidas en el CMBD en los campos de diagnósticos secundarios (no se analiza aquí la propia morbilidad que causa el ingreso hospitalario) y sólo se contabilizan patologías crónicas que causan discapacidad (véase texto para explicación).

Sin embargo, para analizar las diferencias entre provincias es preferible hacerlo en términos de tasas. Para el total de Andalucía, en 2015, la tasa cruda en términos de personas que tuvieron al menos un ingreso en el año por ERyME fue de 29,1 por 10.000. La provincia con la tasa más alta fue Huelva, con 38,6 por 10.000, seguida de Jaén y Córdoba. Sevilla, Almería, y Granada tuvieron tasas similares, en torno a 30 por 10.000; y Málaga y Cádiz tuvieron las tasas más bajas, Cádiz con 20,6 casos por 10.000 (gráfico 15).

Gráfico 15. Tasas crudas provinciales de hospitalizaciones por ERYME en 2015: personas con al menos una hospitalización en el año por 10.000 habitantes



Para estudiar la comorbilidad crónica se utilizó un listado de códigos de la CIE-9 MC que se generó para el análisis de situación realizado en el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas, usando a su vez las categorías del PAI de Atención a Pacientes Pluripatológicos.

Dichas categorías identifican pacientes que presentan una enfermedad crónica que genera discapacidad; es decir, no incluyen cualquier enfermedad crónica, sino aquellas que son sintomáticas y tienden a generar discapacidad. Con dicho listado se creó un marcador que permite identificar el peso de las enfermedades crónicas y la pluripatología en los episodios de hospitalización. Hay que tener en cuenta que el marcador no incluye las enfermedades psiquiátricas ni las alteraciones sensoriales.

Al aplicar este marcador a los diagnósticos secundarios del CMBD, se observó que el 24% de los/as pacientes presentaba al menos una comorbilidad crónica (tabla 3). Sin embargo, hay que tener en cuenta que una alta proporción de las ERYME que aparecen como diagnóstico principal en los 24.145 episodios de hospitalización que se han analizado están incluidas en este marcador. Por ese motivo, cuando se aplica a todos los campos de diagnóstico del CMBD (principal y secundarios), el porcentaje de casos con al menos una enfermedad crónica que causa discapacidad se eleva al 69,3% de los episodios. Las características de la multimorbilidad de este análisis se recogen en la tabla 3.

En el 45,4% de los episodios se observó una única enfermedad crónica causante de discapacidad, y en el 24% se observó la existencia de pluripatología (más de una enfermedad crónica causante de discapacidad). Además de la patología osteoarticular con deterioro funcional (presente en el 60,3% de los casos, en la mayoría de ellos como diagnóstico principal), cabe destacar la alta frecuencia de las enfermedades respiratorias crónicas, las neoplasias, las hemopatías crónicas y la cardiopatía isquémica.

Tabla 3: Morbilidad crónica “potencialmente discapacitante” en las hospitalizaciones por ERYME: Andalucía 2013

| CARACTERÍSTICAS | Nº episodios | Porcentaje* |
|---|---------------|-------------|
| NÚMERO DE MORBILIDADES CRÓNICAS** | | |
| Ninguna | 7.401 | 30,7% |
| 1 | 10.954 | 45,4% |
| 2 | 3.709 | 15,4% |
| 3 | 1.259 | 5,2% |
| 4 | 459 | 1,9% |
| 5 | 201 | 0,8% |
| ≥6 | 162 | 0,7% |
| TIPO DE MORBILIDAD CRÓNICA** | | |
| Enfermedad osteoarticular con deterioro funcional | 14.559 | 60,3% |
| Enfermedad respiratoria crónica | 2.225 | 9,2% |
| Neoplasia activa | 1.607 | 6,7% |
| Hemopatía crónica | 1.304 | 5,4% |
| Cardiopatía isquémica | 1.246 | 5,2% |
| Hepatopatía crónica | 823 | 3,4% |
| Insuficiencia renal crónica | 636 | 2,6% |
| Accidente cerebrovascular | 627 | 2,6% |
| Insuficiencia cardíaca | 622 | 2,6% |
| Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo | 620 | 2,6% |
| Enfermedades autoinmunes sistémicas | 599 | 2,5% |
| Enfermedad neurológica con deterioro funcional | 460 | 1,9% |
| Arteriopatía periférica sintomática | 366 | 1,5% |
| Microangiopatía diabética | 238 | 1,0% |
| Enfermedad inflamatoria intestinal | 127 | 0,5% |
| TOTAL | 24.145 | 100% |

* Los datos de la tabla corresponde a 2013, cuando se realizó en el análisis del PAAIPEC, además el cambio de codificación de CIE-9 a CIE-10, no permite la comparación.

** Todos los porcentajes son sobre los 24.145 episodios de hospitalización analizados.

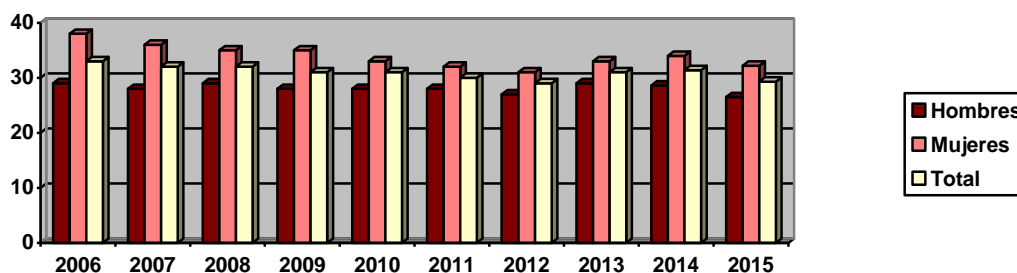
*** Se construye con las patologías recogidas en el CMBD en los campos de diagnóstico (principal y/o secundarios) y sólo se contabilizan patologías crónicas que causan discapacidad (véase texto para explicación).

2.2.5. TENDENCIA EN LAS HOSPITALIZACIONES POR ERYME Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS RELACIONADOS: 2006-2015

A. TENDENCIA EN LAS TASAS DE HOSPITALIZACIÓN POR ERYME

Entre 2006 y 2015, las tasas de hospitalización por ERYME se han mantenido relativamente constantes (gráfico 16), en un rango de 29 a 33 episodios de hospitalización por 10.000 habitantes y año, siempre algo mayor en las mujeres y el rango fue algo más amplio también en mujeres (tasas de 31-38 por 10.000 en mujeres y 27-29 por 10.000 en hombres).

Gráfico 16. Tasas de hospitalización por ERYME (por 10.000 habitantes): Andalucía, 2006-2015



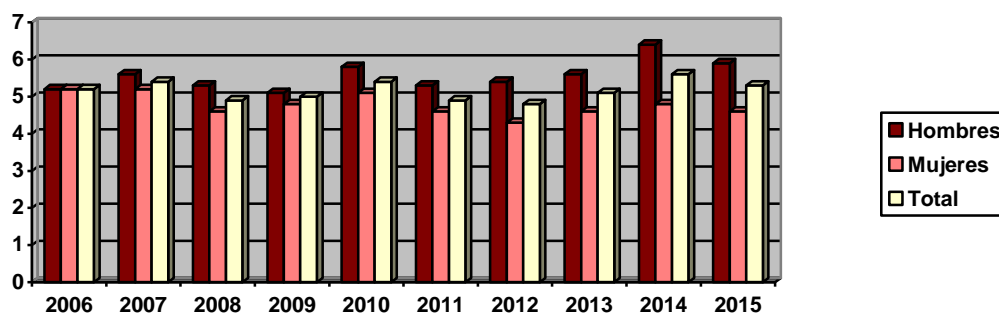
B. TENDENCIA EN LAS TASAS DE ARTROPLASTIA DE CADERA Y VARIACIONES GEOGRÁFICAS

Para analizar las tasas de artroplastia de cadera, se seleccionaron del CMBD los episodios de hospitalización entre 2006 y 2015 que afectaban a personas mayores de 35 años y en los que se había realizado algún procedimiento de artroplastia primaria de cadera¹² o de revisión de artroplastia de cadera¹³. Se excluyeron los casos donde había algún diagnóstico (principal o secundario) de fractura, accidente o caída. Se produjeron 28.061 hospitalizaciones en mayores de 35 años en las que se realizó un procedimiento de artroplastia de cadera no debido a fractura o lesión por accidente. De ellas, 23.757 (84,7%) fueron artroplastias primarias y 4.304 (15,3%) revisiones de artroplastia.

Tendencia de las artroplastias primarias de cadera:

El número de episodios de hospitalización con artroplastia primaria de cadera al año osciló entre 2.176 y 2.680 en el periodo analizado. No se observó variaciones en el tiempo, siendo las tasas relativamente constantes (entre 4,8 y 6,4 hospitalizaciones anuales con artroplastia primaria de cadera por 10.000 personas mayores de 35 años) (gráfico 17). Las tasas fueron ligeramente superiores en hombres que en mujeres.

Gráfico 17. Tasas de hospitalización con artroplastia primaria de cadera no debida a fractura o lesión por accidente (por 10.000 personas mayores de 35 años): Andalucía 2006-2015



Tendencia de las revisiones de artroplastia de cadera:

La revisión de artroplastia de cadera fue un procedimiento poco frecuente: el número de episodios de hospitalización al año osciló entre 348 y 488 para toda Andalucía. Las tasas se mantuvieron constantes en el periodo 2006-2015, con un rango de 0,8 a 1,1 hospitalizaciones anuales por 10.000 personas mayores de 35 años. Las tasas fueron similares en hombres y mujeres, en torno a 1 por 10.000 personas y año.

Variaciones geográficas en las tasas de artroplastia de cadera:

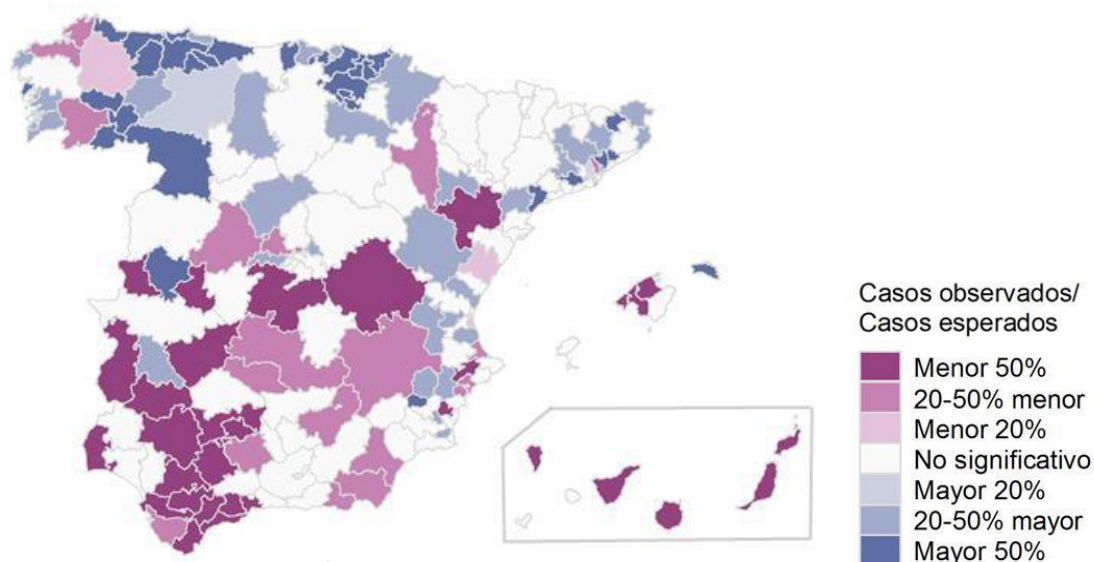
En la figura 1 se observan las razones de utilización estandarizadas por área sanitaria para el conjunto de España. Cabe destacar que una gran parte de las áreas de Sevilla, Cádiz y Córdoba, así

¹² Códigos CIE-9 MC de procedimientos: 81.51 y 81.52

¹³ Códigos CIE-9 MC de procedimientos: 81.53, 00.70, 00.71, 00.72, 00.73, 00.85, 00.86 y 00.87

como la parte más occidental de las provincias de Huelva y Málaga tuvieron un número de artroplastias de cadera menor del 50% de lo que cabría esperar con la estructura de edad y sexo de sus poblaciones. Asimismo las artroplastias de cadera en de todos los distritos de Almería y en el distrito Jaén Nordeste fueron un 20-50% menores de lo esperado. La provincia de Granada y la mayor parte de las de Jaén y Huelva estuvieron en la media española.

Figura 1. Razón de utilización estandarizada* de artroplastia de cadera en las áreas sanitarias del Sistema Nacional de Salud en 2012.**



* Razón de utilización estandarizada por edad y sexo en población mayor de 35 años, en referencia a la media de todas las áreas del Sistema Nacional de Salud.

** Artroplastias totales (primarias y revisiones), excluidas las debidas a lesiones o accidentes.

Fuente: *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud*

Aunque estas variaciones geográficas deben interpretarse con cautela, cabría indagar en la posibilidad de una infrautilización de la artroplastia de cadera en población con patología degenerativa de la articulación de la cadera en diversas zonas de Andalucía, al tiempo que siempre será de interés completar este análisis con un estudio de la adecuación de las indicaciones.

En un estudio publicado recientemente que analiza las tasas de artroplastia de cadera en 4 países de Europa, se encontraron diferencias importantes entre países, siendo la tasa española la más baja (7,4 por 10.000 habitantes), muy lejos de las de Inglaterra (20,2) y Dinamarca (27,8), y más cercana a la de Portugal (8,6). Este mismo estudio, analizando las variaciones entre áreas de un mismo país, encontró que en España e Inglaterra había una relación entre el nivel económico del área geográfica y la tasa de artroplastia de cadera, en una asociación que sugiere la existencia de desigualdades (tasas mayores en áreas más ricas) en estos dos países (Cookson R et al., 2009)(9). Asimismo, cabe destacar que en el análisis realizado en el proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica para el conjunto de las áreas del SNS, encontraron una relación entre las tasas de artroplastias de cadera y el número de traumatólogos por 100.000 habitantes.

C. TENDENCIA EN LAS TASAS DE ARTROPLASTIA DE RODILLA Y VARIACIONES GEOGRÁFICAS

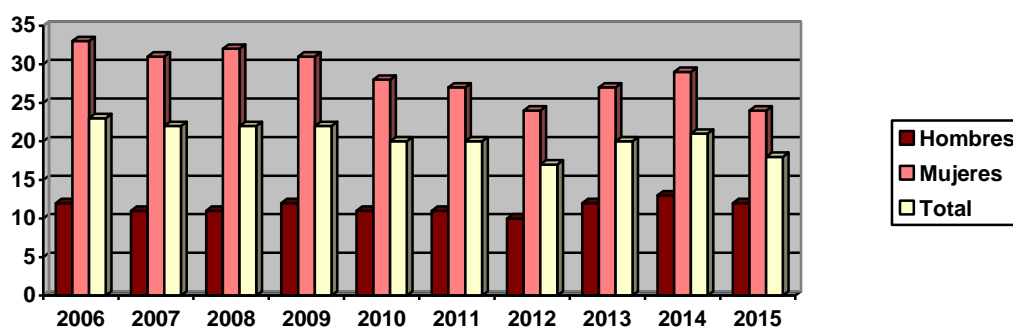
Para analizar las tasas de artroplastia de rodilla, se seleccionaron del CMBD los episodios de hospitalización entre 2006 y 2015 en personas mayores de 45 años en los que se había realizado algún procedimiento de artroplastia primaria de rodilla¹⁴ o de revisión de artroplastia de rodilla¹⁵. Se excluyeron los casos donde había algún diagnóstico (principal o secundario) de fractura, accidente o caída. Se produjeron 72.134 hospitalizaciones en mayores de 45 años en las que se realizó un procedimiento de artroplastia de rodilla no debido a fractura o lesión por accidente. De ellas, 66.562 (92,3%) fueron artroplastias primarias y 5.572 (7,7%) revisiones de artroplastia.

Tendencia de las artroplastias primarias de rodilla:

El número de episodios de hospitalización con artroplastia primaria de rodilla al año osciló entre 5.950 y 7.260 en el periodo analizado. Las tasas fueron superiores en mujeres que en hombres, en todos los años por encima del doble.

Si bien las tasas en hombres se mantuvieron constantes en el periodo analizado (entre 10 y 13 hospitalizaciones anuales con artroplastia primaria de rodilla por 10.000 hombres mayores de 45 años), en las mujeres hubo una tendencia descendente entre 2008 y 2012 (32 y 24 artroplastias primarias por 10.000 mujeres mayores de 45 años, respectivamente), si bien en 2013 y 2014 de nuevo se produjo un cierto repunte, para volver a bajar en el 2015 (gráfico 18). En estos años, la razón de tasas entre mujeres y hombres pasó de 2,91 en 2008 a 2 en 2015.

Gráfico 18. Tasas de hospitalización con artroplastia primaria de rodilla no debida a fractura o lesión por accidente (por 10.000 personas mayores de 45 años): Andalucía 2006-2015



Tendencia de las revisiones de artroplastia de rodilla:

La revisión de artroplastia de rodilla, al igual que pasaba con la de cadera, puede considerarse un procedimiento poco frecuente: el número de episodios de hospitalización al año osciló entre 409 y 666 para toda Andalucía. La tasa anual osciló en un rango de 1,4 a 3 hospitalizaciones anuales por 10.000 personas mayores de 45 años en el periodo 2006-2015. Al igual que en las artroplastias

¹⁴ Código CIE-9 MC de procedimientos: 81.54

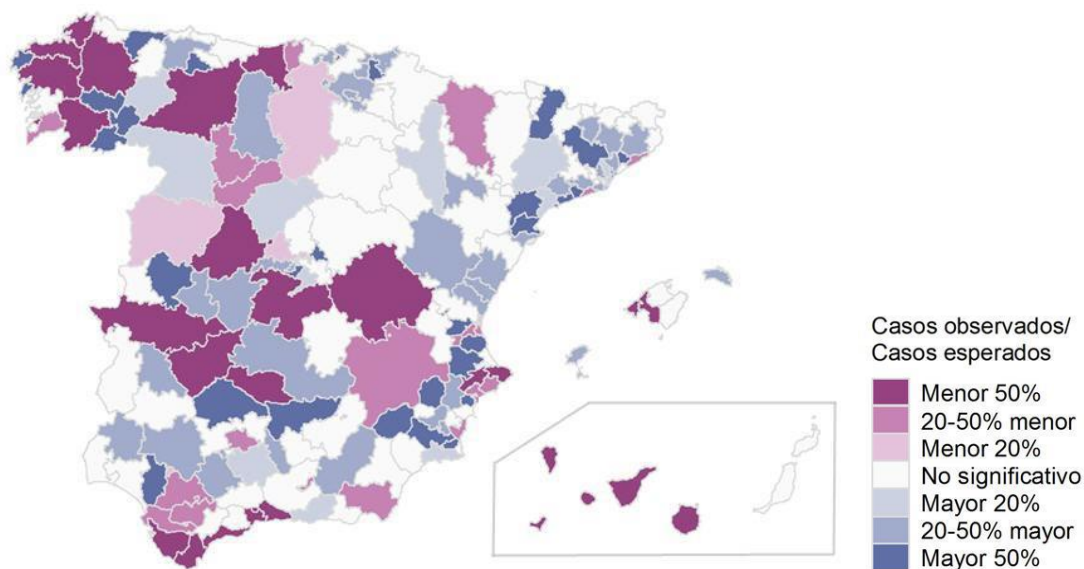
¹⁵ Códigos CIE-9 MC de procedimientos: 81.55, 00.80, 00.81, 00.82, 00.83, 00.84

primarias, las tasas de revisión de artroplastia de rodilla fueron superiores en mujeres que en hombres.

