



PLAN ANDALUZ DE
Atención a la Cronicidad

2025 - 2028



Créditos

PLAN andaluz de atención a la cronicidad

[Recurso electrónico] : 2025-2028 . -- [Sevilla] : Consejería de Salud y Consumo, 2024.

Texto electrónico (pdf), 202 p. : gráf.

ISBN 978-84-129052-0-5

1. Enfermedad crónica. 2. Planes y programas de salud. 3. Estrategias de salud. 4. Andalucía

I. Andalucía. Consejería de Salud y Consumo.

QZ 185

REVISIÓN FINAL DEL PROYECTO

María Luisa del Moral Leal

Viceconsejera de Salud y Consumo

Ana María Reales Arroyo

Dirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Consejería de Salud y Consumo

Ismael Muñoz Martínez

Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo. Consejería de Salud y Consumo

Sandra González Pérez

Subdirección de Gestión Sanitaria de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

María José Ferrer Herrera

Subdirección de Gestión Sanitaria de Atención Hospitalaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Carlos García Collado

Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

María Dolores Muñozerro Muñoz

Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Dirección General de Sistemas de Información y Comunicaciones. Servicio Andaluz de Salud

Francisco José Sánchez Laguna

Coordinación de la Estrategia de Salud Digital de Andalucía. Dirección General de Sistemas de Información y Comunicaciones. Servicio Andaluz de Salud

Víctor Manuel Ortega Jiménez

Coordinación de Sistemas de Información. Dirección General de Sistemas de Información y Comunicaciones. Servicio Andaluz de Salud

Lucía Mónica Pérez Nava

Coordinación de la Estrategia de Cuidados de Andalucía

Sebastián Tornero Patricio

Servicio de Planificación Operativa. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Syra Borrás Pruneda

Servicio de Planes y Estrategias. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Ingrid Ferrer López

Servicio de Promoción del Uso racional del Medicamento. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Juan Antonio Goicoechea Salazar

Servicio de Producto Sanitario. Dirección General de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados. Servicio Andaluz de Salud

Antonio Sánchez Díaz

Subdirección de Coordinación de Sistemas de Información. Servicio Andaluz de Salud

María Díaz Serrano

Técnico Asesor del Servicio de Planificación Operativa. Servicio Andaluz de Salud

Inés Falcón Alloza

Servicio de Coordinación-Gestión Ciudadana. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Román Villegas Portero

Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Dirección General de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados. Servicio Andaluz de Salud

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

Francisco Javier Vázquez Granado

Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. Consejería de Salud y Consumo

Valle García Sánchez

Dirección Gerencia. Servicio Andaluz de Salud

Inmaculada Vázquez Cruz

Dirección General de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados. Servicio Andaluz de Salud

Celia Fernández Delgado

Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

COMITÉ TÉCNICO

Antonio Joaquín Fajardo Arenas

Coordinación del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad

Daniel Fito García

Subdirección de Estrategias y Planes. Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo. Consejería de Salud y Consumo

María del Rocío Vélez Morales

Servicio de Estrategias y Planes de Salud. Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo. Consejería de Salud y Consumo

COMITÉ OPERATIVO

Antonio Joaquín Fajardo Arenas

Coordinación del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad

Matilde Calero Fernández

Asesoría Técnica del Servicio de Estrategias y Planes de Salud. Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo. Consejería de Salud y Consumo

COORDINACIÓN TÉCNICA Y DE METODOLOGÍA

Carmen Pérez Romero

Escuela Andaluza de Salud Pública

Diana Gosálvez Prados

Escuela Andaluza de Salud Pública

GRUPO MOTOR

Alejandra Adalid Ortega
Andreia Alves Martins
Regina Sandra Benavente Cantalejo
Manuel Ramón Bernal Pacheco
Matilde Calero Fernández
María Isabel Casado Mora
Gemma Castillo Aparicio
José Miguel Cerón Machado
María Díaz Serrano
María Teresa Estévez Morales
Antonio Fernández Moyano
Serafín Fernández Salazar
Ingrid Ferrer López
Andrés Fontalba Navas
Pablo García-Cubillana Cruz
María Ángeles García Lirola
Elena Godoy Molina
Ricardo Gómez Huelgas
Alejandro Granados Alba
María de la Villa Juárez Jiménez
Nieves Lafuente Robles
Isabel Leiva Gea
Guadalupe Longo Abril
Francisco Manuel López González
Rocío Martagón Moreno
Rocío Moreno Cubero
Pedro Morera Pérez
Juan Carlos Morilla Herrera
Rafael Muñoz Arcos
M^a José Peláez Cantero
Bibiana Pérez Ardanaz
Francisco Pozo Muñoz
Susana Rodríguez Gómez
José Manuel Rumbao Aguirre
Antonio Sánchez Díaz
Pedro Serrano Fernández
Carmen Subirá Granados
Manuel Torres Martín
Ignacio Vallejo Maroto
Concepción Vellido González

EQUIPO DE REDACCIÓN

Antonio Joaquín Fajardo Arenas
María Díaz Serrano
Serafín Fernández Salazar
Susana Rodríguez Gómez
Carmen Pérez Romero
Diana Gosálvez Prados

GRUPOS DE PARTICIPACIÓN

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Rosa María Sánchez Pérez

SEMERGEN Andalucía

Higinio Flores Tirado

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia - Andalucía (SEMG Andalucía)

Alberto Canalejo Echevarría

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

María José Molina Gil

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)

Santiago Teso Manzano

Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA)

María Patrocinio Sánchez Gallardo

Sociedad Española de Trabajo Social y Salud

María Dolores Martín Escalante

Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

Carolina López Álvarez

Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Atención Primaria (SAFAP)

José Ramón Ávila Álvarez

Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios (SAFH)

Juan Manuel Nieblas Silva

Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas Andalucía (ICPFA)

Leyre Hidalgo López

Sociedad Especialistas en Psicología Clínica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SEPCA)

Ángel Álvarez Márquez

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

ASOCIACIONES DE PACIENTES

Pilar Martínez Gimeno

Alianza General de Pacientes

José Luis Baquero Úbeda

Alianza General de Pacientes

Rafael Martínez Fernández

Plataforma de Organizaciones de Pacientes

Alfredo de Pablos Caille

Asociación de Pacientes con Pluripatologías Crónicas

PROFESIONALES DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO

David Alcaide Carrillo
María Luisa Álvarez Moreno
Gema Árbol Fernández
Susana María Arce Rodríguez
Mónica Casado Daza
Antonio Castilla Capetillo
Ángel Ceballos Torres
Juan Javier Cerezo Espinosa de los Monteros
David Godoy Godoy
Concepción Conde Guzmán
Inmaculada Cózar García
Jesús de la Paz Jiménez
Sandra Díaz Acevedo
Purificación Durán García
Antonio Espino Montoro
María Dolores Fernández Pérez
Rogelio García Cisneros
Elena García González
Ildefonso Godoy Lorite
María Guil García
Dolores Hermoso Hermoso
María Aranzazu Irastorza Aldasoro
Begoña Isac Martínez
Carmen María Lama Herrera
Nieves Lara Sires
Ana Rosa Listan Cortes
Juan Javier Márquez Cabeza
María Isabel Martínez González
Eduardo Mayoral Sánchez
Rafael Medina Reyes
Manuel José Mejías Estévez
Francisco Javier Narbona Rodríguez
María del Mar Olmo Navas
Daniel Ocaña Rodríguez
Alejandro Palacios Simón
Francisco Pozo Muñoz
Miguel Ángel Rico Corral
Francisco Javier Rivas Quintero
Francisca María Rodríguez García
Rosario Rodríguez Martínez
Teresa Rodríguez Paños
Alberto Sánchez-Noriega Zafra
Cristina Santa-Cruz Bellet
María Isabel Serrano Peña
Agustina Silvano Arranz
Ismael Tinoco Racero
Francisco José Vinuesa Acosta
Ruth Yeste Martín

Título: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad: 2025-2028

Edita: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía, 2024

Responsable de la edición: Dirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria

Diseño y maquetación: Catálogo Publicidad y Escuela Andaluza de Salud Pública

ISBN: 978-84-129052-0-5



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Consejería de Salud y Consumo: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: <https://repositoriosalud.es/>



PLAN ANDALUZ DE
Atención a la Cronicidad

2025 - 2028

Índice



6	■	PRESENTACIÓN
8	■	DEFINICIONES
9		1. Factor de riesgo
10		2. Enfermedad crónica
11		3. Cronicidad compleja
13	■	MARCO NORMATIVO Y ESTRATÉGICO
14		1. Marco nacional
17		2. Marco en Andalucía
21	■	MODELOS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD
22		1. Modelos internacionales de atención a la cronicidad
29		2. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema de Salud
31		3. Modelo de atención a la cronicidad en Andalucía
35	■	ANÁLISIS DE SITUACIÓN
36		1. Análisis sociodemográfico
36		Esperanza de vida
40		Años de vida con buena salud
42		Soledad
44		Dependencia
45		Los centros residenciales
49		Determinantes de la salud
53		Efectos del cambio climático
55		2. Análisis epidemiológico
55		Mortalidad
61		Hábitos relacionados con la aparición de la enfermedad crónica
70		Factores de riesgo biológicos
72		Prevalencia de enfermedades crónicas
81		Multimorbilidad
83		Complejidad
94		3. Análisis de recursos y modelos organizativos del Servicio Andaluz de salud para dar respuesta a la cronicidad
94		Aportaciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía
98		Análisis Organizativo: Estrategias, planes integrales y procesos asistenciales
134	■	IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS
142	■	DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO
149		1. Análisis DAFO
152		2. Retos actuales de la atención a la cronicidad en Andalucía
155	■	OBJETIVO GENERAL
157	■	LÍNEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ACCIONES
176	■	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
181	■	SIGLAS Y ACRÓNIMOS
183	■	BIBLIOGRAFÍA
188	■	REFERENCIAS



PRESENTACIÓN



Rocío Hernández Soto

CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO
DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

El presente Plan atiende a la apuesta de la Consejería de Salud y Consumo por el impulso y el fortalecimiento de la atención a la cronicidad en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Nos dirigimos especialmente a la ciudadanía. El principal objetivo en la atención a la cronicidad son las personas. Queremos, por ello, trabajar conjuntamente para conseguir las mayores cotas de bienestar y aumentar el número de años de vida con más salud.

La Organización Mundial de la Salud considera como factores de riesgo para padecer enfermedades crónicas cuatro conductas modificables, cuatro factores de riesgo biológicos y un factor ambiental. Entre las conductas modificables destaca el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y la alimentación poco saludable. Estas conductas, unidas al sobrepeso y obesidad, hipertensión, hiperglucemia e hiperlipidemia, junto con la contaminación, adquieren especial relevancia, ya que muchos de ellos son evitables, poniendo en evidencia que la promoción de la salud, el diagnóstico precoz y los hábitos saludables conducen a una disminución de la morbilidad y mortalidad prematura ocasionada por las enfermedades crónicas.

Entre los propósitos del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad de Andalucía 2025-2028, se encuentran la atención centrada en la persona

y sus necesidades, la promoción de estilos de vida saludables desde la infancia, una respuesta sanitaria integrada, integral y segura, así como la participación activa de la ciudadanía, potenciando la corresponsabilidad en el cuidado de su salud y en la utilización de servicios.

Además, este Plan enfatiza la importancia de reforzar el compromiso, la autonomía y participación de los y las profesionales, como agentes que facilitan el recorrido de las personas usuarias por el sistema sanitario, a través de espacios compartidos que promuevan el trabajo conjunto de la enfermería y los cuidados, la medicina, el trabajo social y otros perfiles, para garantizar una atención integral a cada persona.

La población andaluza, al igual que la de España y el resto de Europa, presenta cambios demográficos relevantes, destacando el progresivo envejecimiento. El incremento de la esperanza de vida no conlleva, necesariamente, que los años de vida se caractericen por un estado de salud óptimo. El incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas contribuye a la limitación de la capacidad funcional y, por ende, a la dependencia. La salud mental es también un elemento crucial, ya que contribuye al desarrollo de una vida saludable y productiva y al bienestar de las personas, condicionando la carga de enfermedad.

Este Plan afronta uno de los mayores retos para nuestro sistema de salud, como es la atención a las personas con enfermedades crónicas y sus necesidades complejas de salud. Centra la actuación en las personas y sus necesidades, ofreciendo una atención integrada a lo largo de toda la vida, liderada desde los equipos de atención primaria, trabajando estrechamente con cada paciente y sus redes sociales y familiares.