Variaciones geográficas en las tasas de artroplastia de rodilla:

En la figura 2 se observan las razones de utilización estandarizadas por área sanitaria para el conjunto de España. En Andalucía hubo tres distritos con un número de artroplastias de rodilla por encima del 50% de lo esperable según la estructura de edad y sexo de su población: Aljarafe, Córdoba Norte y Jaén Norte. En el otro extremo, las áreas de la zona costera de las provincias de Cádiz y Málaga tuvieron un número de procedimientos por debajo del 50% de lo esperable. Diversos distritos se situaron por debajo y por encima del número de procedimientos esperado, pero en una magnitud menor (entre el 20-50%).

Figura 2. Razón de utilización estandarizada* de artroplastia de rodilla en las áreas sanitarias del Sistema Nacional de Salud en 2012.**



* Razón de utilización estandarizada por edad y sexo en población mayor de 45 años, en referencia a la media de todas las áreas del Sistema Nacional de Salud.

** Artroplastias totales (primarias y revisiones), excluidas las debidas a lesiones o accidentes.

Fuente: Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud

La alta variabilidad encontrada en las tasas de artroplastias de rodilla invita a analizar la adecuación del uso de este procedimiento, especialmente en las áreas con más utilización de la esperada, así como la posibilidad de infrautilización en las áreas con menor uso. Al igual que ocurría en el caso de las artroplastias de cadera, el análisis realizado en el proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica para el conjunto de las áreas del SNS, puso de manifiesto una relación entre las tasas de artroplastias de rodilla y el número de traumatólogos por 100.000 habitantes.

D. TENDENCIA EN LAS TASAS DE CIRUGÍA DE COLUMNA VERTEBRAL Y VARIACIONES GEOGRÁFICAS

Se analizaron las tasas desde 2006 a 2015 de los siguientes procedimientos de columna vertebral realizados con ingreso hospitalario:

- Artrodesis (fusión y refusión vertebral)¹⁶
- Escisión, destrucción y reparación del disco intervertebral¹⁷
- Exploración y descompresión del conducto espinal¹⁸
- Artroplastia en columna vertebral¹⁹

Se seleccionaron del CMBD los episodios de hospitalización en personas mayores de 20 años en los que se había realizado alguno de estos procedimientos. En la tabla 4 se observa la frecuencia de los mismos en el periodo 2006-2015, con un total de 48.490 hospitalizaciones. La artrodesis y la cirugía sobre el disco intervertebral fueron los procedimientos más frecuentes, y la artroplastia el menos común, con solo 376 casos en Andalucía en diez años.

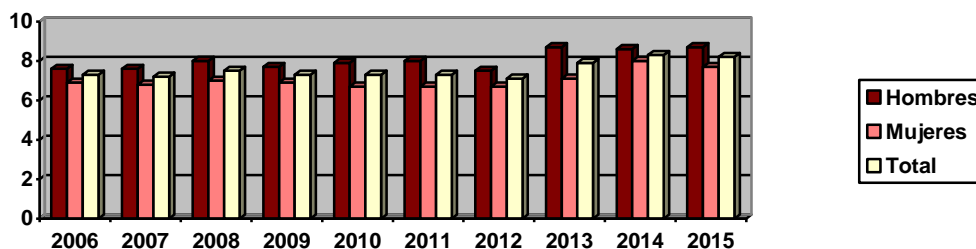
Tabla 4: Número de episodios de hospitalización con procedimientos de cirugía de la espalda en Andalucía en el periodo 2006-2015

| | Hombres | Mujeres | Total* |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Artrodesis (fusión / refusión vertebral) | 10.091 | 9997 | 20.091 |
| Escisión, destrucción y reparación del disco intervertebral | 9.810 | 8335 | 18.148 |
| Exploración y descompresión del conducto espinal | 5.240 | 4.633 | 9.875 |
| Artroplastia en columna vertebral | 195 | 181 | 376 |
| TOTAL | 25.336 | 23.146 | 48.490 |

* El total excede entre 2 y 3 casos la suma de episodios en hombres y mujeres por haber algunos casos donde el sexo consta como indeterminado o no consta.

Se calcularon tasas de cirugía de columna vertebral con la suma de los cuatro tipos de procedimientos seleccionados. Las tasas anuales se mantuvieron constantes en el periodo analizado (entre 7,2 y 8,2 por 10.000 personas mayores de 20 años), siendo ligeramente superiores y más variables en los hombres (rango entre 7,6 y 8,7) que en las mujeres (rango entre 6,7 y 8) (gráfico 19).

Gráfico 19. Tasas de hospitalización con cirugía de espalda (total de procedimientos) por 10.000 personas mayores de 20 años: Andalucía 2006-2015



¹⁶ Códigos CIE-9 MC de procedimientos: 81.0*, 81.3*, 84.51

¹⁷ Códigos CIE-9 MC de procedimientos: 80.5, 80.50, 80.51, 80.52, 80.59

¹⁸ Códigos CIE-9 MC de procedimientos: 03.0, 03.02, 03.09

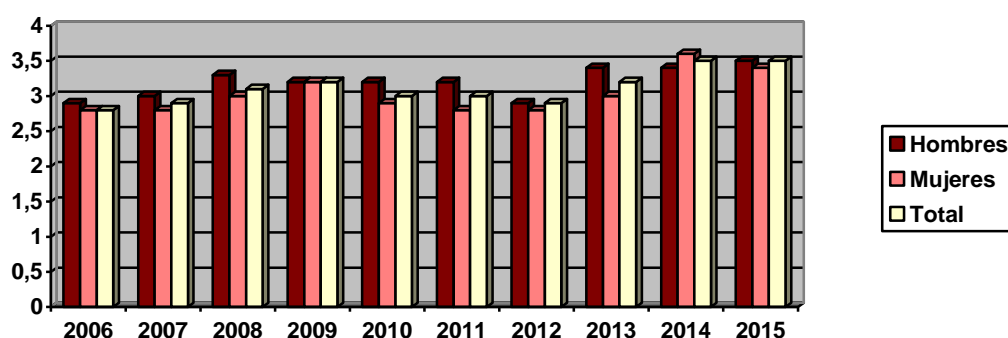
¹⁹ Códigos CIE-9 MC de procedimientos: 84.6, 84.6*

A continuación se analizan los procedimientos de cirugía de espalda por separado, salvo la artroplastia vertebral (por ser muy infrecuente).

Tendencia de la artrodesis vertebral:

El número de hospitalizaciones con artrodesis vertebral al año osciló entre 1.739 y 2.285 en el periodo 2006-2015. No se observó una tendencia clara en el tiempo, siendo las tasas relativamente constantes (entre 2,8 y 3,5 hospitalizaciones anuales con artrodesis vertebral por 10.000 personas mayores de 20 años) (gráfico 20). Las tasas fueron similares en hombres y mujeres, en ambos en torno a 3 por 10.000.

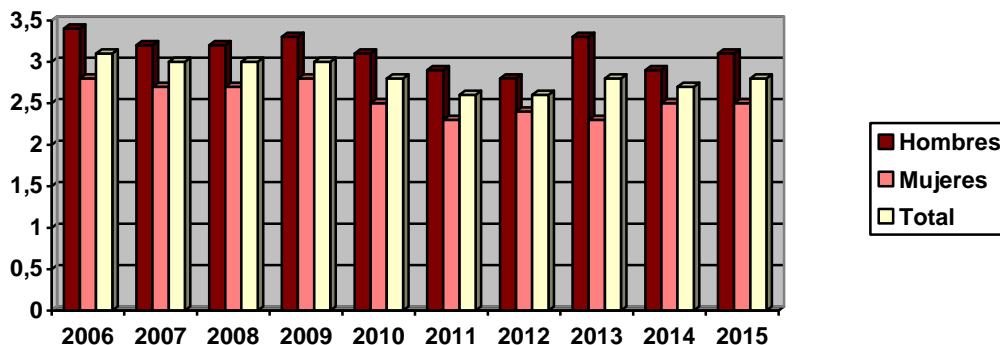
Gráfico 20. Tasas de hospitalización con artrodesis vertebral (fusión y refusión) por 10.000 personas mayores de 20 años: Andalucía 2006-2015



Tendencia de los procedimientos de escisión, destrucción y reparación del disco intervertebral:

El número de hospitalizaciones con procedimientos sobre el disco intervertebral al año osciló entre 1.669 y 1.953 en el periodo 2006-2015. Hubo un ligero descenso en las tasas a partir de 2009, en 2013 volvieron al nivel anterior, pero en el último año vuelve a bajar, por lo que no parece que haya una tendencia temporal clara (gráfico 21). Las tasas anuales oscilaron entre 2,6 y 3,1 por 10.000 personas mayores de 20 años y fueron algo más altas en los hombres que en las mujeres.

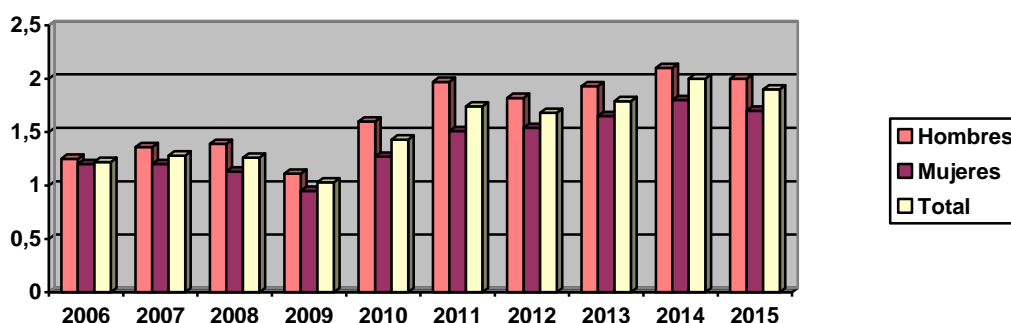
Gráfico 21. Tasas de hospitalización con procedimientos sobre el disco intervertebral por 10.000 personas mayores de 20 años: Andalucía 2006-2015



Tendencia de los procedimientos de exploración y descompresión del conducto espinal:

El número de hospitalizaciones anuales con procedimientos de exploración y descompresión del conducto espinal osciló entre 659 y 1.242 en el periodo 2006-2015. Aunque las tasas no llegaron ningún año a 2 por 10.000 personas mayores de 20 años, en términos relativos se observó una tendencia al aumento, especialmente entre 2010 y 2013, tanto en hombres como en mujeres (gráfico 22). La tasa anual más alta se dio en 2014, con 2 casos por 10.000, y la más baja en 2009, con 1 caso por 10.000.

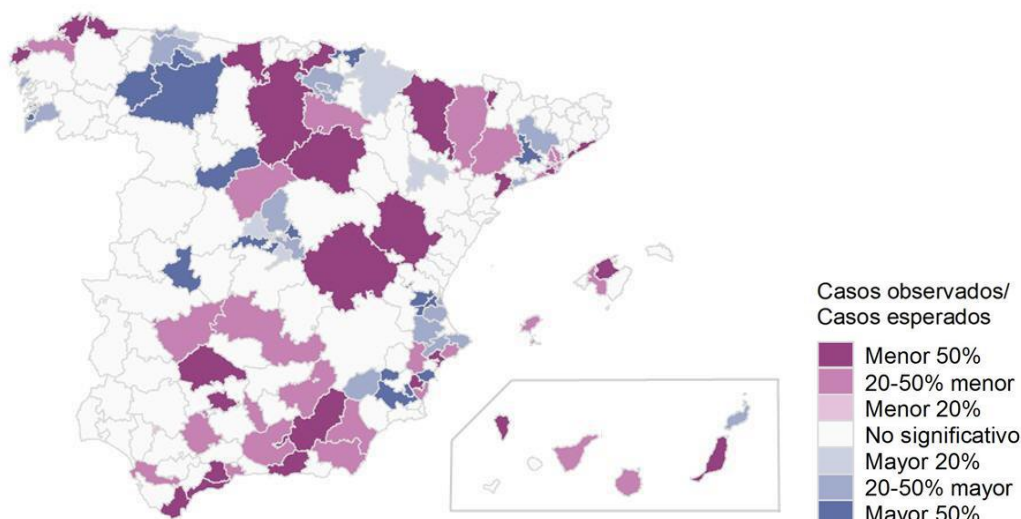
Gráfico 22. Tasas de hospitalización con procedimientos sobre el disco intervertebral por 10.000 personas mayores de 20 años: Andalucía 2006-2015



Variaciones geográficas en las tasas de cirugía de la espalda:

En la figura 3 se observa que el número de intervenciones de espalda (total de seleccionadas en patología degenerativa del raquis) estuvo por debajo de lo esperado en la mayor parte de Andalucía oriental, además de en Córdoba capital, Córdoba Norte, Área de Osuna, Campo de Gibraltar, Costa del Sol y Málaga. En el resto de las zonas no hubo diferencias entre procedimientos observados y esperados.

Figura 3. Razón de utilización estandarizada* de cirugía de espalda en las áreas sanitarias del Sistema Nacional de Salud en 2012.**



* Razón de utilización estandarizada por edad y sexo en población mayor de 20 años, en referencia a la media de todas las áreas del Sistema Nacional de Salud.

** Procedimientos de espalda seleccionados: artrodesis, laminectomías / discectomías, descompresión del canal espinal.

Fuente: Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud

Tal como se comenta en el análisis realizado en el proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica, la cirugía vertebral no es un procedimiento que haya alcanzado un grado de consenso suficiente y las variaciones observadas sugieren diversidad de criterios de indicación. Asimismo, encontraron una relación entre tasas de este tipo de cirugía y el número de traumatólogos por 100.000 habitantes.

2.2.6. CIRUGÍA AMBULATORIA RELACIONADA CON EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

El SAS publica anualmente información sobre los principales procedimientos e intervenciones que se realizan en régimen ambulatorio (menos de 24 horas de estancia) en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), a partir de los datos del CMBD de Hospital de Día Quirúrgico. En 2015, las tres intervenciones ambulatorias más frecuentes sobre el sistema osteomuscular fueron la bunionectomía o reparación de deformidades de los dedos de los pies, la artroscopia y la escisión del cartílago semilunar de la rodilla (meniscectomía) (tabla 5). A ellas hay que añadir la intervención de descompresión de nervio periférico (aunque se clasifica en el grupo de intervenciones sobre el sistema nervioso, es habitualmente realizada en traumatología).

Las cuatro intervenciones se realizaron con más frecuencia en régimen ambulatorio que con hospitalización, siendo los índices de resolución más altos los de la descompresión de nervio periférico (sólo un 6,1% de ellas con hospitalización) y la bunionectomía (sólo un 12,3% con hospitalización) (tabla 5).

Tabla 5: Principales procedimientos relacionados con el sistema osteomuscular realizados en hospital de día quirúrgico: Andalucía, 2015

| | Nº procedimientos en HDQ* | Índice resolución** |
|---|---------------------------|---------------------|
| Bunionectomías | 5.315 | 87,7% |
| Artroscopias | 4.454 | 60,6% |
| Escisión del cartílago semilunar de rodilla | 2.531 | 77,6% |
| Descompresión de nervio periférico | 4.547 | 93,9% |

* HDQ: hospital de día quirúrgico.

** Índice de Resolución: Procedimientos realizados en HDQ x 100 / Total de procedimientos (HDQ + hospitalización)

Una proporción importante de las artroscopias y procedimientos de escisión del cartílago semilunar de la rodilla se realizó en personas jóvenes, por lo que es probable que parte de estos procedimientos estén relacionados con lesiones (tabla 6).

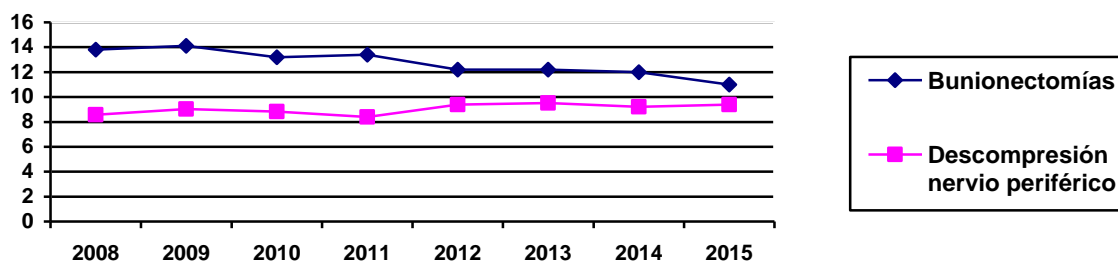
Tabla 6: Distribución por edad y sexo de los principales procedimientos relacionados con el sistema osteomuscular realizados en hospital de día

| | Bunionectomías | Artroscopias | Escisión cartílago semi-lunar rodilla | Descompresión nervio periférico |
|-----------------------|----------------|--------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Grupo de edad: | | | | |
| < 45 años | 13,5% | 41,6%* | 42,2% | 26,5% |
| 45-64 años | 50,5% | 50%* | 49,5% | 56,3% |
| > 64 años | 36,0% | 8,4%* | 8,3% | 17,2% |
| Sexo: | | | | |
| Mujeres | 86,5% | 36,5% | 32,9% | 73,8% |
| Hombres | 13,5% | 63,5% | 67,1% | 26,2% |

Por el contrario, la mayor parte de las bunionectomías e intervenciones de descompresión del nervio periférico se realizaron en personas mayores de 45 años y un porcentaje importante de ellas en mayores de 65. Estos dos procedimientos fueron mucho más frecuentes en mujeres, a diferencia de las artroscopias y la escisión del cartílago semilunar de rodilla, que fueron intervenciones más frecuentes en hombres (tabla 6).

La tendencia en estos procedimientos realizados en régimen ambulatorio en los últimos años es relativamente estable, aunque con algunos matices. La proporción de bunionectomías realizadas en hospital de día respecto al total, se mantuvo constante entre 2008 y 2015 (en un rango de 88,6% y 93,9%), al igual que la tasa anual de bunionectomías (entre 11 y 14,1 procedimientos por 10.000 personas \geq 35 años) (gráfico 23). Lo mismo ocurrió con la descompresión de nervio periférico, cuyo índice de resolución se mantuvo en rango entre 91,2% y 93,9%, y la tasa anual entre 8,4 y 9,5 procedimientos por 10.000 personas \geq 35 años) (gráfico 23).

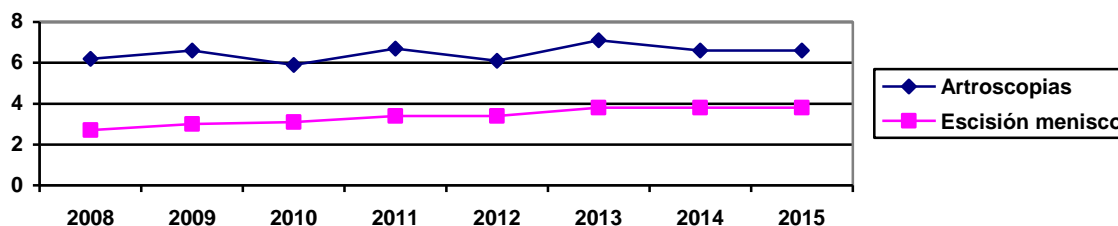
Gráfico 23. Tasas de bunionectomías realizadas en régimen ambulatorio por 10.000 personas mayores de 35 años: Andalucía 2008-2015



Las artroscopias también se mantuvieron relativamente constantes en el tiempo, tanto en la proporción realizada en régimen ambulatorio (entre 56,3% y 60,6%) como en las tasas anuales (entre 5,9 y 6,6 por 10.000 personas \geq 18 años) (gráfico 24).

En el caso de la escisión del cartílago semilunar de rodilla, se observó una ligera tendencia ascendente (sin picos) en la tasa de procedimientos realizados en régimen ambulatorio (desde 2,7 por 10.000 en 2008 a 3,8 en 2015) (gráfico 24). Sin embargo, esto aparece asociado con una tendencia a realizar más proporción de este procedimiento en hospital de día, que pasó del 64,7% en 2008 al 79,2% en 2013, para bajar en 2015 con 77,6%.

Gráfico 24. Tasas de artroscopia y escisión del cartílago semilunar de rodilla realizadas en régimen ambulatorio por 10.000 personas mayores de 18 años: Andalucía 2008-2015

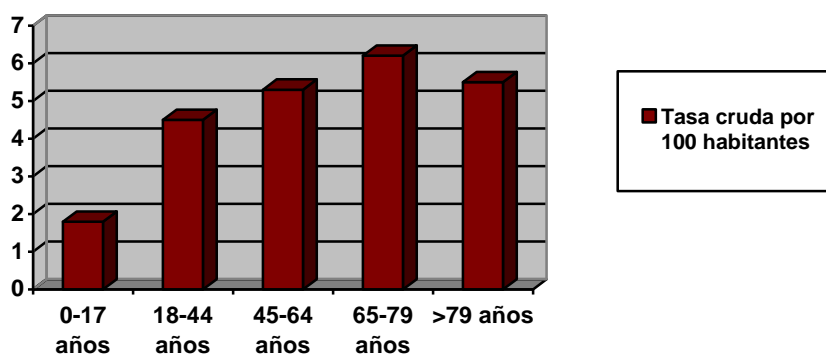


2.2.7. URGENCIAS HOSPITALARIAS POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO

En 2015, un 9,2% de las urgencias atendidas en los hospitales del SSPA fueron por problemas identificados con algún código del grupo 13 de la CIE-9 MC (*Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo*) (Goicoechea: Informe Urgencias).

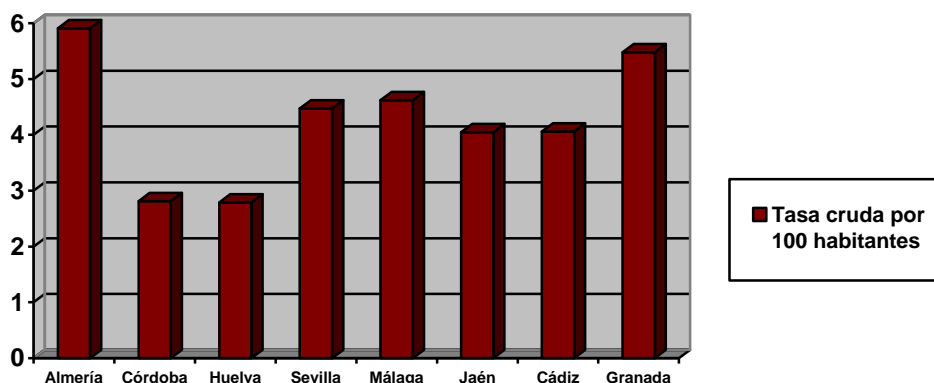
Hubo 376.060 episodios atendidos en las urgencias hospitalarias por estos problemas de salud en 2015, lo que supone una tasa de utilización de este servicio de 4,47 por 100 habitantes-año. La tasa fue aumentando con la edad, desde 1,8% en las personas menores de 18 años hasta 6,2% en el grupo de 65-79 años, para descender ligeramente a partir de los 80 años (5,5%) (gráfico 25). El 55,9% correspondieron a mujeres, siendo la tasa poblacional de 3,6% en mujeres y 2,9% en hombres.

Gráfico 25. Tasas de utilización de urgencias hospitalarias por ERYME según grupos de edad 2015



El uso de las urgencias hospitalarias por ERYME presentó diferencias entre provincias, con una tasa casi el doble en la provincia con mayor utilización (Almería: 5,9%) respecto a la de menor (Huelva: 2,8%) (gráfico 26).

Gráfico 26. Tasas de utilización de urgencias hospitalarias por ERYME según provincia 2015



Las urgencias por ERYME raramente tuvieron prioridad 1 ó 2 (no llegó al 2% la suma de episodios considerados urgencias críticas o emergencias, frente al 7,3% en el total de urgencias – por todas las causas-). Los episodios que terminaron en ingreso hospitalario fueron del 1,1%, cifra muy inferior al

del total de urgencias. Asimismo, fue más raro pasar a observación y el retorno a urgencias en las siguientes 72 horas. Los casos de exitus fueron extremadamente raros (16 casos en toda Andalucía en 2015). Todo ello indica que los episodios relacionados con el sistema osteo-mioarticular y del tejido conectivo son causa frecuente de atención en urgencias, pero con una gravedad inferior a la media de las urgencias hospitalarias (tabla 7).

Tabla 7: Características de las urgencias por problemas del sistema osteo-mioarticular: comparación entre 2013-2015

| Urgencias Sistema Osteo-mioarticular y tejido conectivo | 2013 | 2015 |
|---|--------|--------|
| Grado de prioridad | | |
| Prioridad 1 (Crítico) | 0,07% | 0,10% |
| Prioridad 2 (Emergencia) | 1,8% | 1,4% |
| Prioridad 3 (Urgencia) | 27,5% | 27,8% |
| Prioridad 4 (Estándar) | 54,7% | 58,9% |
| Prioridad 5 (No urgente) | 15,9% | 11,8% |
| Personas que ingresan | 1,1% | 0,9% |
| Personas que pasan a observación | 2,5% | 3,3% |
| Personas que retornan a Urgencias <72 horas | 4,1% | 4,7% |
| Exitus | 0,00%* | 0,00%* |

* En 2013, 11 personas fallecieron (de 273.473 urgencias): 4,0 x 100.000

* En 2015, 16 personas fallecieron (de 376.060 urgencias): 4,2 x 100.000

Teniendo en cuenta este perfil de gravedad, merece la pena profundizar en el tipo de urgencias atendidas según diagnóstico. Para ello se ha analizado el diagnóstico principal a partir del CMBD de urgencias hospitalarias de 2015 (tabla 8). De los 4 grandes grupos diagnósticos de ERyME, el de las *dorsopatías* fue el que causó un mayor uso de urgencias (46%). Atendiendo a los diagnósticos con códigos de tres dígitos, el 91,9% de los episodios de urgencias hospitalarias atendidas en 2015 se debió a 8 diagnósticos (señalados con asterisco en la tabla 8), de los cuales los más frecuentes fueron *otros trastornos* y *trastornos no especificados de espalda* (29,1% de las urgencias por ERyME), *trastornos no especificados de la articulación* (16,4%) y *otros trastornos de región cervical* (15,8%).

Dada la escasa información que aportan las denominaciones inespecíficas de estos diagnósticos de tres dígitos, se analizaron los códigos de 4 y 5 dígitos incluidos dentro de ellos (sólo dentro de los 8 más frecuentes). Se seleccionaron los diagnósticos de 4 ó 5 dígitos que tenían más de 1.000 urgencias en el año (tabla 9): 21 diagnósticos que eran la causa del 88,3% de los episodios de ERyME atendidos en urgencias.

Al analizar esos 21 diagnósticos más frecuentes (tabla 9), se puede observar que el dolor es la causa principal de frecuentación de las urgencias hospitalarias por ERyME. La suma de dolor articular, de espalda (lumbar, cervical y dorsal) y de miembros supone más de la mitad de las urgencias atendidas por ERyME (53,2%). Añadiendo a estos diagnósticos la ciática y la tortícolis se llegaría a casi el 63,5% de las mismas.

Tabla 8: Urgencias hospitalarias por ERYME: Andalucía 2015

| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CÓDIGOS de la CIE-9 MC entre paréntesis) | Nº episodios | Porcentaje [≠] |
|--|----------------|-------------------------|
| ARTROPATÍAS Y TRASTORNOS RELACIONADOS (710-719)²⁰: | 86.330 | 24,0% |
| Enfermedades sistémicas del tejido conjuntivo (710) ²¹ : lupus eritematoso sistémico y otras colagenosis | 322 | 0,1% |
| Artropatías asociadas con infecciones (711): artritis infecciosas y biogénicas | 276 | 0,1% |
| Artropatías cristalinas (712) | 16 | 0,0% |
| Artropatías asociadas con otros trastornos (713) | 6 | 0,0% |
| Artritis reumatoide y otras poliartropatías inflamatorias (714) | 590 | 0,2% |
| * Osteoartritis y trastornos conexos (715) | 11.926 | 3,3% |
| Otras artropatías y artropatías no especificadas (716) | 8.891 | 2,5% |
| Trastorno interno de rodilla (717) ²² | 3.452 | 1,0% |
| Otros trastornos de la articulación (718) | 1.648 | 0,4% |
| * Trastornos no especificados de la articulación (719) | 59.203 | 16,4% |
| DORSOPATÍAS (720-724)²³: | 165.399 | 46,% |
| Espondilitis anquilosante y otras espondilitis inflamatorias (720) | 360 | 0,1% |
| Espondilosis y trastornos conexos (721) | 2.198 | 0,6% |
| Trastornos del disco intervertebral (722) | 1.467 | 0,4% |
| * Otros trastornos de la región cervical (723) | 56.555 | 15,8% |
| * Otros trastornos y trastornos no especificados de espalda (724) | 104.819 | 29,1% |
| REUMATISMO, SALVO DE LA ESPALDA (725-729)²⁴: | 98.714 | 27,4% |
| Polimialgia reumática (725) | 335 | 0,1% |
| * Tendinitis de inserciones periféricas y síndromes conexos (726) | 33.584 | 9,3% |
| * Otros trastornos de sinovia, tendón y bursa (727) | 10.613 | 3,0% |
| * Trastornos de músculos, ligamentos y fascias (728) | 21.795 | 6,0% |
| * Otros trastornos de tejidos blandos (729) | 32.387 | 9,0% |
| OSTEOPATÍAS, CONDROPATÍAS Y DEFORMIDADES MUSCULOESQUELÉTICAS ADQUIRIDAS (730-739) | 9.290 | 2,6% |
| Osteomielitis, periostitis y otras infecciones de los huesos (730) | 335 | 0,1% |
| Osteitis deformante (731) | 6 | 0,0% |
| Osteocondropatías (732) | 1.760 | 0,5% |
| Otros trastornos de huesos y cartílagos (733) | 4.955 | 1,4% |
| Pié plano adquirido (734) | 60 | 0,0% |
| Deformidades adquiridas del dedo gordo del pie (735) | 253 | 0,1% |
| Otras deformidades adquiridas de los miembros (736) | 123 | 0,0% |
| Desviación de la columna vertebral adquirida (737) | 1.746 | 0,5% |
| Otras deformidades adquiridas (738) | 52 | 0,0% |
| TOTAL | 359.733 | 100% |

[≠] Todos los porcentajes son sobre los 359.733 episodios de atención en urgencias analizados

* Señalados con asterisco los 8 diagnósticos (códigos de 3 dígitos) más frecuentes

²⁰ En este gran grupo se excluyen los trastornos de la columna vertebral.

²¹ En este grupo se excluyen las colagenosis que afectan principalmente al aparato cardiovascular.

²² En este grupo se excluyen las lesiones actuales, así como anquilosis, deformidad y luxación recidivante.

²³ En este gran grupo se excluyen las curvaturas de columna vertebral y osteocondrosis vertebral.

²⁴ En este gran grupo se incluyen trastornos de músculos y tendones y sus accesorios, y de otros tejidos blandos.

Tabla 9: Principales ERYME (códigos de 4/5 dígitos) como causa de atención en urgencias dentro de los 8 diagnósticos de 3 dígitos más frecuentes: Andalucía 2015 (por orden de mayor a menor frecuencia)

| Diagnóstico causante de atención en urgencias (Códigos CIE-9 MC) | Nº de episodios | % sobre total de urgencias por ERYME |
|--|---------------------|--------------------------------------|
| Dolor articular (719.4) | 56.438 ^a | 15,7% |
| Lumbalgia (724.2) | 62.317 | 17,3% |
| Cervicalgia (723.1) | 44.853 | 12,5% |
| Ciática (724.3) | 26.344 | 7,3% |
| Espasmo de músculo (728.85) | 16.136 | 4,5% |
| Mialgia y miositis NEOM (729.1) | 14.059 | 4,0% |
| Dolor en miembros (729.5) | 14.542 | 4,0% |
| Tortícolis NEOM (723.5) | 10.960 | 3,0% |
| Dolor de columna dorsal (724.1) | 13.219 | 3,7% |
| Osteoartrosis localizada NEOM (715.3) | 9.845 ^b | 2,7% |
| Entesopatía no especificada (726.9) | 8.271 | 2,3% |
| Sinovitis y tenosinovitis (727.0) | 7.491 | 2,0% |
| Síndrome del manguito de los rotadores del hombro y trastornos conexos (726.1) | 8.329 | 2,3% |
| Entesopatía de tobillo y tarso (726.7) | 5.691 | 1,6% |
| Entesopatía de rodilla (726.6) | 5.189 | 1,4% |
| Entesopatía región del codo (726.3) | 4.335 ^c | 1,2% |
| Fibromatosis fascia plantar (728.71) | 3.606 | 1,0% |
| Derrame articular (719.0) | 2.088 | 0,6% |
| Neuralgia, neuritis y radiculitis NEOM (729.2) | 1.901 | 0,5% |
| Osteoartrosis no especificada (715.9) | 1.586 ^d | 0,4% |
| Tumefacción de miembro (729.81) | 1.133 | 0,3% |
| TOTAL | 318.333 | 88,3% |

NEOM: no especificada de otra manera

a) Localizaciones más frecuentes de dolor articular: rodilla (28.121), hombro (10.672) y cadera (5.908)

b) Localizaciones más frecuentes de osteoartrosis localizada NEOM (no especificada si la artrosis es primaria o secundaria): rodilla (7.660) y cadera (1.255)

c) La entesopatía del codo más frecuente fue la epicondilitis (2.576)

d) Osteoartrosis en que no se especifica si es generalizada o localizada

2.2.8. PRIMERAS VISITAS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS ESPECIALIDADES RELACIONADAS CON LAS ERYME

En 2016, se atendieron en Andalucía un total de 601.382 primeras visitas procedentes de Atención Primaria en las tres especialidades relacionadas con las ERYME (Cirugía Ortopédica y Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación, y Reumatología), lo que supone que el 7,3% de la población ha tenido una primera visita en el año en alguna de estas especialidades (tabla 10).

A nivel de Andalucía, más de dos tercios de las primeras visitas de estas tres especialidades correspondieron a Traumatología; pero el peso de cada especialidad varió entre las provincias andaluzas, lo que es posible que guarde relación con distintas formas de organización entre las tres especialidades y entre el nivel hospitalario y la atención primaria, así como con la distribución de recursos. A título de ejemplo, Córdoba es la provincia con un menor porcentaje de primeras visitas en Traumatología, y mayor porcentaje en Rehabilitación, lo que tiene un correlato con las tasas. Con

un patrón distinto, Granada es la provincia con el menor porcentaje de visitas en Rehabilitación y Cádiz con el mayor porcentaje de visitas en Reumatología.

En definitiva, cabe poner en relieve las tasas de derivación a Traumatología (4,3 de cada 100 personas al año tienen una primera visita) y Rehabilitación (2,5 de cada 100), así como la variabilidad en el peso de las tres especialidades.

Tabla 10. Primeras visitas procedentes de Atención Primaria en las especialidades de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación, y Reumatología

| PROVINCIA | Número de visitas por especialidad y porcentaje respecto al total de las tres especialidades | | | | Tasas de primeras visitas por 100 habitantes por especialidad | | | |
|------------------|--|----------------|----------------|---------------|---|----------|----------|-----------|
| | Total de visitas* | COT (%) | MFR (%) | REUM (%) | Tasa total* | Tasa COT | Tasa MFR | Tasa REUM |
| Almería | 46.856 | 24.547 | 19.812 | 2.497 | 6,6% | 3,5% | 2,8% | 0,4% |
| | 100,0% | 52,4% | 42,3% | 5,3% | | | | |
| Cádiz | 76.397 | 31.799 | 25.052 | 19.546 | 6,4% | 2,7% | 2,1% | 1,6% |
| | 100% | 41,6% | 32,8% | 25,6% | | | | |
| Córdoba | 68.485 | 18.295 | 47.266 | 2.924 | 8,8% | 2,4% | 6,1% | 0,4% |
| | 100,0% | 26,7% | 69,0% | 4,3% | | | | |
| Granada | 69.179 | 50.897 | 12.960 | 5.322 | 7,6% | 5,6% | 1,4% | 0,6% |
| | 100% | 73,6% | 18,7% | 7,7% | | | | |
| Huelva | 39.249 | 27.480 | 10.299 | 1.470 | 7,6% | 5,3% | 2,0% | 0,3% |
| | 100% | 70,0% | 26,2% | 3,7% | | | | |
| Jaén | 56.112 | 22.890 | 29.281 | 3.941 | 8,8% | 3,6% | 4,6% | 0,6% |
| | 100% | 40,8% | 52,2% | 7,0% | | | | |
| Málaga | 107.662 | 81.743 | 20.918 | 5.001 | 6,9% | 5,2% | 1,3% | 0,3% |
| | 100,0% | 75,9% | 19,4% | 4,6% | | | | |
| Sevilla | 137.442 | 92.069 | 35.412 | 9.961 | 7,2% | 4,8% | 1,9% | 0,5% |
| | 100,0% | 67,0% | 25,8% | 7,2% | | | | |
| Andalucía | 601.382 | 349.720 | 201.000 | 50.662 | 7,3% | 4,3% | 2,5% | 0,6 |
| | 100% | 58,2% | 33,4% | 8,4% | | | | |

* Suma de las tres especialidades

COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología; MFR: Medicina Física y Rehabilitación; REUM: Reumatología.

2.2.9. REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

En 2016, la población atendida ascendió a 148.707 personas, de las que 98.813 recibieron tratamiento individual (66,4%) y 49.894 tratamiento grupal (33,6%). A estos tratamientos en sala, hay que añadir la atención en el domicilio, prestada tanto por los fisioterapeutas de sala (8.377) como por los equipos móviles de rehabilitación (5.415). Por otro lado, los pacientes en tratamiento con terapeutas ocupacionales han estado por encima de los 2.400 en los tres últimos años, con 3.007 personas en 2016.