Como fruto del análisis de situación, de las necesidades y expectativas expresadas por los diferentes colectivos y perfiles profesionales, se han identificado 15 importantes retos, entre los que se encuentran: el fomento de la salud a través de la promoción de hábitos saludables y la acción comunitaria; el autocuidado, la participación de pacientes y familias y el apoyo a las personas que cuidan; la

mejora de la calidad y esperanza de vida en buena salud de las personas con enfermedades crónicas; un modelo de atención a la cronicidad centrado en el valor y la personalización; la actuación basada en equipos interdisciplinares; la reducción de la desigualdad y la variabilidad clínica; el desarrollo de modelos predictivos; y la configuración de espacios sanitarios que faciliten una coordinación sociosanitaria efectiva, especialmente ante situaciones de soledad no deseada o vulnerabilidad, con la máxima capacidad de resolución.

Con la actualización del anterior Plan, seguimos avanzando en la extensión y la calidad de la atención sanitaria ofrecida a la ciudadanía andaluza, con un enfoque orientado a minimizar las desigualdades en salud y garantizar la equidad en el acceso a los recursos sanitarios. El nuevo Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad 2025-2028 se plantea como una estrategia compartida, que debe permear a toda la organización sanitaria en torno a un abordaje integral de la cronicidad.

Es importante subrayar la importancia que tiene en este Plan la colaboración y coordinación con otros planes y estrategias, creando sinergias que contribuyan al logro de los objetivos establecidos. Su diseño se ha basado en una metodología esencialmente participativa, contribuyendo en su elaboración el Servicio Andaluz de Salud, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y la Escuela Andaluza de Salud Pública, en un trabajo sinérgico para dar la mejor respuesta a las necesidades de salud de las personas con enfermedades crónicas y sus familias.

Deseo expresar también mi agradecimiento al gran número de profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía que han participado en la elaboración de este Plan, cuya implicación y esfuerzo ponen de manifiesto el compromiso de la administración andaluza y de sus profesionales con la mejora de la salud y la calidad de vida de la ciudadanía.

Les invito a unirse en este esfuerzo conjunto. Entre todos y todas podemos construir un futuro más saludable. Agradezco de antemano su colaboración y dedicación a esta importante causa.



DEFINICIONES

1. FACTOR DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define factor de riesgo¹ como **“algo que aumenta la probabilidad de tener una enfermedad”**. Considera, como factor de riesgo para padecer enfermedades crónicas, cuatro conductas modificables, cuatro factores de riesgo biológicos, así como un factor ambiental².

CONDUCTAS MODIFICABLES

Consumo de tabaco

Consumo nocivo de alcohol

Inactividad física

Alimentación poco saludable

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

Sobrepeso y obesidad

Hipertensión arterial

Hiperglucemia

Hiperlipidemia

FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

Contaminación atmosférica

Esto adquiere relevancia ya que muchos de ellos son evitables, poniendo en evidencia que la promoción de la salud, junto con un diagnóstico precoz de la enfermedad y un tratamiento eficaz de la enfermedad una vez que ésta aparece, conducen a una disminución de la morbilidad y de la muerte prematura por enfermedades crónicas.



2. ENFERMEDAD CRÓNICA

La definición de enfermedad³ que propone la OMS considera la misma como **“una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”**.

Los organismos internacionales han utilizado diferentes criterios para la consideración de cronicidad, ya que no existe una definición unificada de enfermedad crónica. Los criterios más utilizados para clasificar las enfermedades como crónicas son:

CRITERIO TEMPORAL

CRITERIO DE EVOLUCIÓN CLÍNICA

Atendiendo a estos condicionantes, la enfermedad crónica sería aquella entidad, o su secuela, que dure o se prevea que va a durar más de un año y que produzca síntomas continuos u oscilantes o sean asintomáticos, y que requieran intervención sanitaria o que produzcan limitaciones en el autocuidado, la autonomía y/o las relaciones sociales.

Los criterios a considerar en las enfermedades crónicas que permiten definir y priorizar las intervenciones son:

- > Grado de repercusión funcional, cognitiva, emocional, familiar, socio-laboral y económica.
- > Posibilidad de prevención y freno de la progresión de la enfermedad.
- > Frecuencia con la que la enfermedad se presenta en la población (prevalencia).
- > Impacto económico y recursos necesarios para el manejo de la enfermedad crónica en el sistema sanitario.
- > Discapacidad o dependencia que ocasiona.

3. CRONICIDAD COMPLEJA

No existe una definición uniforme de complejidad de la persona con un problema crónico de salud. Existen diferentes enfoques y perspectivas sobre qué aspectos deben considerarse para determinar la complejidad en personas con enfermedad crónica.

Algunas definiciones se centran únicamente en factores médicos, como el número de enfermedades, mientras que otras incluyen aspectos no exclusivamente médicos, como factores socioeconómicos o demográficos.

La complejidad, además, es un estado dinámico que puede cambiar con el tiempo.

Las guías de multimorbilidad de los distintos organismos internacionales incluyen en la definición y criterios de complejidad: síndromes geriátricos, fragilidad, dependencia en las actividades de la vida diaria, factores sociales como la pobreza o la soledad no deseada, el alto consumo de recursos, la polifarmacia y los problemas mentales asociados.

En la infancia se pueden identificar niños y niñas con cronicidad compleja por^{4,5,6}.

1. Padecer 2 o más patológicas crónicas, con afectación de 2 o más órganos o sistemas, con una duración prevista prolongada (superior a 12 meses).
2. Padecer una enfermedad progresiva, debilitante, con disminución de la esperanza de vida.
3. Padecer una condición crónica con dependencia de tecnología por un período superior a 6 meses.
4. Neoplasias o enfermedades metastásicas que afectan a funciones vitales, excluidas aquellas en remisión durante más de 5 años.

La importancia de identificar y estratificar la cronicidad compleja radica en la **personalización de las intervenciones**. Las personas con enfermedades crónicas y criterios de complejidad son personas de mayor riesgo y vulnerabilidad, y que mayoritariamente sufren ingresos hospitalarios evitables. Es necesaria su priorización y la individualización en la toma de decisiones, permitiendo optimizar los programas de prevención y atención para un abordaje integral y de calidad, así como mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario.



**MARCO NORMATIVO
Y ESTRATÉGICO**

1. MARCO NACIONAL

En España, existe un amplio marco que regula la atención a personas con enfermedades crónicas. Se inicia con la Constitución Española que, entre los principios rectores de la política social y económica, reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud.

Desde entonces, se han desarrollado normas y documentos que concluyen en 2012 con la publicación de la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)**, aprobada mediante acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y disponible en la página web del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.

FIGURA 1. MARCO DE REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ESPAÑA. 2023





A partir de la publicación de la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS, los servicios de salud de las comunidades autónomas han desarrollado sus propios planes y estrategias, con la finalidad de abordar la provisión de atención sanitaria a personas con enfermedades crónicas, rediseñando los procesos de atención y la organización de los recursos para lograr una mejor integración de los servicios y favorecer la continuidad de los cuidados.

FIGURA 2. PLANES Y ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL. 2007-2023

España	Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud	2012
Andalucía	Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas	2012-2016
Aragón	Estrategia de Abordaje de la Cronicidad	2019
Canarias	Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias	2015
Cantabria	Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria	2015-2019
Castilla- La Mancha	Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial	2014-2017
Castilla y León	Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León	2020
Cataluña	Programa de prevenció i atenció a la cronicitat	2021
Ceuta y Melilla	Programa de actuaciones conjuntas de las Direcciones Territoriales del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria -INGESA- y del Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMSERSO-	2017
Comunidad de Madrid	Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025	2022-2025
Comunidad Foral de Navarra	Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos	2013-2015
Comunidad Valenciana	Estrategia para la Atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana	2014
Extremadura	Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura	2017-2022
Galicia	Estrategia Gallega para la Atención a Personas en Situación de Cronicidad	2018
Islas Baleares	Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021: El reto del sistema sanitario	2016-2021
La Rioja	Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la Rioja	2014
País Vasco	Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi	2010
Principado de Asturias	Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica	2014-2015
Región de Murcia	Estrategia para la Atención a la Cronicidad	2013-2015

Aunque cada plan o estrategia se adapta a las características de los servicios sanitarios y sociales de su región, todos ellos tratan de estructurar y analizar la mejora de la atención a las personas con enfermedades crónicas, considerando, entre otras, seis áreas clave de actuación:



La comunidad, recursos y políticas: derivación de pacientes a programas comunitarios; alianzas con agentes de la comunidad.



La organización del sistema sanitario: liderazgo, visión y recursos; incentivos; sistemas de mejora continua.



El apoyo en autocuidado: educación terapéutica; apoyo psicosocial; herramientas de autocuidados; toma de decisiones compartidas.



El diseño de la provisión de servicios: cambio en los roles profesionales; trabajo en equipo; continuidad asistencial; seguimiento activo de cada paciente.



El apoyo en la toma de decisiones: uso de guías, protocolos, rutas; formación continuada de profesionales; acceso a conocimiento de especialistas.



Los sistemas de información clínica: estratificación de pacientes; utilización de la información en la gestión; retroalimentación a equipos y profesionales.



2. MARCO EN ANDALUCÍA

En Andalucía, la **Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía** posibilita el desarrollo de los diferentes Planes Integrales, puestos en práctica en los últimos años en nuestra comunidad autónoma. El Estatuto de Autonomía para Andalucía, en el artículo 22, garantiza la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal, los derechos de pacientes y personas usuarias del sistema sanitario andaluz, así como las actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes dirigidos a las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo.

El **IV Plan Andaluz de Salud**, aprobado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 22 de octubre de 2013, actualiza y amplía los objetivos expresados en la Ley de Salud de Andalucía y el Estatuto de Autonomía para Andalucía, y avanza en la disminución de las desigualdades en salud, en colaboración con las demás instituciones y sectores que actúan sobre los determinantes de salud, para que orienten sus políticas y programas hacia unas cotas de salud distribuidas con mayor equidad. Pone énfasis en los problemas de salud que generan la mayor carga de enfermedad en Andalucía, para realizar una cuidadosa planificación de servicios y recursos, y poder garantizar la equidad para el conjunto del territorio andaluz en el acceso a prestaciones preventivas, cribados, prestaciones rehabilitadoras, procesos asistenciales, cuidados paliativos y atención a las personas que cuidan. Señala como retos determinantes el envejecimiento de la población, la cronicidad y la irrupción tecnológica.



Los sucesivos Planes de Calidad desarrollados en nuestra comunidad autónoma, que culminan con el **III Plan de Calidad**, han generado un cambio de paradigma, poniendo el foco en el trabajo basado en los resultados en salud, a través de la evidencia. El III Plan hace referencia a tres escenarios diferenciados: ciudadanía, profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y el contexto compartido.

Destacan, entre sus líneas de acción, algunas que están alineadas con la atención a la cronicidad, como son: a) la atención centrada en la persona y en sus necesidades, como clave para orientar las acciones, incorporando los valores y preferencias de la persona en la toma de decisiones; b) la orientación hacia la promoción de estilos de vida saludables y facilitadores en el desarrollo de su proyecto vital; c) una respuesta sanitaria integrada, integral y segura; y d) la participación activa de la ciudadanía en el ejercicio de sus derechos, potenciando la corresponsabilidad en el cuidado de su salud y en la utilización de servicios.



Además, dicho Plan enfatiza la importancia de reforzar el compromiso, la autonomía y participación de profesionales en su desarrollo competencial y en la gestión de su conocimiento, como agentes que facilitan el recorrido de cada paciente por el sistema sanitario, a través de espacios compartidos.

La Consejería con competencias en salud en Andalucía, a través de sus sucesivos Planes y Estrategias, ha promovido y consolidado una serie de iniciativas con el objetivo de ofrecer respuestas adecuadas a las expectativas y necesidades de las personas. Este marco normativo ofrece, en su conjunto, una base sólida para avanzar en la mejora de la atención a la cronicidad en Andalucía, ofreciendo una respuesta integrada y centrada en cada persona.