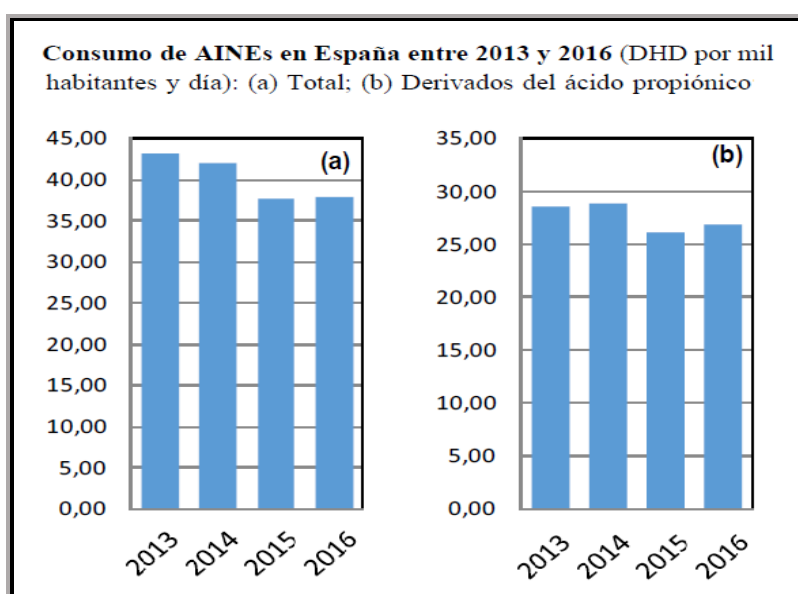
Los datos de rehabilitación en AP están recogidos en el SIGAP y han sido facilitados por el SAS.

2.2.10. CONSUMO DE MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON LAS ERYME

A. ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINEs)

Según el Informe de utilización de medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINEs) en España durante 2013-2016 de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), el consumo de AINEs en España ha pasado de 43,1 DHD en 2013 a 37,9 DHD en 2016, lo que supone un descenso de algo más del 12%. En relación al subgrupo de mayor consumo (derivados del ácido propiónico) destaca el ibuprofeno, como principio activo de mayor consumo 51%, y en segundo lugar el naproxeno 8,6% (gráfico12).

Gráfico 12. Consumo total de AINEs en España entre 2013 y 2016. AEMPS. MSSSI



Fuente: Informe Agencia española de medicamentos y productos sanitarios, 2017.

En Andalucía, la tasa de consumo media de AINE en receta oficial (SAS) fue de 37,6 DDD/1.000 TAFE y día en 2014²⁵, lo que representa una disminución respecto al año anterior (41,3 DDD/1.000 TAFE y día en 2013). El consumo por área sanitaria fue variable, oscilando en 2016 entre 28,6 DDD/1.000 TAFE y día en el distrito Sevilla y 54,5 en el distrito Guadalquivir de la provincia de Córdoba, lo que supone una razón de 1,91 entre las dos áreas extremas.

Es importante resaltar que un indicador de calidad del SAS es el porcentaje de DDD de ibuprofeno + naproxeno respecto al total de DDD de AINE, con unos estándares entre el 45% y el 60%. En 2016, la media de este indicador en Andalucía estaba en el 59%, con una subida desde 2014 de 5,6 puntos porcentuales (tabla 11).

²⁵ La tasa de consumo se expresa en DDD /1.000 TAFE y día. DDD: dosis diaria definida: dosis media de mantenimiento por día para un fármaco cuando se usa en su principal indicación en pacientes adultos.

TAFE: número de tarjetas sanitarias ajustadas por edad, tipo de aportación del usuario en prestación farmacéutica y consumo de medicamentos; la TAFE es una forma de estandarizar la población para poder comparar áreas a pesar de que sus características poblacionales sean diferentes, especialmente en la edad.

Tabla 11. Indicador de prescripción de AINES en Andalucía: 2014-2016

| Porcentaje DDD ibuprofeno + naproxeno/DDD total AINES | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Provincia | 2014 | 2015 | 2016 |
| Almería | 54,2 | 56,6 | 59,4 |
| Cádiz | 54,4 | 58,4 | 61,1 |
| Córdoba | 50,4 | 54,6 | 57,1 |
| Granada | 56,1 | 57,6 | 58,7 |
| Huelva | 48,3 | 50,4 | 51,9 |
| Jaén | 54,8 | 56,9 | 58,1 |
| Málaga | 49,5 | 54,2 | 56,5 |
| Sevilla | 56,9 | 61,3 | 63,3 |
| Andalucía | 53,4 | 56,9 | 59,0 |

B. ANÁLGESICOS Y ANTIPIRÉTICOS

La tasa de consumo media de analgésicos y antipiréticos en receta oficial de AP del SAS fue de 38,1 DDD/1.000 TAFE y día en 2014, similar a la de 2013 (37,7). El consumo por áreas en 2014 osciló entre 27,4 DDD/1.000 TAFE y día en el distrito Costa del Sol y 48,7 en el AGS Norte de Jaén²⁶, (razón: 1,78).

C. MEDICAMENTOS PARA LA OSTEOPOROSIS / PREVENCIÓN DE FRACTURAS

La tasa de consumo media de medicamentos para la prevención de fracturas en receta oficial de AP del SAS fue de 9,4 DDD/1.000 TAFE y día en 2014, algo menor que la de 2013 (11,0). La variabilidad en la tasa de consumo en 2014 estuvo en un rango entre 7,1 DDD/1.000 TAFE y día en el distrito Valle del Guadalhorce (Málaga) y 13,4 en el AGS Norte de Jaén (razón: 1,89).

D. OPIOIDES

En Andalucía, según datos del SAS, en el año 2014, el consumo de opioides fue de 14,3 DTD²⁷, con una variabilidad entre áreas sanitarias de 9,5 a 21,3 (razón entre las dos áreas extremas de 2,24).

El consumo de opioides en España muestra una significativa tendencia de crecimiento en los últimos años. En Andalucía se ha analizado el consumo durante el año 2016 y comparado con el año 2015. En el año 2016, el gasto del SAS en opiodes fue de 82.520.536,46 euros (un 12,42% más que en 2015), con un consumo de 62.342.514 DDD (13,59% más que en 2015). En la tabla 12 se presentan estos datos para los diferentes principios activos del grupo de opioides.

Tabla 12. Importe y consumo (DDD) de opioides en el año 2016 e incremento respecto al mismo periodo de 2015

| Principio activo | Importe 2016 | Incremento importe | DDD 2016 | Incremento de DDD |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| FENTANILO | 34.085.098,14 | 13,15% | 7.377.221 | 9,54% |
| PETIDINA CLORHIDRATO | 42.782,96 | 8,95% | 12.729 | 7,37% |
| TAPENTADOL | 10.631.789,91 | 27,81% | 1.857.300 | 27,77% |
| TRAMADOL CLORHIDRATO | 6.974.858,50 | 0,17% | 10.900.073 | 0,31% |
| OXICODONA / NALOXONA | 9.779.427,86 | 20,36% | 4.167.380 | 19,44% |
| MORFINA | 1.315.464,25 | 13,68% | 916.225 | 14,13% |
| OXICODONA | 555.980,97 | 3,88% | 272.049 | 6,24% |
| HIDROMORFONA | 800.318,27 | -22,13% | 224.984 | -10,09% |
| TRAMADOL CLORHIDRATO/ PARACET | 11.366.936,08 | 19,65% | 31.044.750 | 25,33% |
| IBUPROFENO / CODEINA | 303.465,87 | -6,69% | 254.550 | -6,74% |
| PARACETAMOL / CODEINA | 1.136.521,89 | -6,45% | 3.216.805 | -5,72% |
| BUPRENORFINA | 5.527.891,76 | -9,00% | 2.098.447 | -18,18% |
| TOTAL OPIOIDES | 82.520.536,46 | 12,42% | 62.342.514 | 13,59% |

²⁶ Cita web SAS_ Farmacia- Consumo.

²⁷ DTD: DDD / 1.000 tarjetas y día

De los diferentes principios activos, el más prescrito fue el tramadol clorhidrato/paracetamol (49,8% de las DDD), seguido del tramadol clorhidrato y del fentanilo. En términos de coste, el gasto mayor lo representa el fentanilo (41,3% del importe total en opioides, siendo el 11,8% de las DDD). El opioide con mayor coste por DDD es tapentadol, que al mismo tiempo ha sufrido el mayor incremento en la prescripción, superior al 27% respecto a 2015.

Al analizar el cambio entre 2015 y 2016 por área sanitaria, se aprecia la variabilidad en la tendencia. El incremento en DDD respecto a 2015 osciló entre un 5,1% en el distrito Costa del Sol hasta un 13,8% el distrito Jaén Sur. La variabilidad del incremento en el importe fue aún mayor, oscilando entre un 5,4% en el AGS Norte de Cádiz y un 15,1% en el AGS Norte de Málaga.

En cuanto a las vías de administración, del grupo de opioides mayores (excluyendo tramadol y sus asociaciones y codeína asociada), las formas farmacéuticas distintas a los parches (vías oral, nasal, sublingual, bucofaríngea y parenteral) representaron el 40% de las DDD y el 60% del importe. El 60% de opioides mayores de prescribieron en forma de parches (fentanilo y buprenorfina).

En relación a la calidad de la prescripción, uno de los indicadores del SAS es el porcentaje de DDD de morfina respecto al total de DDD de opioides mayores. Establece en el contrato programa de 2015 un mínimo del 4% (tanto en AP como en AH) y un óptimo del 10% en AP y del 21% en AH. Aunque la media de AP de Andalucía en 2016 está por encima del mínimo exigido (5,42%), la variabilidad entre provincias es importante, entre un 4% de Córdoba y 6,7% de Málaga (tabla 13).

Tabla 13. Indicadores de prescripción de opioides en Andalucía: 2014-2016

| Porcentaje DDD morfina/DDD total opioides mayores | | | |
|---|------------|------------|------------|
| Provincia | 2014 | 2015 | 2016 |
| Almería | 4,1 | 5,2 | 5,7 |
| Cádiz | 3,3 | 3,7 | 4,3 |
| Córdoba | 3,3 | 3,6 | 4,0 |
| Granada | 4,6 | 5,3 | 5,6 |
| Huelva | 6,9 | 7,1 | 6,6 |
| Jaén | 4,5 | 4,6 | 4,6 |
| Málaga | 5,7 | 6,1 | 6,7 |
| Sevilla | 5,8 | 6,0 | 5,8 |
| Andalucía | 4,7 | 5,2 | 5,4 |

E. MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS

Según datos del SAS (notificados por los centros a través del sistema de información del SAS), los hospitales que dispensaron medicamentos biológicos en 2014 y 2013 para pacientes de Reumatología fueron los regionales y de especialidades, con un rango en el último año entre 167 y 807 pacientes por hospital. Sin embargo, cabe señalar que hubo 7 hospitales comarcales que también dispensaron estos medicamentos a un número mucho menor de pacientes (entre 1 y 95); concretamente los hospitales Infanta Margarita, Valle de los Pedroches, AGS Norte de Jaén, Santa Ana (Motril), Axarquía, Serranía de Ronda y La Merced (Osuna).

En la tabla 14 se presentan los resultados del consumo de medicamentos biológicos en Reumatología en el SAS por hospitales y la prevalencia de pacientes que usan estos medicamentos por provincia. En primer lugar, llama la atención la variabilidad entre provincias al relacionar los datos con la población de cada una de ellas. La prevalencia de personas tratadas con estos medicamentos por problemas reumatológicos varía entre 11,6 por 10.000 habitantes en Granada y 3,9 en Jaén (año 2014). Aunque es posible que haya trasvase de pacientes de una provincia a otra para el tratamiento, parece difícil explicar una variabilidad tan alta sólo por este motivo o por la distinta prevalencia de problemas reumáticos, y es posible que parte de ella pueda estar relacionada con distintos estilos de práctica clínica

En segundo lugar, señalar que el coste anual total de estos medicamentos está en torno a los 50 millones de euros, aumentando 2 millones entre 2013 y 2014 (incremento: 4,1%), debido sobre todo al aumento del número de pacientes tratados (4,48%), ya que el coste por paciente apenas ha variado. Hasta 5 de los 7 hospitales comarcales que dispensaron medicamentos biológicos tuvieron un coste por paciente por encima de la media de Andalucía, con un amplio rango entre 2.516 a 15.971 euros por paciente en 2014. El rango de coste por paciente en este mismo año en el caso de los hospitales regionales y de especialidades fue mucho menor, entre 6.374 y 8.916 euros.

Entre noviembre de 2016 y octubre de 2017, el consumo de medicamentos biológicos en reumatología prescritos en los hospitales del SAS representó un gasto total de 59.920.327 €, lo que representa un incremento del 17,2% respecto al año 2014, asociado al incremento en el número total de pacientes tratados.

Tabla 14. Utilización de medicamentos biológicos en Reumatología en el Servicio Andaluz de Salud

| HOSPITAL | Consumo (€) 2014 | Nº pacientes 2014 | Coste / Pac 2014 | Consumo (€) 2013 | Nº pacientes 2013 | Coste / Pac 2013 | % Variación 2014-2013 | | |
|--------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------|--------------------|
| | | | | | | | Consumo | Nº de pacientes | Coste por paciente |
| H. VIRGEN DEL ROCÍO | 5.503.099 | 807 | 6.819 | 5.771.085 | 810 | 7.125 | -4,64% | -0,37% | -4,29% |
| H. VIRGEN DE VALME | 2.992.108 | 409 | 7.316 | 2.754.864 | 408 | 6.752 | 8,61% | 0,25% | 8,35% |
| H. VIRGEN MACARENA | 3.826.908 | 562 | 6.809 | 4.611.984 | 547 | 8.431 | -17,02% | 2,74% | -19,24% |
| H. LA MERCED (OSUNA) | 766.245 | 95 | 8.066 | 687.996 | 85 | 8.094 | 11,37% | 11,76% | -0,35% |
| SEVILLA tasa/10.000 hab | | 9,7 | | | 9,6 | | | | |
| H. PUERTA DEL MAR | 2.399.597 | 344 | 6.976 | 2.221.719 | 281 | 7.906 | 8,01% | 22,42% | -11,77% |
| CAMPO DE GIBRALTAR | 1.064.439 | 167 | 6.374 | 827.504 | 158 | 5.237 | 28,63% | 5,70% | 21,70% |
| H. JEREZ DE LA FRONTERA | 3.664.116 | 467 | 7.846 | 3.768.905 | 420 | 8.974 | -2,78% | 11,19% | -12,56% |
| H. PUERTO REAL | 1.875.592 | 225 | 8.336 | 1.709.458 | 214 | 7.988 | 9,72% | 5,14% | 4,35% |
| CÁDIZ tasa/10.000 hab | | 9,6 | | | 8,6 | | | | |
| H. VIRGEN DE LAS NIEVES | 6.267.870 | 703 | 8.916 | 5.193.729 | 687 | 7.560 | 20,68% | 2,33% | 17,93% |
| H. SAN CECILIO | 2.725.061 | 362 | 7.528 | 2.831.900 | 385 | 7.356 | -3,77% | -5,97% | 2,34% |
| H. SANTA ANA (MÓTRIL) | 37.454 | 3 | 12.485 | 31.956 | 3 | 10.652 | 17,21% | 0,00% | 17,21% |
| GRANADA tasa/10.000 hab | | 11,6 | | | 11,7 | | | | |
| H. REINA SOFIA | 3.533.492 | 415 | 8.514 | 3.299.564 | 411 | 8.028 | 7,09% | 0,97% | 6,06% |
| H. VALLE PEDROCHES | 31.942 | 2 | 15.971 | 12.840 | 1 | 12.840 | 148,78% | 100,00% | 24,39% |
| H. INFANTA MARGARITA | 7.290 | 1 | 7.290 | 11.846 | 1 | 11.846 | -38,46% | 0,00% | -38,46% |
| CÓRDOBA tasa/10.000 hab | | 5,2 | | | 5,2 | | | | |
| H. REGIONAL DE MÁLAGA | 4.906.712 | 581 | 8.445 | 4.586.067 | 572 | 8.018 | 6,99% | 1,57% | 5,33% |
| H. VIRGEN DE LA VICTORIA | 2.384.134 | 323 | 7.381 | 2.277.754 | 279 | 8.164 | 4,67% | 15,77% | -9,59% |
| H. LA SERRAÑÍA | 97.628 | 11 | 8.875 | 85.278 | 9 | 9.475 | 14,48% | 22,22% | -6,33% |
| H. LA AXARQUÍA | 77.510 | 8 | 9.689 | 70.157 | 7 | 10.022 | 10,48% | 14,29% | -3,33% |
| MÁLAGA tasa/10.000 hab | | 5,7 | | | 5,4 | | | | |
| C.H. DE HUELVA | 3.393.720 | 399 | 8.506 | 3.038.313 | 379 | 8.017 | 11,70% | 5,28% | 6,10% |
| HUELVA tasa/10.000 hab | | 7,7 | | | 7,3 | | | | |
| C. H. DE JAÉN | 2.147.768 | 253 | 8.489 | 1.994.298 | 232 | 8.596 | 7,70% | 9,05% | -1,24% |
| AGS NORTE DE JAÉN | 2.516 | 1 | 2.516 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JAÉN tasa/10.000 hab | | 3,9 | | | 3,5 | | | | |
| H. TORRECÁRDENAS | 3.418.173 | 457 | 7.480 | 3.413.268 | 423 | 8.069 | 0,14% | 8,04% | -7,31% |
| ALMERÍA tasa/10.000 hab | | 6,6 | | | 6,1 | | | | |
| TOTAL HOSPITALES SAS | 51.123.374 | 6.595 | 7.752 | 49.105.976 | 6.312 | 7.780 | 4,11% | 4,48% | - 036% |

2.2.11. PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE RUEDAS Y ORTESIS

Aunque no todas las prescripciones de estos productos están relacionadas con procesos ERyME, cabe resaltar que muchas de ellas sí lo son. En el año 2016 se recetaron en Andalucía 22.403 sillas de ruedas, 257.466 ortesis y 57.739 ortoprotesis especiales (tabla 15). Todo ello suma un gasto de 37.960.573 millones de euros, con una reducción de gasto con respecto al año 2012 cercano a los 5 millones de euros, mientras que el número de prescripciones varía menos.

Tabla 15: Sillas de ruedas, ortesis y ortoprotesis especiales 2012-2016 en el SSPA

| Año | Número prescripciones | | Gasto (euros) | | Prescripciones (x 1.000 hab) | |
|-------------------------|-----------------------|---------|---------------|------------|------------------------------|------|
| | 2012 | 2016 | 2012 | 2016 | 2012 | 2016 |
| Sillas de rueda | 22.733 | 22.403 | 13.862.028 | 11.707.737 | 2,7 | 2,7 |
| Ortesis | 252.793 | 257.466 | 25.874.849 | 23.356.380 | 30,1 | 30,7 |
| Ortoprótesis especiales | 61.921 | 57.739 | 3.085.175 | 2.896.456 | 7,4 | 6,9 |

2.3 RECURSOS DEL SSPA

2.3.1. CARTERA DE SERVICIOS Y PROFESIONALES

ATENCIÓN PRIMARIA

En la cartera de servicios del SAS, recientemente actualizada

(http://www.juntadeandalucia.es/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_carteraserviciosAP)

se incluye:

- En la atención a problemas específicos y en el abordaje de problemas crónicos: los PAI *Dolor crónico no oncológico* y *Fibromialgia*.
- En otros procesos prevalentes: los PAI *Artrosis de rodilla y cadera* y *Artroplastia de cadera*.
- En los servicios de apoyo: la rehabilitación.

No se hace otra mención específica a las ERyME ni a su impacto.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

La cartera de servicios hospitalaria difiere en cada hospital y está vinculada a la presencia de profesionales relacionados con las ERyME (tabla 16).