FIGURA 3. PLANES Y ESTRATEGIAS QUE ENMARCAN LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN ANDALUCÍA. 2023





TABLA 1. PLANES Y ESTRATEGIAS QUE ENMARCAN LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN ANDALUCÍA. 2023

Estrategia de Bioética	Define, de forma explícita, el marco de los valores en los que también se inspira la atención a la cronicidad en Andalucía: universalidad, solidaridad, sostenibilidad, innovación, dignidad, enfoque preventivo y de promoción de la salud, compromiso con la calidad, accesibilidad, satisfacción ciudadana, personalización, trabajo en equipo, reconocimiento profesional, servicio público, y muy especialmente y con mayor compromiso en ética, los de equidad, transparencia, corresponsabilidad y participación.
Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía	Tiene la misión de favorecer la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables en toda la población y edades, relacionadas, preferentemente, con la alimentación, la actividad física, el sueño, el bienestar emocional, la sexualidad y el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación, con la finalidad de disminuir las enfermedades crónicas.
Estrategia de Atención Primaria	Incluye propuestas referidas específicamente a la atención a la cronicidad, sociosanitaria, salud mental y apoyo en cuidados paliativos, que impulsa el seguimiento proactivo del paciente crónico, con especial énfasis en pacientes con enfermedades crónicas complejas.
Estrategia de Cuidados	Posiciona a la ciudadanía como eje central, con un papel activo y participativo en sus autocuidados. Define un nuevo proyecto de avance de los cuidados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, basado en la búsqueda de la excelencia a través de un avance competencial que genere una respuesta compartida, eficiente y efectiva a las necesidades de la ciudadanía, asegurando la calidad del cuidado.
Estrategia de Seguridad del Paciente	Se focaliza en el impacto que tienen sobre la seguridad del paciente determinadas situaciones de vulnerabilidad. Pone el énfasis en el papel que hoy en día ofrecen las tecnologías de la información sanitaria, como aliadas para facilitar una atención más segura. Considera fundamental lograr una creciente implicación de las personas en su propia seguridad clínica, aumentando su grado de conciencia y formación.
Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía	Tiene como objetivo general impulsar el desarrollo de estrategias que respeten la dignidad de las personas y sus derechos, que fomenten la escucha y la participación, en un entorno confortable y en un marco ético, de equidad y de excelencia en la atención.
Planes Integrales relacionados con la cronicidad	A través de los diferentes Planes Integrales, el Sistema Sanitario Público de Andalucía aborda los problemas de salud más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, de forma que se garantice una atención sanitaria integral a las personas, incluyendo en su abordaje la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.
	Planes Integrales como los de Diabetes, Cardiopatía, Ictus, Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas, Enfermedades Raras, Alzheimer o Atención a las Personas con Dolor, propician las transformaciones necesarias para dar respuesta a las necesidades de las personas.



**MODELOS DE ATENCIÓN
A LA CRONICIDAD**

1. MODELOS INTERNACIONALES DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

Existen varios modelos a nivel internacional de atención a la cronicidad, entre los que destacan los siguientes:

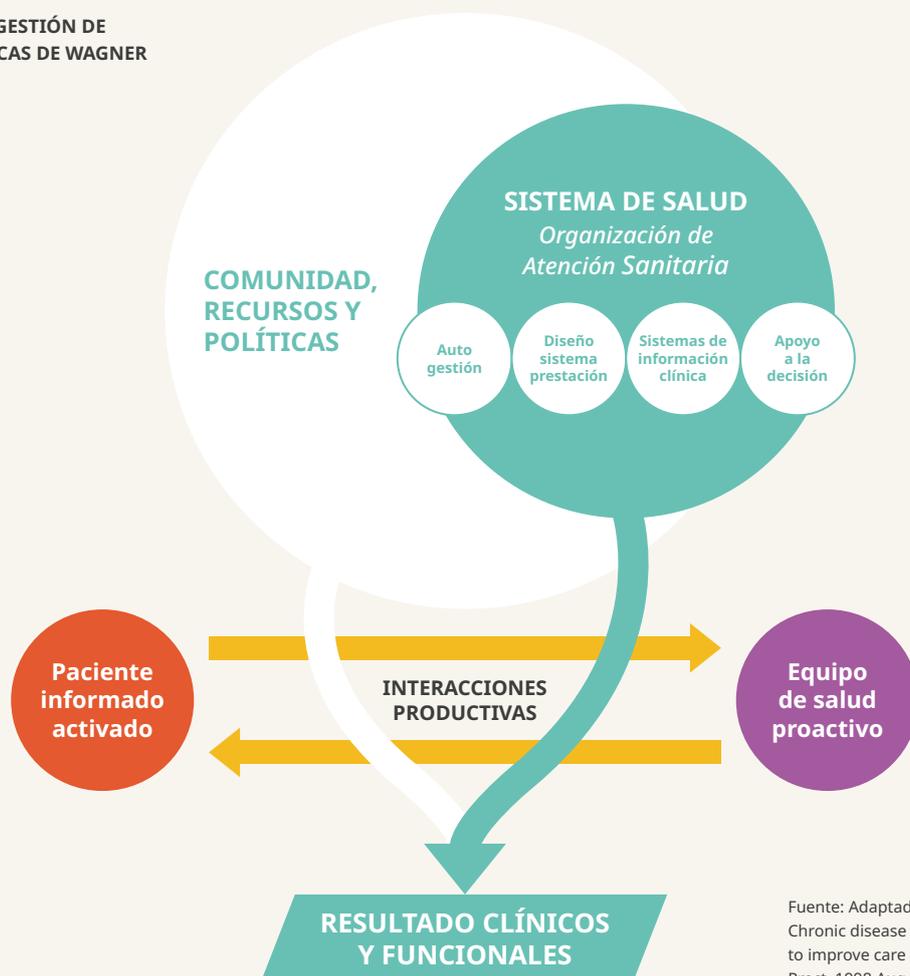
- *Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas (Chronic Care Model)*
- *Modelo de Kaiser Permanente*
- *Modelo de King's Fund*
- *Organización Mundial de la Salud*



Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas (Chronic Care Model)

El Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas (Chronic Care Model) fue desarrollado por Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation en Seattle^{7,8}. Destaca la importancia de facilitar el encuentro entre personas (activas e informadas) y equipos profesionales (preparados y proactivos), para que las intervenciones sean lo más productivas posible. El objetivo es tener pacientes con más salud, personas cuidadoras más satisfechas y una reducción en los costes. Ofrece un marco multidimensional que facilita la identificación de propuestas de atención a la cronicidad que deben ser adaptadas, operativizadas y evaluadas en cada entorno, teniendo en cuenta las características de las organizaciones sanitarias y sociales de cada territorio^{9,10}.

FIGURA 3. MODELO DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DE WAGNER Y COLABORADORES



Fuente: Adaptado y traducido de Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998 Aug-Sep;1(1):2-4. PMID: 10345255.

Modelo de Kaiser Permanente

El modelo de buenas prácticas en gestión sanitaria de Kaiser Permanente¹¹, organización norteamericana sin ánimo de lucro (Health Maintenance Organization). Propone una pirámide de riesgo que identifica tres niveles de intervención, según el grado de complejidad de cada caso lo que permite adecuar los programas de intervención a la intensidad de los cuidados que requiere cada persona, según el nivel de complejidad de su situación, sanitaria y social¹².

FIGURA 4: MODELO DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE KAISER PERMANENTE

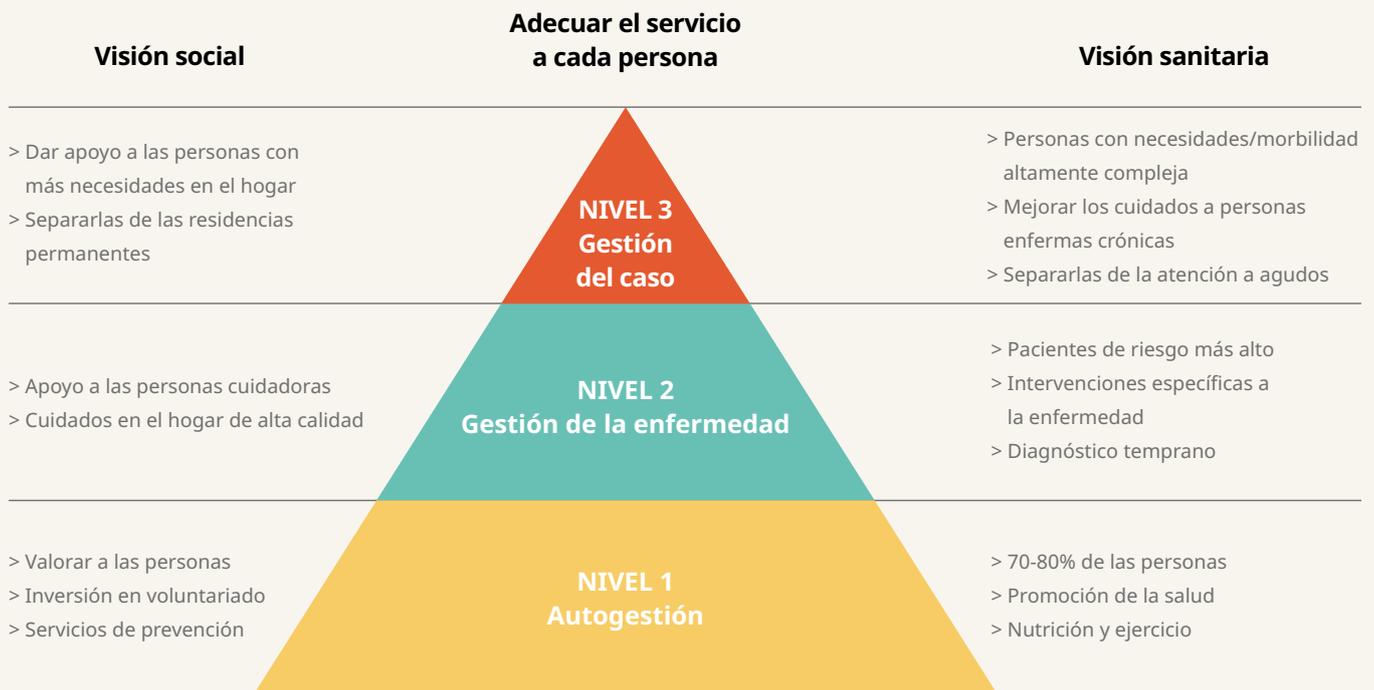


Fuente: Adaptado y traducido de Goodwin N, Curry N. Methods for predicting risk of emergency hospitalization. In: 8th INIC Annual Conference. Gothenburg; 7th March 2008.

Modelo de King's Fund

La pirámide de Kaiser fue redefinida por el The King's Fund^{13,14} convirtiéndose en el modelo de atención a la cronicidad en el Reino Unido. Aporta como elemento relevante la combinación de la visión sanitaria y social como partes integrantes de la atención las personas con enfermedades crónicas.

FIGURA 5: PIRÁMIDE DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE THE KING'S FUND



Fuente: Adaptado y traducido de Miller R, Eastwood J. Integrating Health- and Social Care Systems. En: Amelung V et al. Handbook Integrated Care. 2ed. New York: Springer; 2021.

Organización Mundial de la Salud

Otro aspecto relevante en la atención a la cronicidad es la relación, claramente establecida, entre la dependencia, las enfermedades crónicas y la edad.

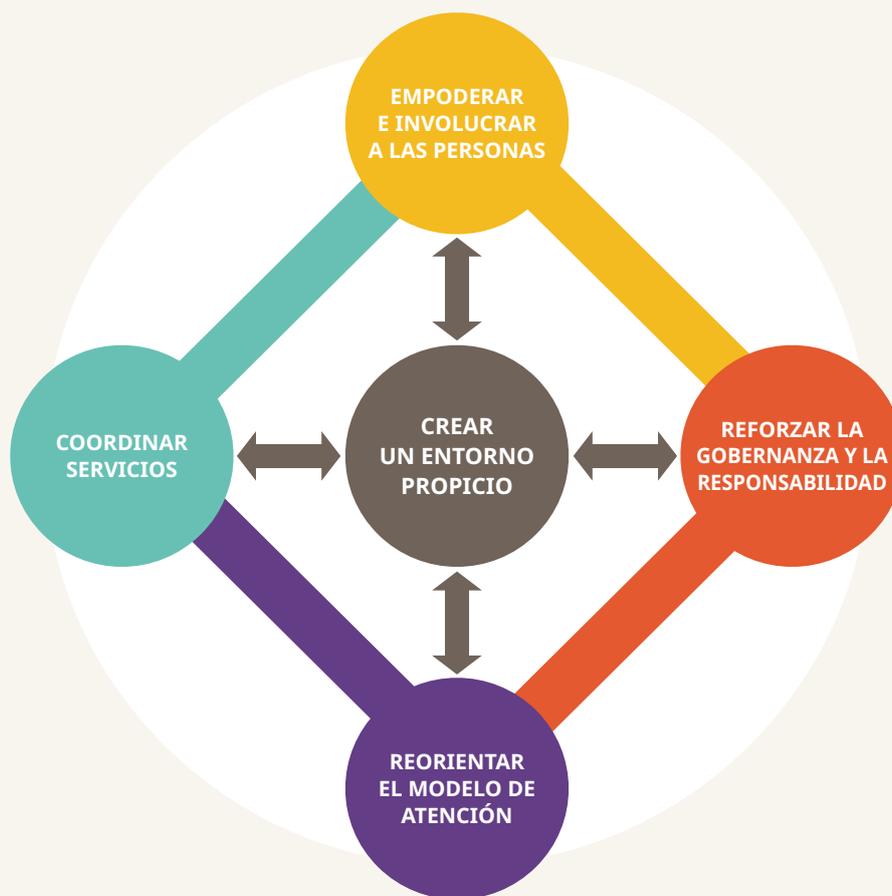
En este contexto, la OMS estableció hace unos años la atención integrada de los servicios sanitarios y sociales, centrados en las personas, como una de sus líneas prioritarias de intervención^{15,16}.