- **Cirugía ortopédica y traumatológica (COT):** existe en todos los hospitales y en la mayoría de hospitales de alta resolución (HAR) salvo en Alcaudete y Sierra Norte.
- **Medicina Física y Rehabilitación (MFR):** existe en todos los hospitales y en los HAR salvo en Valle del Guadiato, Sierra del Segura, Alcaudete, Alcalá la Real y Benalmádena.
- **Fisioterapia** existe en todos los hospitales y en HAR salvo en Benalmádena.

- **Reumatología (REUM)** existe en todos los hospitales regionales y en ninguno de los HAR. En el resto de tipos de hospitales hay variabilidad interprovincial, sin un criterio claro de asignación.

Tabla 16: Profesionales por áreas, centros y provincias

| PROFESIONALES POR ÁREA | COT | MFR | REUMATOLOGÍA | FISIOTERAPIA |
|----------------------------------|------------|------------|--------------|--------------|
| AGS NORTE ALMERIA | 5 | 4 | | 7 |
| H TORRECARDENAS | 20 | 10 | 6 | 24 |
| H PONIENTE | 16 | 8 | | 16 |
| HAR EL TOYO | 1 | 1 | | 5 |
| ALMERÍA | 42 | 23 | 6 | 51 |
| AGS CAMPO DE GIBRALTAR | 18 | 9 | 4 | 16 |
| AGS NORTE CADIZ | 19 | 6 | 7 | 16 |
| H PUERTA DEL MAR | 17 | 9 | 7 | 25 |
| H PUERTO REAL | 16 | 6 | | 11 |
| CÁDIZ | 70 | 30 | 18 | 68 |
| AGS NORTE DE CORDOBA | 5 | 3 | 1 | 4 |
| AGS SUR CORDOBA | 9 | 5 | 1 | 8 |
| H REINA SOFIA | 30 | 15 | 13 | 22 |
| H MONTILLA | 7 | 2 | | 2 |
| HAR PUENTE GENIL | 1 | 2 | | 2 |
| HAR VALLE DEL GUADIATO | 1 | | | 1 |
| CÓRDOBA | 53 | 27 | 15 | 39 |
| AGS NORDESTE GRANADA | 9 | 3 | | 6 |
| AGS SUR GRANADA | 9 | 2 | 1 | 7 |
| COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA | 57 | 21 | 12 | 54 |
| HAR GUADIX | 2 | 1 | | 3 |
| GRANADA | 76 | 27 | 13 | 70 |
| AGS NORTE HUELVA | 8 | 3 | | 3 |
| COMPLEJO HOSP HUELVA | 29 | 19 | 4 | 25 |
| HUELVA | 37 | 22 | 4 | 28 |
| AGS NORTE JAEN | 21 | 8 | 1 | 23 |
| COMPLEJO HOSP DE JAEN | 20 | 9 | 5 | 20 |
| HAR SIERRA DE SEGURA | 1 | | | 1 |
| HAR ALCAUDETE | | | | 1 |
| HAR ALCALÁ LA REAL | 1 | | | 3 |
| H. ALTO GUADALQUIVIR | 6 | 2 | | 4 |
| JAÉN | 49 | 19 | 6 | 51 |
| AGS ESTE MALAGA - AXARQUIA | 12 | 2 | | 7 |
| AGS NORTE MALAGA | 10 | 2 | | 6 |
| AGS SERRANIA MALAGA | 8 | 2 | | 7 |
| H REGIONAL MÁLAGA | 35 | 16 | 7 | 40 |
| H VIRGEN DE LA VICTORIA | 31 | 8 | 4 | 20 |
| H COSTA DEL SOL | 12 | 4 | | 13 |
| HAR BENALMÁDENA | 3 | | | |
| MÁLAGA | 110 | 34 | 11 | 93 |
| AGS DE OSUNA | 11 | 3 | 1 | 3 |
| AGS SUR SEVILLA | 20 | 12 | 9 | 14 |
| H VIRGEN DEL ROCIO | 47 | 20 | 17 | 56 |
| H VIRGEN MACARENA | 37 | 16 | 9 | 31 |
| HAR ÉCIJA | 6 | 1 | | 1 |
| HAR LEBRIJA | 1 | 1 | | 1 |
| HAR SIERRA NORTE | | 1 | | 1 |
| HAR UTRERA | 2 | 2 | | 3 |
| SEVILLA | 123 | 56 | 36 | 110 |
| TOTAL ANDALUCÍA | 561 | 238 | 109 | 511 |

Fuente: Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud (Abril 2017)

El número de profesionales totales y el número de profesionales por población ligadas a las EryME, en la proporción de tasas, varía según especialidad y provincias (tabla 17). El número de profesionales por 100.000 habitantes oscila entre 5,9 y 8,4 en COT, entre 2,2 y 4,3 en MFR, entre 0,7 y 1,9 en Reumatología y entre 5,1 y 8 en Fisioterapia.

Tabla 17. Número y tasa (x 100.000 habitantes) de profesionales por especialidad y provincias

| PROFESIONALES POR PROVINCIA | COT | MFR | REUMATOLOGÍA | FISIOTERAPIA |
|-----------------------------|------------|------------|--------------|--------------|
| ALMERIA | 6,0 | 3,2 | 0,8 | 7,3 |
| CADIZ | 5,9 | 2,5 | 1,5 | 5,8 |
| CORDOBA | 6,8 | 3,5 | 1,9 | 5,1 |
| GRANADA | 8,4 | 3,0 | 1,4 | 7,7 |
| HUELVA | 7,2 | 4,3 | 0,8 | 5,3 |
| JAEN | 7,7 | 3,0 | 0,9 | 8,0 |
| MALAGA | 7,1 | 2,2 | 0,7 | 5,9 |
| SEVILLA | 6,5 | 2,9 | 1,9 | 5,8 |
| TOTAL ANDALUCÍA | 6,8 | 2,9 | 1,3 | 6,2 |

Fuente: Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud (Abril 2017)

2.3.2. ORGANIZACIÓN EN UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

En cuanto a la organización en Unidades de Gestión Clínica (UGC), existen modelos diversos según centros, áreas sanitarias y provincias. Tanto en las AGS como en los hospitales ligados a distritos sanitarios, la rehabilitación suele estar organizada en UGC que implican al servicio del MFR del hospital y a la Fisioterapia de AP (Fisio-AP)²⁸. En ocasiones las UGC de rehabilitación incluyen sólo el servicio de MFR y la Fisio-AP, si bien en bastantes casos engloban también a otros servicios, sobre todo COT y REUM, y en algunos casos a ambos (tabla 18).

Tabla 18. UGC que incluyen los servicios de rehabilitación y fisioterapia tanto en AH como en AP

| PROVINCIA | Centro | UGC 2017 | Adscripciones |
|-----------|------------------------|--|---------------|
| ALMERIA | AGS Norte de Almería | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | AGS Norte de Almería | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | |
| | H. Torrecárdenas | INTERNIVELES DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN | DS Almería |
| CADIZ | AGS Campo de Gibraltar | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | AGS Campo de Gibraltar | REHABILITACIÓN Y REUMATOLOGÍA | |
| | AGS Norte de Cádiz | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | AGS Norte de Cádiz | REHABILITACIÓN Y NEUROFISIOLOGÍA | |
| | AGS Norte de Cádiz | REUMATOLOGÍA | |
| | H. Puerta del Mar | CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA | |
| | H. Puerto Real | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |

²⁸ Las únicas excepciones son el Complejo Hospitalario de Granada (UGC formada exclusivamente por el servicio de MFyR hospitalario) y el AGS Serranía de Málaga (UGC de nivel hospitalario que aúna el servicio de MFyR y el de Cirugía Ortopédica y Traumatología).

| PROVINCIA | Centro | UGC 2017 | Adscripciones |
|-----------|--------------------------|--|--|
| | H. Puerto Real | INTERNIVELES DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | H. Puerta del Mar DS Bahía de Cádiz-La Janda |
| CORDOBA | AGS Norte de Córdoba | CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA, REHABILITACIÓN Y REUMATOLOGÍA | |
| | AGS Sur de Córdoba | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGIA | |
| | AGS Sur de Córdoba | REHABILITACIÓN | |
| | H. Reina Sofía | APARATO LOCOMOTOR | |
| | H. Reina Sofía | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | H. Reina Sofía | INTERNIVELES DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | DS Córdoba DS Guadalquivir |
| | H. Reina Sofía | REUMATOLOGÍA | |
| GRANADA | AGS Nordeste de Granada | CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN | |
| | AGS Sur de Granada | CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN | |
| | H. Virgen de las Nieves | INTERCENTROS DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | H. Campus de la Salud H. Campus de la Salud |
| HUELVA | AGS Norte de Huelva | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | AGS Norte de Huelva | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | |
| | H. Infanta Elena | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | H. Infanta Elena | INTERNIVELES DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | DS Condado-Campiña DS Huelva-Costa |
| | H. Juan Ramón Jiménez | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | H. Juan Ramón Jiménez | INTERNIVELES DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | DS Condado-Campiña DS Huelva-Costa |
| JAEN | AGS Norte de Jaén | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | AGS Norte de Jaén | REHABILITACIÓN Y REUMATOLOGÍA | |
| | CH Jaén | INTERNIVELES DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA, REHABILITACIÓN Y REUMATOLOGÍA | DS Jaén DS Jaén Sur |
| MALAGA | AGS Este de Málaga | CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN | |
| | AGS Norte de Málaga | CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN | |
| | AGS Serranía de Málaga | CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN | |
| | H. Regional de Málaga | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | H. Regional de Málaga | INTERNIVELES DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION | DS Málaga |
| | H. Virgen de la Victoria | INTERNIVELES DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN | DS Costa del Sol DS Málaga DS Valle del Guadalhorce |
| SEVILLA | AGS Osuna | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | AGS Sur de Sevilla | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | AGS Sur de Sevilla | REUMATOLOGÍA | |
| | H. Virgen del Rocío | CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA | |
| | H. Virgen del Rocío | INTERNIVELES DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | H. Virgen Macarena AGS Sur de Sevilla DS Aljarafe DS Sevilla Norte DS Sevilla AGS Osuna |
| | H. Virgen Macarena | CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA | |
| | H. Virgen Macarena | REUMATOLOGÍA | |

No es frecuente la organización de UGC que incluyan al mismo tiempo COT y REUM. A los dos casos mencionados en la tabla 18 (AGS Norte de Córdoba y CH de Jaén con los distritos de Jaén y Jaén Sur: donde están además unidos a MFR y Fisioterapia de AP), hay que añadir dos UGC formadas por estos dos servicios exclusivamente (sin MFR) en el H Puerta del Mar y el H Virgen del Rocío.

Además, cabe destacar que en dos hospitales, la Reumatología se une a Medicina Interna para formar UGC (CH Huelva y el H de Torrecárdenas).

Por último, son frecuentes las UGC formadas por un solo servicio en COT y en Reumatología (tabla 19).

Tabla 19. UGC formadas por un único servicio clínico

| Servicio | AGS | Hospitales |
|-------------|--|--|
| COT | - AGS Campo de Gibraltar - AGS Norte de Cádiz - AGS Norte de Almería - AGS Sur de Córdoba - AGS Norte de Jaén - AGS Osuna - AGS Sur de Sevilla | - H Puerto Real - H Regional de Málaga - CH Granada - H Reina Sofía - CH Huelva - H Virgen Macarena |
| REUM | - AGS Norte de Cádiz - AGS Sur de Sevilla | - UGC intercentros: H Regional de Málaga + H Virgen de la Victoria - CH Granada - H Reina Sofía - H Virgen Macarena |

2.4 INCAPACIDAD TEMPORAL POR ERYME

Se han analizado los datos de incapacidad temporal (IT) por ERYME en Andalucía en 2015, a partir de las IT cuyo diagnóstico coincidía con alguno de los códigos del grupo 13 de la CIE-9 (*Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular y Tejido Conjuntivo*).

En Andalucía hubo un total de 524.215 episodios de IT nuevos por todas las causas en una población asegurada de 3.225.745 personas. De ellos, 127.353 (24,2%) fueron por problemas de salud del sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo, lo que corresponde a una incidencia anual del 3,9% en esta población. La incidencia presentó algunas diferencias entre provincias, siendo Jaén la provincia con menos IT por ERYME (3,3%) y Málaga la de mayor número de casos e incidencia (4,3%) (tabla 20).

Tabla 20: Incapacidad temporal por ERYME: incidencia por provincia en 2015

| Provincia | Nº episodios IT | Población asegurada | Incidencia |
|------------------|-----------------|---------------------|-------------|
| Almería | 11.769 | 283.549 | 4,1% |
| Cádiz | 14.987 | 429.137 | 3,4% |
| Córdoba | 11.453 | 316.144 | 3,6% |
| Granada | 13.048 | 354.793 | 3,6% |
| Huelva | 8.610 | 213.638 | 4,0% |
| Jaén | 8.707 | 257.936 | 3,3% |
| Málaga | 26.668 | 616.488 | 4,3% |
| Sevilla | 32.111 | 754.060 | 4,2% |
| Andalucía | 127.353 | 3.225.745 | 3,9% |

De los cuatro grandes grupos de ERYME según la CIE-9 MC, el que más episodios de IT causó fue el de las *dorsopatías* (62,1% del total de IT por ERYME). Dentro de ellas, el diagnóstico más

frecuente fue el de *otros trastornos y trastornos no especificados de espalda* (código 724: incluye lumbalgia, citalgia, dorsalgia, entre otros), con 56.211 bajas (44,1%); seguido de *otros trastornos de la región cervical* (código 723: incluye cervicalgia, tortícolis, etc.), con 18.932 bajas (14,8%)(tabla 21).

El segundo gran grupo de ERYME causante de incapacidad temporal fue el de las *artropatías y trastornos relacionados* (18,2% del total de bajas por ERYME). Más de la mitad de las IT de este grupo (11.464 episodios) estuvieron clasificadas con los códigos 718 y 719 (*otros trastornos y trastornos no especificados de la articulación*: que incluyen dolor de diversas localizaciones, como dolor articular en piernas, hombro doloroso, etc.), seguida de las *osteoartrosis* (3.798) y los *trastornos internos de la rodilla* (3.560), la mayoría por problemas del menisco (tabla 21).

El tercer gran grupo en frecuencia de las ERYME como causa de IT fue el de reumatismo (salvo espalda), con el 16,3% del total de bajas por ERYME. Dentro de este grupo, el diagnóstico más frecuente fue el de *tendinitis de las inserciones periféricas y síndromes conexos* (código 726), con 9.232 bajas, seguido de *otros trastornos de sinovia, tendón y bursa* (código 727), con 4.278 bajas, y otros trastornos de tejidos blandos (código 729: que incluye dolor de extremidades, fibromialgia, etc.), con 4.013 bajas (tabla 21).

Por último, el grupo de las ERYME que causó menos episodios de IT fue el de las *osteopatías, condropatías y deformidades musculoesqueléticas adquiridas*, que supuso el 3,4% del total de bajas por ERYME. Más del 76% de los episodios de IT de este grupo (3.300 casos) se debieron a *deformidades adquiridas del dedo gordo del pie* (código 735), la mayoría por hallux valgus, con 1.632 casos y otros trastornos de huesos y cartílagos (código 733), con 1.668 casos (tabla 21).

Tabla 21: Episodios de incapacidad temporal por ERYME: Andalucía 2015

| DIAGNÓSTICO DE LA IT (CÓDIGOS de la CIE-9 MC) | Nº | % |
|--|---------------|--------------|
| ARTROPATÍAS Y TRASTORNOS RELACIONADOS (710-719)²⁹: | 23.132 | 18,20 |
| Enfermedades sistémicas del tejido conjuntivo (710) ³⁰ : lupus eritematoso sistémico y otras colagenosis | 180 | 0,14% |
| Artropatías asociadas con infecciones (711): artritis infecciosas y piogénicas | 305 | 0,23% |
| Artropatías cristalinas (712) | 156 | 0,12% |
| Artropatías asociadas con otros trastornos (713): con reacciones de hipersensibilidad, trastornos metabólicos, etc | 95 | 0,07% |
| Artritis reumatoides y otras poliartropatías inflamatorias (714) | 485 | 0,40% |
| Osteoartritis y trastornos conexos (715) | 3.798 | 3,00% |
| Otras artropatías y artropatías no especificadas (716) | 3.089 | 2,42% |
| Trastorno interno de rodilla (717) ³¹ : degeneraciones del menisco y cartílago, antigua rotura o desgarro de los mismos | 3.560 | 2,80% |
| Otros trastornos y trastornos no especificados de la articulación (718 y 719): dolor de diversas localizaciones, derrames articulares, luxaciones patológicas, etc. | 11.464 | 9,00% |
| DORSOPATÍAS (720-724)³²: | 79.079 | 62,1% |
| Espondilitis anquilosante y otras espondilitis inflamatorias (720) | 387 | 0,3% |
| Espondilosis y trastornos conexos (721) | 848 | 0,6% |

²⁹ En este gran grupo se excluyen los trastornos de la columna vertebral

³⁰ En este grupo se excluyen las colagenosis que afectan principalmente al aparato cardiovascular

³¹ En este grupo se excluyen las lesiones actuales, así como anquilosis, deformidad y luxación recidivante

³² En este gran grupo se excluyen las curvaturas de columna vertebral y osteocondrosis vertebral

| DIAGNÓSTICO DE LA IT (CÓDIGOS de la CIE-9 MC) | Nº | % |
|---|----------------|--------------|
| Trastorno disco intervertebral (722): desplazamientos, degeneraciones, síndrome postlaminectomía y otros. | 2.701 | 2,1% |
| Otros trastornos de la región cervical (723): cervicalgia, tortícolis, etc. | 18.932 | 14,8% |
| Otros trastornos y trastornos no especificados de espalda (724): ciática, lumbalgias, estenosis espinal, etc. | 56.211 | 44,1% |
| REUMATISMO, SALVO DE LA ESPALDA (725-729)³³: | 20.822 | 16,3% |
| Polimialgia reumática (725) | 65 | 0,05% |
| Tendinitis de las inserciones periféricas y síndromes conexos (726): tendinitis, bursitis, entesopatía, etc. | 9.232 | 7,20% |
| Otros trastornos de sinovia, tendón y bursa (727) | 4.278 | 3,30% |
| Trastornos de músculos, ligamentos y fascias (728) | 3.234 | 2,50% |
| Otros trastornos de tejidos blandos (729) | 4.013 | 3,10% |
| OSTEOPATÍAS, CONDROPATÍAS Y DEFORMIDADES MUSCULOESQUELÉTICAS ADQUIRIDAS (730-739) | 4.320 | 3,4% |
| Osteomielitis, periostitis y otras infecciones de huesos (730) | 76 | 0,06% |
| Osteitis deformante y osteitis asociadas a otros trastornos (731): enfermedad de Paget y otras | 29 | 0,02% |
| Osteocondropatías (732) | 235 | 0,20% |
| Otros trastornos de huesos y cartílagos (733) | 1.668 | 1,30% |
| Pié plano adquirido (734) | 22 | 0,02% |
| Deformidades adquiridas del dedo gordo del pie (735) | 1.632 | 1,30% |
| Otras deformidades adquiridas de los miembros (736): deformidades de rodilla, tobillo y pie, mano, etc. | 175 | 0,10% |
| Desviación de la columna vertebral adquirida (737) | 271 | 0,20% |
| Otras deformidades adquiridas (738) | 203 | 0,10% |
| Lesiones no alopatías, no clasificadas bajo otros conceptos (739) | 9 | 0,00% |
| TOTAL | 127.353 | 100% |

El impacto de las ERyME en términos de días de incapacidad temporal ocasionados depende del número de episodios y de la duración de los mismos. En Andalucía, las ERyME ocasionaron un total de 8.254.877 días de incapacidad en 2015, teniendo en cuenta las IT que se cerraron en ese año (126.056 altas). Esto supone el 32,6% del total de días de IT (por todas las causas) y una media de 65,5 días por episodio³⁴.