La Asamblea Mundial de la Salud de la OMS aprobó en 2016 el marco de referencia sobre servicios de salud integrados y centrados en las personas¹⁷, pidiendo a los países miembros que impulsaran las reformas necesarias para reorientar los servicios de salud, poniendo en el centro a las personas, las familias, a quienes brindan los cuidados y a las comunidades, coordinando los diferentes eslabones y centros asistenciales del sector salud y del sistema de atención social, dando respuesta a las necesidades de las personas a lo largo de todo el ciclo vital.

Este modelo de atención integrada se fundamenta en cinco pilares básicos¹⁷:

- > Empoderar e involucrar a las personas.
- > Fortalecer la gobernanza y rendición de cuentas de las instituciones.
- > Reorientar el modelo de atención.
- > Coordinar los servicios, dentro y entre los diferentes sectores implicados.
- > Crear un entorno que permita alcanzar estos fines.

FIGURA 6: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA CENTRADO EN LA PERSONA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



Fuente: Adaptado de Integrated People-Centred Health Services (IPCHS) [Internet]. Granada: WHO Collaborating Centre for Integrated Health Services based on Primary Care; 2024.

Características a tener en cuenta, según organizaciones internacionales, para su incorporación en los modelos de atención a la cronicidad

Las organizaciones internacionales orientadas a la atención integrada han identificado la necesidad de articular:

- **Modelos de atención compartida** entre el hospital y la atención primaria para la atención a las personas con enfermedades crónicas. En este sentido, destaca el consorcio SELFIE¹⁸ que incluye ocho países: Países Bajos (coordinador), Austria, Croacia, Alemania, Hungría, Noruega, España y el Reino Unido.
- **Equipos domiciliarios.** En este contexto destaca la iniciativa de la National Association of Primary Care¹⁹ del Reino Unido, por la que desarrolla un estudio piloto, publicado en 2018, que se implanta en distintas zonas del país, donde los equipos domiciliarios están formados por profesionales de medicina de familia, enfermería comunitaria, enfermería experta en salud mental, fisioterapia y terapia ocupacional, centrándose en la atención domiciliaria a pacientes de un riesgo elevado por múltiple comorbilidad, consiguiendo un aumento de la satisfacción y una disminución de los costes ligados a la hospitalización evitable y a la prescripción.
- **Modelos de atención intermedia.** Una de las áreas donde hoy en día existe menor definición y mayor variabilidad, y en la que se están invirtiendo los mayores esfuerzos, es en los modelos de atención intermedia. El objetivo de estos modelos es proporcionar cuidados a personas con enfermedades crónicas fuera del hospital, en un ambiente menos agresivo, para facilitar una recuperación más rápida, maximizar una vida independiente, prevenir ingresos innecesarios en los hospitales o evitar un ingreso prematuro en centros de larga estancia.

En el ámbito europeo, los programas de atención a la cronicidad, aunque se adaptan a las peculiaridades y necesidades de cada país, comparten las siguientes características:

- > Son programas centrados en cada paciente.
- > Son modelos de atención basados en la atención primaria. La OMS publicó en 2020 el Marco operacional para la atención primaria de salud.
- > Promueven la coordinación de la atención.
- > Están orientados a resultados.
- > Son interdisciplinarios.
- > Potencian la gestión de casos.
- > Facilitan la participación de las personas cuidadoras.
- > Abordan la polifarmacia y la adherencia terapéutica.
- > Focalizan la atención en personas adultas mayores, con características de fragilidad.
- > Están promovidos por organizaciones gubernamentales.

2. ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud fue aprobada en el año 2012 por el Consejo Interterritorial del SNS, para implementar medidas para enfrentar las enfermedades crónicas.

El objetivo de esta estrategia es abordar de manera integral la atención a las enfermedades crónicas en el sistema de salud nacional, teniendo en cuenta las mejores prácticas y experiencias a nivel nacional e internacional.

La Estrategia se estructura en el desarrollo de objetivos de avance relacionados con: Promoción de la salud; Prevención de las condiciones de salud; Continuidad asistencial; Reorientación de la atención sanitaria; Equidad en salud e igualdad de trato; Investigación e innovación.



TABLA 3: ESTRUCTURA DE LA ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

<p>Promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria</p>	<p>Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico</p>	<p>Continuidad asistencial</p>
<p>Fortalecer las habilidades y capacidades individuales, así como modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas para mejorar la salud pública e individual, desde la infancia</p>	<p>Reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades, lesiones y discapacidades, así como mitigar sus consecuencias negativas</p> <p>Adoptar un enfoque transversal que integre la salud, la educación, los servicios sociales, el entorno laboral, el medio ambiente y la investigación</p>	<p>Planificar y organizar adecuadamente la atención a personas con condiciones crónicas de salud, evitando la fragmentación de la atención especialmente entre las transiciones entre ámbitos asistenciales</p>
<p>Reorientación de atención sanitaria</p>	<p>Equidad en salud e igualdad de trato</p>	<p>Investigación e innovación</p>
<p>Lograr una atención integral, estratificando a la población según sus necesidades sanitarias y sociales, diseñando intervenciones específicas adaptadas a cada grupo de pacientes</p>	<p>Todas las personas tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial de salud, independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales</p>	<p>La integración de la investigación con la práctica clínica mejora la calidad de los servicios de salud, facilita la implementación de avances científicos y promueve un cuidado ético y eficiente de las personas. La innovación sanitaria abarca no solo la innovación tecnológica, sino también la organizacional y en servicios. Es un proceso continuo de mejora para atender las necesidades de la población y del conjunto de profesionales</p>

3. MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN ANDALUCÍA

El **Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC)** se publicó en el año 2012, con la finalidad de abordar las necesidades generadas por dos elementos fundamentales, los cambios demográficos y sociales que se están produciendo en los últimos años y el aumento de las personas con enfermedades crónicas, que avanza en paralelo al envejecimiento de la población.