Se seleccionaron los diagnósticos³⁵ que causaron un mayor número de días de baja en 2015, todos los que habían dado lugar a más de 50.000 días de incapacidad. Fueron 21 diagnósticos (tabla 22). El conjunto de estos diagnósticos ocasionó el 85% de los episodios de IT por ERyME de 2015 (episodios cerrados o altas) y supusieron el 77,1% del total de días de incapacidad por ERyME.

Tabla 22: ERyME que causaron más de 50.000 días de incapacidad temporal en 2015 en Andalucía: por orden de mayor a menor impacto

| Diagnóstico causante de IT (Códigos CIE-9 MC) | Nº altas | Nº días IT | Media días IT |
|---|----------|------------|---------------|
| Lumbalgia (724.2) | 35.747 | 1.619.584 | 45,3 |
| Ciatalgia (724.3) | 15.574 | 1.065.657 | 68,4 |
| Cervicalgia (723.1) | 15.650 | 711.122 | 45,4 |
| Dolor articular en pierna (719.46) | 4.137 | 370.512 | 89,5 |
| Hombro doloroso (719.41) | 3.303 | 324.782 | 98,3 |

³³ En este gran grupo se incluyen trastornos de músculos y tendones y sus accesorios, y de otros tejidos blandos

³⁴ Esta media de días por IT debida a ERyME es mayor que la media de IT por todas las causas (48,5 días en 2014).

³⁵ Se seleccionaron diagnósticos específicos (con 4 ó 5 dígitos de la CIE 9), salvo en 4 casos donde se agruparon varios diagnósticos por tener significado clínico (agrupaciones marcadas con * en la tabla)

| Diagnóstico causante de IT (Códigos CIE-9 MC) | Nº altas | Nº días IT | Media días IT |
|---|----------------|------------------|---------------|
| Desplazamiento disco intervertebral sin mielopatía (de 722.0 a 722.2) * | 2.089 | 307.632 | 147,2 |
| Problemas relacionados con el menisco (de 717.0 a 717.5) * | 2.898 | 260.398 | 89,8 |
| Otras artropatías y artropatías no especificadas (716) * | 3.071 | 211.835 | 68,9 |
| Artrosis de rodilla (715.36) | 1.203 | 178.444 | 148,3 |
| Trastornos de tendones y bolsa del hombro (de 726.10 a 726.19) * | 2.814 | 224.458 | 79,7 |
| Entesopatía, de localización no especificada (726.90) | 2.085 | 136.015 | 65,2 |
| Dedo gordo del pie valgo (hallux valgus adquirido) (735.0) | 1.292 | 128.977 | 99,8 |
| Dorsalgia (724.1) | 2.601 | 112.208 | 43,1 |
| Dolor de extremidades (729.5) | 1.627 | 111.990 | 68,8 |
| Artrosis de cadera (715.35) | 563 | 100.594 | 178,6 |
| Dolor articular región pélvica/muslo (719.45) | 1.074 | 107.174 | 99,8 |
| Cervicobraquialgia (723.3) | 1.443 | 109.021 | 75,5 |
| Epicondilitis (726.32) | 1.328 | 93.257 | 70,2 |
| Fibromialgia (729.1) | 1.344 | 89.937 | 66,9 |
| Poliartralgias (719.49) | 529 | 57.603 | 108,9 |
| Contractura muscular (728.85) | 1.766 | 43.416 | 24,6 |
| TOTAL | 102.138 | 6.364.616 | 62,3 |

* Los casos marcados con asterisco son agrupaciones con significado clínico de varios diagnósticos de 4 ó 5 dígitos

El diagnóstico con más impacto en términos de días de IT ocasionados fue la lumbalgia, seguido de la ciatalgia y la cervicalgia. La mitad de las 21 ERyME con mayor impacto correspondió a diagnósticos de dolor en alguna localización corporal. Entre la otra mitad, cabe destacar las hernias discales, los problemas relacionados con el menisco, y las artropatías (tanto aquellas sin información que permita especificar el tipo, como las artrosis de rodilla y cadera).

La duración media de los procesos de IT por ERyME más frecuentes (lumbalgia, ciatalgia y cervicalgia) es alta en relación a los estándares que existen actualmente en Andalucía (8). Esto parece debido a un pequeño porcentaje de casos de muy larga duración, y es compatible con que la mayoría de los casos estén en la duración estándar o por debajo de ella³⁶.

2.5. VALORACIONES DE PACIENTES Y PROFESIONALES

El análisis cualitativo pretende explorar las opiniones y prácticas de los y las pacientes para que expliquen sus necesidades y vivencias en relación al proceso de enfermar con una ERyME, así como enfoques y sugerencias que mejoren el plan. El estudio se ha realizado con métodos cualitativos, a partir de 16 entrevistas abiertas biográficas a personas que padecen Trastornos Musculo-esqueléticos (TME). Se ha diseñado una muestra heterogénea, con representación de personas del medio rural y urbano, de diversas provincias occidentales y orientales, de hombres y mujeres, y de personas activas, con el objeto de recoger el máximo de elementos posibles que ayuden a la mejora del abordaje de las ERyME en Andalucía.

El estudio explora aspectos tales como las condiciones de vida de las personas afectadas, la relación con el SSPA, la actividad doméstica y de cuidados de pacientes y condiciones y hábitos en el trabajo, que a continuación se ofrecen los resultados.

³⁶ De hecho los estándares se construyeron con las medianas de los tiempos y no con las medias, además de ajustar por edad, sexo y comorbilidad.

Las condiciones de vida de las personas afectadas

Las EM más extendidas suelen debutar con episodios de dolor. Numerosos relatos hablan de una gestión del dolor que es necesariamente imperfecta. Quienes padecen dolor están impacientes ante una respuesta, y cuando esta no llega como se la esperaba, se produce una confrontación médico-paciente que pueden alterar la relación de confianza necesaria para una atención sanitaria de calidad.

Ante esta situación, los y las pacientes acuden a una diversidad de estrategias, más o menos activas y autónomas en función de su conocimiento, pero también de sus expectativas de mejoría. Aparece entonces el recurso a fuentes alternativas de información (por ejemplo, programas televisivos o Internet); automedicación, paraciencias, dietas, aplicación de frío o calor, posturas, ejercicios, ortopedia, entre otros.

También se da posiciones menos activas respecto a la enfermedad, los pacientes intentan enfocarse hacia los elementos placenteros en sus vidas, como la compañía de los demás o la capacidad para hacer cosas.

La relación con el SSPA

El dolor es el elemento central que se gestiona, con más o menos éxito y grado de confrontación, en la relación con el sistema sanitario.

Los problemas se concentran en la atención primaria. Estos profesionales se encuentran en una debilidad posicional ante los pacientes (frente a los profesionales hospitalarios, cuyo juicio se acepta mejor), porque las personas afectadas entienden que ejercen de barrera hacia una atención más especializada, lo que lleva nuevamente a una agudización de la confrontación médico-paciente y a que se produzcan sobre y sub diagnósticos.

Cuando llegan a esta atención hospitalaria, las expectativas pueden verse o no satisfechas, pero si bien la eficacia no siempre es mayor, parecen surgir actitudes de mayor conformidad.

Por otra parte, hay que llamar la atención también sobre los largos tiempos de espera hasta recibir esta atención y por el especialista más adecuado. La demora añade más sufrimiento por la sensación de desatención que puede llevar a la aparición de síntomas depresivos. En este contexto es fácil que se cometan errores de subdiagnóstico o errores de tipo II en los que se considera que el paciente está sano. Esta situación ocurre con mayor frecuencia ante cuadros no convencionales, desde un punto de vista clínico (procesos inflamatorios sistémicos) o sociodemográfico (personas jóvenes, deportistas...).

En algunos casos y aunque los tratamientos no logren siempre eliminar los síntomas, se acepta mejor este resultado cuando se ha logrado la atención por un profesional del ámbito hospitalario. Este mayor crédito, no obstante, no parece conseguir mayores adherencias, en la que influyen numerosos factores, como el deseo consciente o no de la persona de seguir un tratamiento, la falta de efectividad

de la analgesia, intolerancia o negación de la eficacia de algunos tratamientos (ejercicio físico), interacciones farmacológicas con otros tratamientos o la automedicación.

Actividad doméstica y cuidados

En la distribución por género y edad de los TME se aprecia que, si bien la frecuencia es claramente superior entre la población mayor, existe una franja amplia y creciente que los sufre durante la edad adulta (entre los 30 y los 64 años).

La presencia de estas enfermedades es mayor en mujeres y el rol de género en el hogar y en el trabajo tiene una fuerte influencia en el curso de estas enfermedades, ya que el trabajo doméstico de las mujeres parece ineludible sea cual sea la circunstancia, y así muchas mujeres continúan su actividad doméstica a pesar de estar jubilada o de padecer un TME.

Especial atención merece la actividad de cuidados, en especial la que requiere movilización de personas. El rol de cuidador no profesional tiene consecuencias sobre la salud, especialmente entre las mujeres. No sólo porque entre éstas se identifica mayores porcentajes de cuidadoras, sino porque los cuidados que las mujeres prestan son con frecuencia físicos. Sucede además que las cuidadoras son con frecuencia personas mayores, por lo que los esfuerzos físicos tienen más consecuencias.

Condiciones y hábitos en el trabajo

En el mundo del trabajo se ve a menudo una contradicción entre los buenos hábitos posturales promovidos desde la prevención de riesgos laborales y las prácticas efectivas, debiendo pensar porque las situaciones reales en que se desarrollan los trabajos a menudo no permiten a los trabajadores cumplir con ellas.

Cada vez se detectan menos puestos en los que se lleve a cabo actividades físicas intensas, e igualmente hay cada vez menos personas que se pasan el día de pie. Por el contrario, aumentan los perfiles sedentarios. El dolor, puramente subjetivo, puede generar fácilmente errores de tipo I (se acepta como enfermo a un paciente sano), sobre todo en el ámbito de Atención Primaria, según las personas entrevistadas, pero también suspicacia con quien pide incapacidad temporal por TME.

3

ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS (ERYME): RETOS QUE SE PLANTEAN

- 1 El envejecimiento de la población generará un aumento de la prevalencia de ERYME y de su impacto en términos de dolor y limitación funcional.
- 2 Existe una relación entre los estilos de vida, los determinantes sociales y de género y las condiciones de trabajo que son relevantes para las EryME.
- 3 El impacto en términos de discapacidad y dependencia.
- 4 La prevalencia del dolor, que se incrementa con la edad de forma lineal.
- 5 La alta frecuentación en los servicios sanitarios por motivo de las ERYME, destacando las estimaciones de frecuentación en AP en torno al 30% y la tasa de frecuentación de traumatología sobre rehabilitación o reumatología en el ámbito hospitalario y con una amplia variabilidad por provincias.
- 6 El consumo de medicamentos relacionados con las ERYME, incluyendo los opioides y los medicamentos biológicos con problemas de variabilidad, calidad de prescripción y eficiencia y que incluye un gradiente social.
- 7 La prescripción y gestión de material ortoprotésico, de ayuda a la deambulación y sillas de ruedas.
- 8 La hospitalización por cirugía: la artroplastia de cadera y rodilla, con variabilidad provincial y de patrón de uso.
- 9 Mejorar los procedimientos de atención en los distintos niveles asistenciales.
- 10 La variabilidad en la cartera servicios de AP y AH, las UGC y la accesibilidad a profesionales con competencias.
- 11 La gestión de las ERYME vinculadas a IT. Los episodios de IT relacionadas con las ERYME suponen el 25% de todos los episodios de IT.

4 OBJETIVOS GENERALES

- 1** Impulsar la promoción de entornos de vida saludables y de estilos de vida protectores (promoción de salud), el control de los factores de riesgo y el diagnóstico precoz (prevención primaria), el tratamiento de las enfermedades para reducir la discapacidad y la mortalidad (prevención secundaria) y la rehabilitación funcional y la recuperación de la trayectoria vital para reducir el grado de discapacidad y dependencia (prevención terciaria).
- 2** Reducir la carga de enfermedad relacionada con las ERyME, mejorando la esperanza de vida en buena salud.
- 3** Garantizar a los pacientes con ERyME una atención sanitaria de calidad, basada en los procesos asistenciales desde la perspectiva de la continuidad asistencial y potenciando el espacio compartido de la gestión clínica.
- 4** Reducir el impacto que generan las ERyME en las personas, sobre todo el dolor y la discapacidad, mediante un abordaje integral y multidisciplinar.
- 5** Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva, eficiente, garantizando la sostenibilidad.
- 6** Aumentar el grado de conocimiento e información de la población general y la población afectada sobre las ERyME y su impacto.
- 7** Construir una cultura activa de formación de los profesionales, de la investigación para la lucha contra la enfermedad y sus repercusiones y de la incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población.
- 8** Impulsar la participación ciudadana y la rendición de cuentas.

5 LINEAS ESTRATÉGICAS

5.1. LÍNEA ESTRATÉGICA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS

El progresivo y acelerado envejecimiento de la población; la enorme carga de estas enfermedades y su relación indiscutible con los estilos de vida y determinados factores de riesgo, con una mayor repercusión en las mujeres; el llamativo gradiente social que presentan y la frecuente asociación con otros muchos problemas de salud, tal y como se desprende del análisis de situación, hacen que las acciones de promoción de la salud y prevención sean un pilar fundamental de este plan. Es preciso que se contemplen al mismo nivel que las acciones asistenciales.

Por otro lado, también existe una clara relación entre las condiciones de trabajo y los trastornos que afectan al sistema musculoesquelético, que se agrava, igualmente, por los determinantes sociales y de género y además son muy frecuentes. Por ello, es fundamental contemplar la promoción de la salud en los lugares de trabajo.

Es importante resaltar que la promoción de la salud requiere la coordinación de profesionales sanitarios y de otros ámbitos, así como acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales de la salud, es decir sobre las políticas y los entornos físico, económico y social.

En relación a la prevención y ante procesos tan variados y que producen una alta demanda de atención sanitaria, y previo al desarrollo de las actividades del plan, es necesaria la evaluación de las que han demostrado efectividad, evitando la excesiva medicalización de las poblaciones y las actuaciones que no tengan evidencia científica.

También es necesario que la población general y en el ámbito laboral tenga conocimiento suficiente sobre las ERyME y los factores de riesgo que influyen en su desarrollo, tanto para personas que no tienen enfermedad como las que ya la presentan.

Objetivo

Fomentar estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo en la población en relación con las ERyME con especial énfasis en los grupos más vulnerables.

Acciones

1. Promover la realización de actividades de sensibilización e información dirigidas a la población general sobre el papel de los estilos de vida saludables en la prevención de las EryME.

2. Desarrollar, en coordinación con otros planes y estrategias, actuaciones para el abordaje de estilos de vida saludables en las distintas etapas de la vida y en el entorno donde viven las personas, con un enfoque integral:
 - a. Promoción de la salud en población general, participando en los planes transversales de la Consejería de Salud, específicamente Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada, Plan Integral de Tabaquismo, Plan Integral de Obesidad Infantil, Plan Andaluz de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas, Plan Integral de Salud Mental (GRUSE).
 - b. Promoción de la salud en los centros docentes a través de los programas Creciendo en Salud y Forma Joven.
 - c. Promoción de salud y prevención de los factores de riesgo en los programas dirigidos a la mujer.
 - d. Promoción de la salud y prevención de los factores de riesgo en el ámbito laboral, con especial atención a la higiene postural y ergonomía, en el marco del programa de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo.
 - e. Promoción de la salud y prevención de los factores de riesgo en el marco de la estrategia de envejecimiento saludable.
 - f. Promoción de la salud en el ámbito comunitario, con medidas de coordinación con la estrategia de Acción local en Salud, para el desarrollo de acciones, que incluya un mapa de activos comunitarios, para el abordaje de estilo de vida saludable orientadas al abordaje de los determinantes sociales.
3. Monitorizar las tendencias de las desigualdades sociales en salud y de los determinantes sociales relacionados con las EryME.
4. Apoyar las acciones intersectoriales en el desarrollo de otros planes: Movilidad sostenible, Plan Andaluz de la Bicicleta, Plan Andaluz del Deporte y otras que tengan impacto en los determinantes de la salud.
5. Establecer medidas de colaboración con las distintas asociaciones de pacientes para el fomento de la promoción de estilos de vida saludables y prevención de los factores de riesgo en el ámbito de las EryME.
6. Desarrollar programas específicos de prevención de lesiones en cada etapa de la vida que integren componentes de modificación del entorno: prevención de caídas en personas mayores; prevención de lesiones no intencionales en los lugares de ocio y en el ámbito doméstico, recomendaciones ergonómicas, prevención de riesgos laborales, deportivos, ...

5.2. LINEA ESTRATÉGICA ATENCIÓN SANITARIA

Tanto la carga como el impacto de las ERyM son enormes para las personas que las padecen en términos de esperanza de vida libre de enfermedad y para los servicios sanitarios en términos de demanda de atención sanitaria, consumo de recursos y escasos resultados en salud favorables. Además, se espera que siga aumentando, ya que su relación con el envejecimiento de la población y las desigualdades de género y sociales son elementos básicos para entender estas enfermedades. Tampoco se puede obviar la importante carga de EM.

Las áreas de intervención para incrementar la calidad de la atención orientada a resultados de salud son considerables, desde la detección precoz, la reorientación del actual modelo de organización sanitaria que incluya el uso adecuado y eficiente de los diferentes tratamientos disponibles (fármacos, cirugía, uso de prótesis y ortoprótesis, fisioterapia y otros), la ordenación de la cartera de servicios y una mejor gestión de las EM relacionadas con la actividad laboral; la coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de atención que garantice la atención centrada en la persona y continuidad asistencial y el cometido de los autocuidados.

Objetivo

Garantizar a las personas con ERYME una atención sanitaria de calidad, basada en un enfoque integral, multidisciplinar e interdisciplinar garantizando la accesibilidad, la equidad y la continuidad asistencial.

Acciones

1. Impulsar la propuesta de modelo asistencial a las ERYME, centrado en la AP y que clarifica los referentes hospitalarios basándose en el mapa de competencias y habilidades de todos los profesionales de cada uno de los ámbitos asistenciales implicados en el manejo de las mismas:
 - a. Considerar el ámbito de AP como elemento clave en la atención sanitaria de las EryME.
 - b. Asegurar que la colaboración asistencial entre el ámbito de la AP y AH garantice la existencia de vías diferenciadas de derivación, en función de la evaluación inicial del proceso que presente el paciente y de las necesidades de diagnóstico y de tratamiento (médico, rehabilitador o quirúrgico) con el fin de conseguir resultados en salud y la mejora en la calidad de vida de la población, con agendas abiertas de cada especialidad hospitalaria a AP.
 - c. La colaboración entre ámbitos asistenciales incluirá la utilización de diferentes vías de comunicación (web, correo electrónico corporativo, teléfono, telemedicina...)
 - d. Esta colaboración se establecerá adecuando la cartera de servicios de cada una de la UGC y profesionales que participen en la atención sanitaria del paciente (medicina

familiar y comunitaria, enfermería, reumatología, rehabilitación, traumatología, fisioterapia y terapia ocupacional).

- e. Garantizará una atención sanitaria a los pacientes con ERYME efectiva, eficiente y evaluable en términos de resultados en salud y calidad de vida, introduciendo la perspectiva del paciente en la evaluación de los mismos.
 - f. Promoverá objetivos compartidos entre las UGC de AP y AH implicadas en la atención a pacientes con ERYME e incorporar en el CP con los hospitales y con los Distritos de AP, indicadores de resultados en salud compartidos entre AP-AH.
 - g. Garantizará el acceso preferente de ERYME de mayor complejidad y con mayor impacto potencial en la calidad de vida de los pacientes:
 - Artritis y espondiloartritis de reciente comienzo.
 - Enfermedades autoinmunes sistémicas.
 - Procesos agudos con discapacidad o incapacidad evitable.
 - Pacientes con signos o síntomas de alarma, sobre todo en el ámbito de patología infecciosa o tumoral.
 - h. Incorporará los circuitos de derivación de pacientes con patología reumática y musculoesquelética de alta complejidad.
2. Definir un Plan de Recursos de futuro eficiente y planificado:
 - a. Adecuar los recursos humanos, de tecnología diagnóstica y de tratamiento en función de la realidad epidemiológica de las ERYME y de las competencias necesarias de los profesionales que las atienden, para asegurar el acceso de los pacientes a una asistencia sanitaria segura, eficiente y rápida.
 - b. Favorecer la equidad y la accesibilidad mediante la incorporación de profesionales con diferentes competencias que den respuesta a las necesidades de cada área geográfica.
 3. Incrementar la capacidad de resolución de la AP, reforzando las competencias clínicas para las ERYME y garantizando el acceso directo a toda la cartera de servicios del área sanitaria, incluyendo laboratorio y técnicas de imagen.
 4. Impulsar en AP la implantación del Plan Terapéutico individualizado en el abordaje del dolor crónico musculoesquelético que incluya la intervención psicoeducativa.
 5. Promover la educación terapéutica y estrategias de autogestión para la capacitación del paciente con ERYME.
 6. Facilitar el desarrollo de ayuda a la toma de decisiones en la asistencia sanitaria que faciliten la adecuación y efectividad de las intervenciones en el abordaje de las ERYME.
 7. Impulsar estrategias de implantación que permitan avanzar en la implantación de los PAI establecidos y del PAI Dolor crónico no oncológico.
 8. Priorizar la descripción y actualización de los PAI que impliquen aquellas situaciones en las que la variabilidad de la práctica clínica es importante, la más prevalente, y en la que el retraso en el diagnóstico puede provocar daño estructural en los pacientes.

9. Promover el uso adecuado de las terapias rehabilitadoras basadas en la evidencia científica.
 - a. Impulsar la elaboración de recomendaciones de buena práctica para el uso adecuado de tecnologías vinculadas al manejo de las ERyME.
 - b. Impulsar la elaboración de recomendaciones de buena práctica para el uso adecuado de tecnologías vinculadas al manejo de las ERyME.
10. Promover el uso adecuado de medicamentos, coordinándose con todas las estrategias impulsadas desde Plan Andaluz de Atención a las personas con dolor y desde el SAS, a través de las distintas comisiones.
11. Impulsar el funcionamiento de las comisiones de medicamentos biológicos para las ERyME.
12. Establecer sinergias específicas con el Plan Andaluz de Atención al Dolor para consolidar un manejo efectivo del dolor.
13. Establecer sinergias específicas con la Estrategia de Seguridad para mejorar las prácticas seguras vinculadas a las ERyME, al uso de medicamentos que generan con frecuencia eventos adversos y a medicamentos que generan eventos adversos ligados a ERyME.
14. Impulsar la evaluación y el análisis de indicadores vinculados a la adecuación de la atención sanitaria en términos de resultados en salud intermedios. (mejoría en la intensidad del dolor, actividad de enfermedad inflamatoria, consumo de fármacos, disminución de la variabilidad, calidad de vida percibida, días de baja evitados).
15. Crear una comisión de área de ERyME que elabore, implemente y evalúe un Plan Estratégico de Área, asignando profesionales de referencia en cada nivel de competencia, analizando resultados, especialmente en resultados en salud de la población asistida.
16. Favorecer la coordinación de la gestión de las Incapacidades Temporales relacionadas con ERyME en colaboración con los servicios de inspección y entidades involucradas en el manejo de las mismas.

5.3. LÍNEA ESTRATÉGICA FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Para dar la mejor respuesta posible a las necesidades de salud de la ciudadanía en condiciones de equidad, debemos contar con profesionales con los conocimientos y competencias adecuadas en el ámbito de las ERyME.

La adquisición y el desarrollo de competencias profesionales específicas en el abordaje de las ERyME debe ser considerado como un área de mejora en todos los profesionales involucrados en el manejo de las mismas, siendo prioritario, además, involucrar a los ciudadanos en actividades de formación y autocuidado que contribuyan a obtener los mejores resultados en salud posibles.

La formación continuada deberá permitir la adquisición de las competencias y habilidades necesarias para el diagnóstico y tratamiento de las ERyME, acorde al grado de complejidad de las mismas y en todos los ámbitos asistenciales. Al mismo tiempo, la estrategia de formación en ERyME estará especialmente dirigida a aumentar el grado de resolución de AP, disminuir la variabilidad de la práctica clínica en todos los ámbitos de atención y asegurar una adecuada coordinación entre los diferentes profesionales.

Objetivo

Asegurar las competencias adaptadas al perfil y ámbito asistencial de los profesionales implicados en la atención a las ERyME y su desarrollo profesional.

Acciones

1. Actualizar el mapa de competencias para los profesionales que atienden a las personas con ERyME o en riesgo de padecerla.
2. Definir y garantizar la adquisición de habilidades básicas en cada ámbito asistencial, que permita un uso eficiente de recursos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de estas enfermedades, reduciendo la variabilidad en la práctica clínica.
3. Promover la realización de actividades prácticas de formación:
 - a. Talleres sobre el uso adecuado de las técnicas diagnósticas y terapéuticas.
 - b. Programas de estancias cortas estructurados, de carácter interprofesional, para la adquisición de habilidades que permitan aumentar la capacidad de resolución de la AP (por ejemplo, infiltraciones, utilización de herramientas diagnósticas).
 - c. Mejora de las habilidades de comunicación.
4. Garantizar la formación continuada en el abordaje de la comorbilidad asociada las ERyME (cardiovascular, uso de fármacos, infecciones, neoplasias, salud mental y asociados al dolor crónico).

5. Favorecer la adquisición de competencias en educación terapéutica en ERYME y el desarrollo de una enfermería de práctica avanzada en coordinación con la estrategia de Cuidados, en el ámbito de la AH.
6. En el marco de los mapas de competencias, diseñar, implementar y evaluar un Diploma de Acreditación o de Acreditación Avanzada conforme al RD 639/2015, de 10 de julio, y de Enfermería de Práctica Avanzada en ERYME adaptados al ámbito asistencial y clínico del profesional y vinculados a la acreditación por competencias y a la carrera profesional (ACSA).
7. Garantizar la adquisición de conocimientos sobre herramientas de evaluación y su aplicación en la valoración de los resultados de salud en ERYME.
8. Asegurar la capacitación para la evaluación y el manejo del dolor crónico asociado a las ERYME, en consonancia con las recomendaciones establecidas en el Plan Andaluz de Atención a Personas con Dolor.
9. Establecer programas formativos, que incluya aspectos de coordinación, con los profesionales implicados para la gestión de las IT e IP por ERYME.
10. Crear la red de formación del PAERME, ampliándola a todos los perfiles profesionales del SSPA implicados en la atención a las ERYME e impulsar el trabajo colaborativo y continuado con otras redes.
11. Elaborar y difundir un catálogo de recursos docentes virtuales disponibles, desarrollados o seleccionados por el Plan.
12. Potenciar la formación en equidad y determinantes sociales de salud relacionados con las ERYME.
13. Favorecer / proponer una formación en ERYME actualizada en el período de grado de Medicina y Enfermería, Fisioterapia y otros relacionados (terapia ocupacional) a través de la incorporación de programas específicos de formación en las ERYME orientados a la realidad epidemiológica y de práctica clínica habitual.
14. Programar actividades para detectar necesidades formativas de los EIR, facilitando su incorporación a la formación en red.
15. Garantizar el itinerario formativo y los contenidos de las rotaciones de los EIR para la adquisición de competencias en ERYME.
16. Promover la acreditación de profesionales y UGC de la atención hospitalaria implicados en la atención a las ERYME.

5.4. LÍNEA ESTRATÉGICA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

La complejidad y heterogeneidad de las ERyME hace que los problemas científicos y de investigación que generan sean de gran magnitud. La patogénesis de las mismas, su enorme carga epidemiológica, la búsqueda de nuevas dianas de tratamiento y la necesidad de contar con herramientas que evalúen el daño asociado en diferentes dominios, abre un enorme campo de trabajo en búsqueda de respuestas que sólo desde la investigación básica, epidemiológica y clínica pueden obtenerse. Por esta razón es necesario potenciarla para garantizar el avance hacia la prevención y la mejor atención posible de las ERyME, para obtener la consecuencia final de la mejora continua de la calidad asistencial, revirtiendo a la sociedad en forma de salud, los esfuerzos realizados en el proceso investigador.

La investigación orientada hacia los problemas de salud prioritarios de la población constituye uno de los elementos clave de la Estrategia de Investigación e Innovación en Salud del SSPA y justifica el impulso a la investigación tanto de las enfermedades reumáticas prevalentes como de la que tienen un alto impacto en la salud individual de las personas, que este Plan pretende.

Objetivo

Fomentar la investigación epidemiológica, pre-clínica, clínica y de servicios de salud en ERyME.

Acciones

1. Priorizar la investigación en ERyME en las convocatorias de proyectos y recursos humanos de la CS y del SAS.
2. Fomentar estudios de intervención orientados a la mejora de la calidad de la atención a pacientes con ERyME, a la reducción de la variabilidad en la práctica clínica y a la eficiencia en el uso de recursos y su evaluación mediante herramientas validadas.
3. Priorizar las líneas de investigación en EMyRE en los Acuerdos de Gestión Clínica de las UGC más relacionadas con su atención.
4. Desarrollar líneas de investigación colaborativas entre los diferentes ámbitos asistenciales sobre el espacio biopsicosocial relacionado con las ERyME.
5. Promover estudios de coste-efectividad de los tratamientos farmacológicos empleados en las ERyME, con especial interés en la obtención de resultados en salud predefinidos en el manejo de las mismas.
6. Impulsar de forma específica la realización de ensayos clínicos aleatorizados con intervenciones no farmacológicas (consejo dietético para obesidad y ejercicio físico) destinadas a reducir la carga de enfermedad asociada a ERyME.
7. Incluir la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, incluido el género, en todas las líneas de investigación con objeto de evitar inequidades en salud.
8. Priorizar la investigación en resultados en salud en el manejo de las ERyME.

9. Impulsar acciones que permitan la priorización de la investigación de excelencia en ERyME, de forma conjunta con la Estrategia de Investigación e Innovación de Andalucía.
10. Favorecer la creación de grupos de excelencia en investigación en ERyME y facilitar la participación de los profesionales en las redes de investigación ya existentes.
11. Favorecer la accesibilidad de los profesionales implicados en la atención a ERyME a los recursos docentes en estadística, epidemiología, elaboración de proyectos, oportunidades de financiación de que disponen la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud.
12. Favorecer y monitorizar el número de proyectos de investigación activos y las publicaciones de profesionales del SSPA en revistas con factor impacto, en materia de ERyME, de los profesionales del SSPA.
13. Favorecer la transferencia al ámbito industrial y empresarial (patentes, licencias) en materia de ERyME.
14. Incorporar la perspectiva de los pacientes en las líneas de investigación.
15. Promover la investigación en prevención de la limitación funcional y discapacidad y en la valoración de la limitación funcional biomecánica.
16. Favorecer la divulgación de los resultados de la investigación entre los profesionales del SSPA y su implementación.
17. Establecer mecanismos de compra pública innovadora en el campo de las ERyME.

5.5. LÍNEA ESTRATÉGICA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Para adoptar medidas encaminadas a la mejora de la salud de la población es necesario disponer de información renovada, que permita compartir intercambiar y comparar información, con sistemas y procedimientos sencillos e integrados.

Disponer de una Historia Clínica Digital (HCD) integral y de los datos procedentes de otros sistemas de información del SSPA constituyen una herramienta útil que permite analizar de forma objetiva todo el proceso asistencial en el entorno de las ERYME, facilita la evaluación de la calidad del mismo en ámbitos de diagnóstico precoz, la utilización adecuada de recursos y los resultados en salud obtenidos. También debe permitir valorar aspectos relacionados con la comorbilidad asociada a los mismos, los recursos terapéuticos utilizados y el impacto laboral de las ERYME.

Por otra parte, debe ofrecer conocer la distribución de los factores determinantes o de riesgo, detectar desigualdades e inequidades, valorar la accesibilidad y utilización de los servicios preventivos y asistenciales, así como el impacto de las intervenciones realizadas en el marco del plan.

Esta información deberá ser accesible en la población general y a los profesionales sanitarios.

Objetivo

Disponer de información de base poblacional y de servicios, integrada, exhaustiva y accesible que permita el análisis epidemiológico, la planificación de actuaciones preventivas y asistenciales, la gestión de los recursos sanitarios y la evaluación de los resultados en salud de las ERYME en Andalucía.

Acciones

1. Asegurar la disponibilidad de los datos procedentes de la Base Poblacional de Salud (BPS) y otras fuentes de información, que permita obtener información específica en ERYME, fundamentalmente sobre:
 - a. La incidencia, prevalencia y tendencia de las mismas.
 - b. La distribución de los factores determinantes o de riesgo.
 - c. La mortalidad y la comorbilidad asociadas a las mismas.
 - d. Su distribución geográfica, por grupos de edad y sexo u otros grupos específicos y distintos niveles de desagregación.
 - e. La calidad de vida de la población afectada por las ERYME
 - f. El impacto en la actividad laboral de la población afectada
 - g. La utilización de recursos sanitarios.

2. Incorporar la perspectiva de análisis longitudinal y de relación con otras patologías de los datos procedentes de la BPS.
3. Evaluar en tiempo real los resultados en salud del proceso asistencial en el entorno de las ERyME.
4. Definir e implementar modelos de derivación electrónicos, basados en palabras claves, que reflejen la situación real del paciente, para realizar una derivación eficiente.
5. Definir e implementar, en la HCD, las herramientas de ayuda en las tomas de decisiones diagnósticas y terapéuticas disponibles para la atención a las ERyME, basadas en evidencias y consensuadas entre los diferentes niveles asistenciales.
6. Integrar los datos relativos a actividad laboral en la HCD de las personas.
7. Diseñar herramientas digitales que favorezcan la seguridad del paciente, sobre todo en los sometidos a tratamientos con inmunosupresores sintéticos (IS) o biológicos.
8. Incorporar a la HCD los cuestionarios que permitan evaluar la perspectiva del paciente en relación a su calidad de vida.
9. Favorecer la prescripción electrónica de órtesis y prótesis.

5.6. LÍNEA ESTRATÉGICA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

Uno de los retos actuales de los sistemas sanitarios es establecer un marco de comunicación e información transparente con la ciudadanía y así está reconocido en el IV Plan Andaluz de Salud. La ciudadanía y las personas con alguna ERyME, tanto por su carga de enfermedad como el sufrimiento que genera, se beneficiarán de una estrategia de información y comunicación que aumente el grado de conocimiento de estas enfermedades y, en último término, permita la elección de un determinado estilo de vida y de la toma de decisiones compartida entre pacientes y profesionales.

Esta estrategia de información y comunicación debe considerar las expectativas y necesidades de la ciudadanía y también debe incorporar los avances científicos y tecnológicos que hayan demostrado eficiencia que permitan una atención adecuada e innovadora en cada momento, en coordinación con los profesionales.

Objetivo

Favorecer la accesibilidad a la información sobre las ERyME, dirigida a la población general, a las personas con ERyME y a los profesionales.

Acciones

1. Diseñar una estrategia de comunicación que incluya la difusión periódica de los avances y resultados del Plan dirigida a la población, a los profesionales y a los medios de comunicación.
2. Promover la incorporación de contenidos sobre ERyME a través del Centro de Servicios e Información Salud Responde, para dar respuesta a las necesidades y expectativas de la ciudadanía.
3. Establecer alianzas con otras plataformas de comunicación ya existentes.
4. Incorporar el análisis de resultados en salud y la comparación con estándares como elemento clave en la mejora continua, haciéndolo accesible a los profesionales a través de las TIC.
5. Fomentar equipos provinciales entre los diferentes profesionales implicados en la atención a las ERyEM, para realizar el análisis conjunto de resultados en salud locales y puesta en marcha de iniciativas de mejora.

5.7. LÍNEA ESTRATÉGICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CORRESPONSABILIDAD

El derecho de los ciudadanos y ciudadanas a ser informados y a participar de manera activa en el proceso de la toma de decisiones invita al SSPA a establecer diferentes modelos de organización que cuente con la participación de la ciudadanía tanto a nivel individual como a través de las organizaciones y asociaciones de pacientes y familiares. Esta situación es especialmente importante en el ámbito de las enfermedades crónicas y evolutivas, como es el caso de la mayoría de las ERyME, en las que la intervención de la persona afectada en el mantenimiento de su salud o en la atención a la propia enfermedad se convierte en un elemento clave en el proceso terapéutico.

Objetivo

Asegurar la participación efectiva de la ciudadanía y sus organizaciones en el desarrollo de las acciones del Plan.

Acciones

1. Realizar investigación cualitativa para conocer expectativas y necesidades de las personas con ERyME.
2. Promover la participación de las asociaciones en la implantación, seguimiento y evaluación de las acciones del Plan a través de grupos de trabajo conjuntos.
3. Favorecer la participación de las personas con ERyME en las actividades divulgativas, educativas y organizativas de los centros y UGC en el marco de planes de participación ciudadana.
4. Favorecer la creación de Escuela de Pacientes de enfermedades musculoesqueléticas.
5. Colaborar con las asociaciones en el diseño y puesta en marcha de campañas de información y sensibilización centradas en promoción de la salud y prevención y diagnóstico precoz de las ERyME, según la evidencia científica disponible.
6. Impulsar la figura del paciente activo como facilitador en las acciones educativas de los equipos de profesionales y en las asociaciones de ayuda mutua.
7. Creación de una comisión de participación del Plan.

6 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento del PAERME se llevará a cabo de la siguiente manera:

1. Se establecerá un plan anual de actuación, con actividades a realizar para cada una de las líneas estratégicas. El plan de actuación será acordado por la Dirección del PAERME con el SAS y la ciudadanía, sobre todo a través del movimiento asociativo.
2. Se conformará una comisión ejecutiva para el seguimiento de los planes de actuación anuales. La estructura de seguimiento del plan constará de dos tipos de comisiones, según el área geográfica:
 - a. Subcomisiones provinciales, en las que se presentarán los avances de los planes de actuación anuales y se identificarán acciones de mejora.
 - b. Comisión autonómica, en la que se presentarán los avances del plan de actuación anual de ámbito regional, identificándose acciones de mejora.
3. Se elaborará una memoria anual del plan de actuación, en la que se reflejen tanto las actuaciones y logros alcanzados, como los principales resultados en salud.
4. Evaluación a los 5 años, con resultados en salud poblacionales.
5. Se construirá un cuadro de mando a partir de los indicadores de seguimiento que se detallan a continuación, basados en los resultados esperados para cada una de las estrategias planteadas en el plan, y seleccionados con criterios de evaluabilidad y factibilidad.

INDICADORES

| LÍNEA ESTRATÉGICA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS | | | |
|---|---|-----------|---|
| Objetivo: Fomentar estilos de vida saludable y reducir los factores de riesgo en la población en relación con las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyME) con especial énfasis en los grupos más vulnerables. | | | |
| Indicador | Fórmula | Fuente | Desagregación |
| Prevalencia autodeclarada de enfermedad reumática (ER) y musculoesquelética (EM) | % personas que declaran tener al menos una de las siguientes: Dolor espalda, fibromialgia, artritis o reumatismo y osteoporosis | EAS-SVEA | Sexo Edad Estudios Ingresos |
| Prevalencia sobrepeso y obesidad en población general | % personas que declaran tener sobrepeso y obesidad en población general | | |
| Prevalencia sobrepeso y obesidad en personas con EM | % personas que declaran tener sobrepeso y obesidad en personas con EM | | |
| Prevalencia de sedentarismo en la población general | % personas que declaran tener sedentarismo en población general | | |
| Prevalencia sedentarismo en personas con EM | % personas que declaran tener sedentarismo en personas con EM | | |
| Prevalencia trabajadores con exposición laboral que provoca alteración de la salud ME: dolor de espalda y dolor muscular. | % personas ≤65 años que trabajan y que declaran dolor de espalda o dolores musculares relacionados con la exposición laboral | | |
| Acciones con otros planes y programas de la Consejería de Salud e intersectoriales | Informe | S. Planes | Descripción y resultado de las acciones |
| Acciones con asociaciones de pacientes | Informe | | |

| LINEA ESTRATEGICA ATENCIÓN SANITARIA | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| Objetivo: Garantizar a las personas con ERYME una atención sanitaria de calidad, basada en un enfoque integral, multidisciplinar e interdisciplinar garantizando la accesibilidad, la equidad y la continuidad asistencial. | | | |
| Indicador | Fórmula | Fuente | Desagregación |
| Prevalencia registrada de ER y EM en Atención Primaria (AP) | % personas que tienen registrada en la historia de salud al menos una de las siguientes: Dolor de espalda (lumbar, dorsal y cervical), dolor de hombros, fibromialgia, osteoartritis de rodilla y osteoporosis | BPD-SAS | Sexo Edad Área sanitaria |
| Monitorización de la tendencia de las consultas realizadas en AP por ERYEM | Evolución del % de personas que tienen registrada en la historia de salud al menos una de las siguientes: Dolor de espalda (lumbar, dorsal y cervical), dolor de hombros, fibromialgia, osteoartritis de rodilla y osteoporosis al inicio y final del periodo (medición anual) | | |
| Prevalencia registrada de ER y EM en el ámbito de urgencias en AP y Atención Hospitalaria (AH) | % personas que tienen registrada en la historia de salud de urgencias de AP y AH una ER o EM | | |
| Existencia de vías diferenciadas de derivación | Artritis y espondiloartritis de reciente comienzo | Informe-SAS | Área sanitaria Proceso diagnóstico Proceso terapéutico |
| | Enfermedades autoinmunes sistémicas | | |
| | Procesos agudos con discapacidad o incapacidad evitable. | | |
| | Signos o síntomas de alarma, sobre todo patología infecciosa o tumoral | | |
| | ERYME de mayor complejidad e impacto potencial en la calidad de vida | | |
| Patología reumática de alta complejidad | | | |
| Utilización de diferentes vías de comunicación | Si/No | Informe-SAS | Área sanitaria |
| Prevalencia registrada de ER y EM en Atención Hospitalaria | % personas atendidas por ERYME en consultas externas de hospitales, diferenciando ER y EM | BDP-SAS | Sexo Edad Área sanitaria |
| Tasa de altas hospitalarias por ERYME | Nº personas de alta hospitalaria por ERYME/ Nº población asignada x 100.000 | CMBD IECA | Sexo Edad Área sanitaria |
| Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera | Nº personas dadas de alta hospitalaria por artroplastia de cadera/Nº población asignada x 100.000 | | |
| Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla | Nº personas dadas de alta hospitalaria por artroplastia de rodilla/Nº población asignada x 100.000 | | |
| Tasa de altas hospitalarias por fractura de cadera en personas ≥65 años | Nº personas ≥65 años dadas de alta hospitalaria por fractura de cadera/Nº población asignada ≥65 años x 100.000 | | |
| Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera en personas ≥65 años | Nº personas ≥65 años que han fallecido en el hospital por fractura de cadera/ Nº personas ≥65 años ingresadas por fractura de cadera x 100 | | |
| Tasa de mortalidad por ERYME ajustada por edad | Nº personas fallecidas por ERYME/Nº total población x 100.000 habitantes | | |
| Prevalencia autodeclarada de discapacidad asociada a ERYME | % personas que declaran algún grado de discapacidad asociado a ERYME, al menos: artritis, osteoartritis, artritis reumatoide y espondilitis anquilopoyética. | EAS-SVEA E. Discap. SAAD-CIPS | Sexo Edad Estudios Ingresos |
| Disminución del número de derivaciones desde AP a AH por EM | % disminución del número de derivaciones desde AP a AH por EM en el periodo definido (medición anual) | SAS | Sexo Edad Área sanitaria |
| Consumo de fármacos | % disminución de uso en DDD de fármacos contra el dolor (analgésicos y antiinflamatorios) en el periodo definido (medición anual) | SAS | Área sanitaria |
| | Adecuación del uso de opioides | | |
| | Adecuación del uso de medicamentos biológicos | | |
| Atención sanitaria basada en evidencia | Implantación de los PAIs relacionados con ERYME y de Dolor Crónico no Oncológico | CS-SAS | Área sanitaria |
| | Descripción y actualización de PAIs que impliquen situaciones donde existe variabilidad de la práctica clínica y PAIs donde el retraso diagnóstico puede provocar daño estructural en los pacientes | | |
| | Recomendaciones de buena práctica para el uso adecuado de tecnologías vinculadas a las ERYME | | |
| | Recomendaciones de buena práctica para el uso adecuado del tto fisioterapéutico vinculado a las ERYME | | |
| Incapacidad temporal (IT) por ERYME | Tasa de IT por ERYME (sobre la población activa) | INSS | Edad Sexo Proceso |
| | % IT por ERYME (sobre el total de IT) | | |
| | Nº medio de días de IT por ERYME | | |
| | Nº medio de días de IT total causas | | |
| Calidad de vida de las personas con ERYME | Encuesta de calidad de vida | CS-SAS | Sexo Edad Área sanitaria |

| LÍNEA ESTRATÉGICA FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL | | | |
|---|--|-----------|--|
| Objetivo: Asegurar las competencias adaptadas al perfil y ámbito asistencial de los profesionales implicados en la atención a las ERyME y su desarrollo profesional. | | | |
| Indicador | Fórmula | Fuente | Desagregación |
| Existencia de un plan de formación continuada en ERyME, que incluya: 1. Habilidades básicas de uso eficiente de recursos diagnósticos y terapéuticos, para aumentar la resolución en AP y reducir la variabilidad en la práctica clínica AP y AH. 2. Abordaje de la comorbilidad asociada 3. Evaluación y el manejo del dolor crónico 4. Competencias en educación terapéutica Determinantes sociales de la salud 5. Habilidades de comunicación | Si/No | S. Planes | Autonómico |
| Profesionales que han recibido formación acreditada en relación a las ERyME | Nº profesionales que han recibido formación acreditada en relación a las ERyME | S. Planes | Sexo Edad Perfil: especialidad médica, enfermería, otros Ámbito: AP/AH Modalidad: curso, taller, estancias,... |
| Actualización del mapa de competencias para los profesionales que atienden a las personas con ERyME o en riesgo de padecerla | Si/No | S. Planes | Autonómico |
| Creación de la red de formación del PAERME | Si/No | | |

| LÍNEA ESTRATÉGICA INVESTIGACION E INNOVACIÓN | | | |
|---|--|--------------|-----------------------------|
| Objetivo: Fomentar la investigación epidemiológica, pre-clínica, clínica y de servicios de salud en ERyME. | | | |
| Indicador | Fórmula | Fuente | Desagregación |
| Estudios de intervención sobre las ERyME para: • Determinantes sociales y de género • Mejora de la calidad de la atención • Reducción variabilidad en la práctica clínica • Eficiencia y evaluación del uso de recursos • Incorporación perspectiva de los pacientes • Prevención de la limitación funcional y discapacidad | Nº publicaciones en revistas con factor de impacto elevado | SG. Inves-CS | Tema Tipo de publicación |
| Líneas de investigación colaborativas sobre ERyME | Nº redes acreditadas de investigación sobre ERyME | | Autonómica |
| | Grupos de excelencia en investigación en ERyME | | |
| | % proyectos multicéntricos y pluridisciplinarios sobre el espacio biopsicosocial relacionado con las ERyME | | |
| Estudios coste-efectividad de los tratamientos farmacológicos usados en las ERyME, con orientación en obtener resultados en salud | Nº publicaciones en revistas con factor de impacto elevado | | |
| Ensayos clínicos aleatorizados con intervenciones no farmacológicas destinadas a reducir la carga de enfermedad por ERyME | Nº ensayos clínicos aleatorizados con intervenciones no farmacológicas realizados | SAS | Área sanitaria |
| Implementación e impacto de los resultados de la investigación entre los profesionales del SSPA | Monitorización de la atención sanitaria entre los profesionales del SSPA | | |

| LÍNEA ESTRATÉGICA GESTIÓN DE LA INFORMACION SANITARIA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN | | | |
|---|----------------|---------------|----------------------|
| Objetivo: Disponer de información de base poblacional y de servicios, integrada, exhaustiva y accesible que permita el análisis epidemiológico, la planificación de actuaciones preventivas y asistenciales, la gestión de los recursos sanitarios y la evaluación de los resultados en salud de las ERYME en Andalucía. | | | |
| Indicador | Fórmula | Fuente | Desagregación |
| La HCD tiene herramientas de ayuda en las toma de decisión diagnóstica y terapéutica que favorezcan la atención de calidad y la seguridad del paciente | Si/No | SAS | Autonómico |
| La Base Poblacional de Salud (BPS) y otras fuentes de información permite obtener información en tiempo real, en ERYME, sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Incidencia, prevalencia y tendencia 2. Distribución de los factores determinantes o de riesgo 3. Mortalidad y comorbilidad asociadas 4. Distribución geográfica, por edad y sexo u otros grupos específicos y distintos niveles de desagregación. 5. Calidad de vida 6. Impacto en la actividad laboral 7. Utilización de recursos sanitarios | | | |
| La HSD integra datos relativos a actividad laboral de las personas | | | |
| La HCD incorpora cuestionarios sobre calidad de vida | | | |

| LÍNEA ESTRATÉGICA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN | | | |
|--|--|---------------|----------------------|
| Objetivo: Favorecer la accesibilidad a la información sobre las ERYME, dirigida a la población general, a las personas con ERYME y a los profesionales. | | | |
| Indicador | Fórmula | Fuente | Desagregación |
| Estrategia de comunicación sobre los avances y resultados del PAERME | Difusión dirigida a la población | S. Planes | Autonómico |
| | Difusión dirigida a los profesionales | | |
| | Difusión dirigida a los medios de comunicación | | |

| LÍNEA ESTRATÉGICA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CORRESPONSABILIDAD | | | |
|--|--|---------------|--------------------------------|
| Objetivo: Asegurar la participación efectiva de la ciudadanía y sus organizaciones en el desarrollo de las acciones del Plan. | | | |
| Indicador | Fórmula | Fuente | Desagregación |
| Expectativas y necesidades de las personas con ERYMe | Investigación cualitativa | S. Planes | Autonómico |
| Programas de educación para la salud dirigida a personas con ERYME | Grupos de personas con ERYME en AP y AH de educación para la salud en el abordaje de las ERYME | SAS | Área sanitaria Edad Sexo |
| Programas de educación por pares en el marco de los equipos profesionales y las asociaciones de ayuda mutua | Pacientes expertos en el abordaje de las ERYME | | |

7 ABREVIATURAS

| | |
|-------|---|
| ACSA | Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía |
| AEMPS | Agencia Española del Medicamento y Producto Sanitario |
| AGS | Área de Gestión Sanitaria |
| AH | Atención Hospitalaria |
| AINE | Antiinflamatorios no esteroideos |
| AP | Atención Primaria |
| CMBD | Conjunto Mínimo de Datos Básicos |
| COT | Cirugía Ortopédica y Traumatológica |
| CS | Consejería de Salud |
| EAS | Encuesta Andaluza de Salud |
| EDAD | Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situación de Dependencia |
| EM | Enfermedades Musculoesqueléticas |
| ENS | Encuesta Nacional de Salud |
| ERyME | Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas |
| GPC | Guía de Práctica Clínica |
| HAR | Hospital de Alta Resolución |
| HCD | Historia Clínica Digital |
| IECA | Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía |
| IT | Incapacidad laboral temporal |
| IP | Incapacidad laboral permanente |
| MFR | Medicina Física y Rehabilitación |
| PAI | Proceso Asistencial Integrado |
| PAS | Plan Andaluz de Salud |
| RE | Enfermedades Reumáticas |
| REUM | Reumatología |
| SAS | Servicio Andaluz de Salud |
| SIGAP | Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| SSPA | Sistema Sanitario Público de Andalucía |
| UE | Unión Europea |
| UGC | Unidad de Gestión Clínica |

8 ANEXO

PLANES, ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS RELACIONADOS CON EL PAERME

| Línea estratégica | Plan/estrategia |
|----------------------|---|
| Promoción/Prevención | <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan Andaluz para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2. Plan Integral de Tabaquismo 3. Plan Integral de Obesidad Infantil 4. Plan Andaluz de Atención Integral a Personas con Enfermedades Crónicas 5. Estrategia de Cuidados de Andalucía 6. Estrategia de Envejecimiento Activo 7. Creciendo en Salud y Forma Joven 8. Promoción de la Salud en los lugares de trabajo 9. Acción Local en Salud |
| Atención Sanitaria | <ol style="list-style-type: none"> 10. Plan Andaluz de Atención a Personas con Dolor 11. Plan Andaluz de Atención Integral a Personas con Enfermedades Crónicas 12. Estrategia de Seguridad del Paciente 13. Estrategia de Cuidados de Andalucía 14. Examen de Salud para mayores de 65 años 15. GRUSE |
| Formación y DP | <ol style="list-style-type: none"> 16. Estrategia de Formación de Andalucía |
| Investigación | <ol style="list-style-type: none"> 17. Estrategia de Investigación de Andalucía |

9

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. European Commission. Health in the European Union. Special Eurobarometer 272e. 2007.
2. Quadrello T, Bevan S, McGee R. Fit for Work? Musculoskeletal disorders in the Spanish Labour Market. Disponible en: <http://www.fitforworkeurope.eu/>
3. Woolf AD, Zeidler H, Haglund U, Carr AJ, Chaussade S, Cucinotta D, et al. Musculoskeletal pain in Europe: its impact and a comparison of population and medical perceptions of treatment in eight European countries. *Ann Rheum Dis* 2004 Apr;63(4):342-7.
4. Rasker JJ. Rheumatology in general practice. *Br J Rheumatol* 1995 Jun;34(6):494-7.
5. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
6. Abellán García A, Pérez Díaz J, Esparza Catalán C, Castejón Villarejo P, Ahmed-Mohamed K. Discapacidad y dependencia en Andalucía con base en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008 [Internet]. Sevilla: Sevilla : Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2012. Disponible en: <http://www.ieca.juntaandalucia.es/estudios/discapacidad/discapacidad.pdf> [acceso:12/6/2015].
7. Angulo Pueyo E, Ridao López M, Martínez Lizaga N, Seral Rodríguez M, Bernal-Delgado E, Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica: Ficha VPM Artroplastia de rodilla [Internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud – Instituto Investigación Sanitaria Aragón, 2014. Disponible en: http://www.atlasvpm.org/documents/10157/41319/ficha_AtlasVPM_artroplastia_rodilla.pdf [acceso: 20/4/2015].
8. Cabanillas Moruno JL, Gili Miner M, Luanco Gracia JM, Villar Doncel JD. Tiempo óptimo personalizado de incapacidad temporal por diagnóstico [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2012. Disponible en: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1027> [acceso: 15/5/2015].
9. Cookson R, Gutacker N, García-Armesto S, Angulo-Pueyo E, Christiansen T, Bloor K, Bernal-Delgado E. Socioeconomic inequality in hip replacement in four European countries from 2002 to 2009 – area-level analysis of hospital data. *Eur J Pub Health*. 2015;25(Suppl 1):21-7.
10. Goicoechea Salazar J, Rodríguez Herrera J, Jiménez Romero MR, Larrocha Mata D, Canto Casasola VD, Laguna Tellez A. Actividad en hospital de día quirúrgico en los hospitales del SSPA, 2013. [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud – Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014. Disponible en: <http://goo.gl/vKwcCz> [acceso: 15/4/2015].
11. Goicoechea Salazar J, Larrocha Mata D, Laguna Tellez A, Trancoso Estrada J, Rodríguez Herrera J, Jiménez Romero MR, et al. Urgencias hospitalarias en el Servicio Andaluz de Salud. CMBD Urgencias, Hospitales SAS 2013. [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud – Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014. Disponible en: <http://goo.gl/kvHiJr> [acceso: 16/4/2015].
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de

- Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_enfermedades_reumaticas_Accesible.pdf [acceso: 4/5/2015].
13. Ollero Baturone M, Sanz Amores R, Padilla Marín C (coordinadores). Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas: 2012/2016 [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2012. Disponible en: http://www.opimec.org/media/files/Plan_Andaluz_Enfermedades_Cronicas_2012-2016_V03.pdf [acceso: 4/5/2013].
 14. Ollero Baturone M, Álvarez Tello M, Barón Franco B, Bernabéu Wittel M, Codina Lanaspá A, Fernández Moyano A, et al. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2007. Disponible en: http://www.csalud.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/atencion_pacientes_pluripatologicos_v3?perfil=org [acceso: 4/11/2017].
 15. Ridao López M, Angulo Pueyo E, Martínez Lizaga N, Seral Rodríguez M, Bernal-Delgado E, Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica: Ficha VPM Artroplastia de cadera [Internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud – Instituto Investigación Sanitaria Aragón, 2014. Disponible en: http://www.atlasvpm.org/documents/10157/41319/ficha_AtlasVPM_cadera.pdf [acceso: 20/4/2015].
 16. Ridao López M, Angulo Pueyo E, Martínez Lizaga N, Seral Rodríguez M, Bernal-Delgado E, Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica: Ficha VPM Cirugía de la patología degenerativa del raquis [Internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud – Instituto Investigación Sanitaria Aragón, 2014. Disponible en: http://www.atlasvpm.org/documents/10157/41319/ficha_AtlasVPM_espalda.pdf [acceso: 20/4/2015].
 17. Servicio Andaluz de Salud. Farmacia: consumo de medicamentos [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud – Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; actualizado 26/3/2015. Disponible en: <http://goo.gl/9VugmZ> [acceso: 24/4/2013].
 18. Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Revista Española de Reumatología 2001; Vol. 28. Núm. 1. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-proyecto-episer-2000-prevalencia-enfermedades-15193>
 19. Atlas de Variabilidad de la Práctica Clínica. <http://www.atlasvpm.org/>
 20. PAI Fibromialgias
 21. PAI Rodilla
 22. PAI Cadera