Se definieron 6 líneas estratégicas:

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

Las acciones que, en la última década, se han puesto en marcha desde el PAAIPEC en el SSPA han pretendido desarrollar un modelo de atención integrada centrada en las personas, para hacer frente al principal problema de salud emergente en el siglo XXI, las enfermedades crónicas²¹. Sus propuestas se han ido definiendo como múltiples líneas de acción para activar las numerosas palancas que hay que movilizar, para lograr la necesaria renovación de la atención sanitaria y social en Andalucía. Estas acciones se caracterizan por ser líneas continuas de gran proyección, y no intervenciones acotadas temporalmente, muchas de las cuales siguen manteniendo una absoluta vigencia en la actualidad.

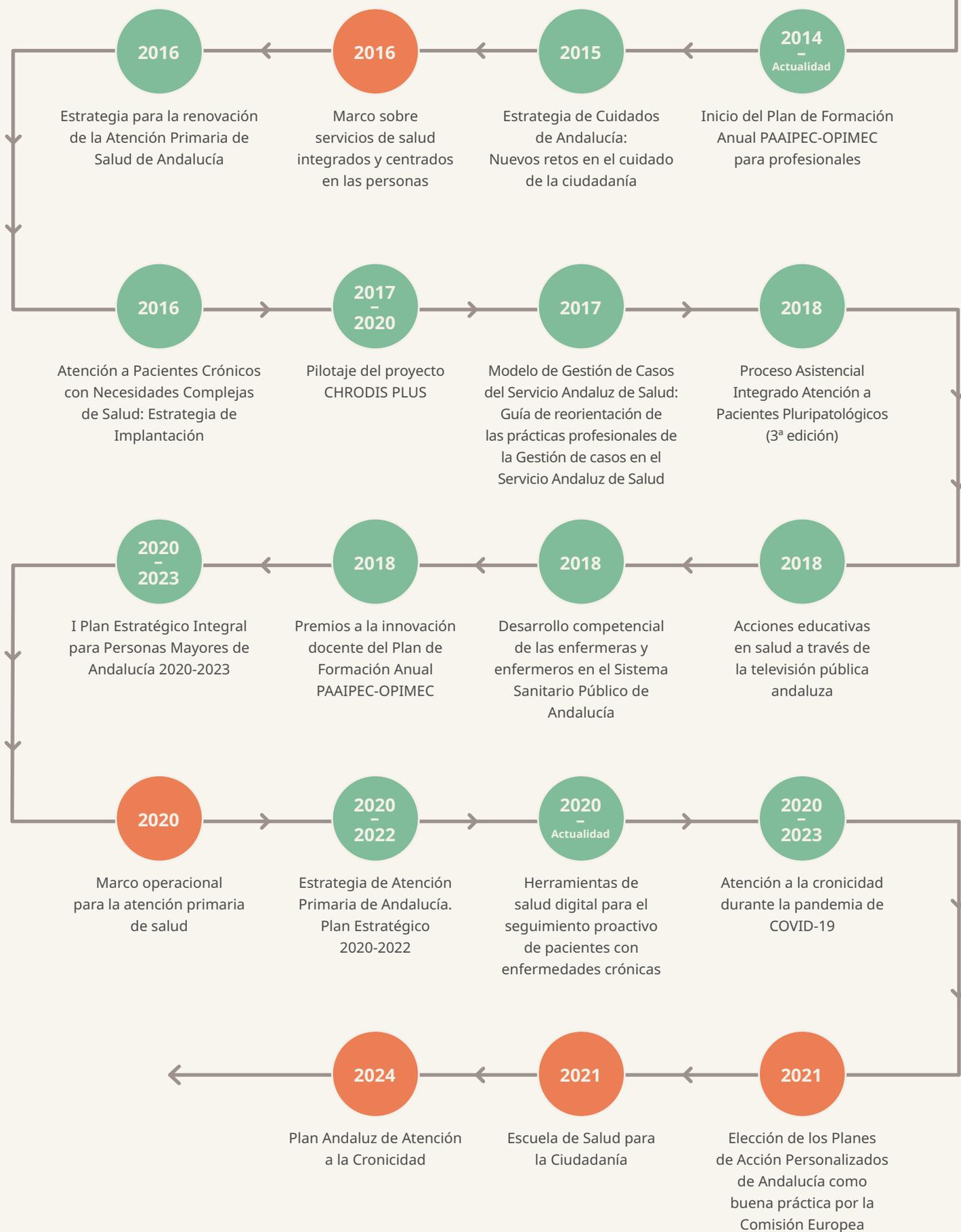
Para conseguir el éxito en la consecución de los objetivos del PAAIPEC, manifestado por una mejor salud de la ciudadanía, era necesario focalizar la actuación en la atención primaria y abordar los problemas desde una óptica global. Por ello, el Plan definió como primera prioridad reforzar el papel de la atención primaria en el SSPA, siendo el gran reto de la cronicidad acceder y trabajar en el ecosistema de las personas con enfermedades crónicas, atenderlas a lo largo de su ciclo vital, intervenir en distintos momentos de la historia de la enfermedad, personalizar la atención y ofrecer la incardinación a cada paciente y su familia en la red de atención social y sanitaria. De esta manera, el PAAIPEC ha ido alineándose con sus propuestas de acción con el modelo de atención integrada de la OMS^{15,16,17,20}, que reconoce el papel imprescindible de la atención primaria en el abordaje de la cronicidad.

Se puso en marcha, de este modo, un proyecto gran magnitud, de carácter transversal al SSPA, que incidía en la propia cultura profesional y con vocación transformadora sobre la organización de los servicios de salud, requiriendo un tiempo prudencial para su desarrollo efectivo, además del impulso de acciones coordinadas sobre elementos estratégicos del sistema. Este proceso transformador sigue desarrollándose en la actualidad, concebido como un proyecto dinámico y flexible, cuyas acciones y medidas están contribuyendo a la mejora continua de la atención a la cronicidad en Andalucía.

En el tiempo que lleva de desarrollo, el PAAIPEC ha logrado permear la organización sanitaria y generar una cultura de cambio y de necesidad de adaptar las formas de trabajar de los equipos clínicos.

Se recogen, a continuación, las principales actuaciones realizadas en el SSPA que, a lo largo de los años, han contribuido a una mejora de la atención a la cronicidad, en el marco de los objetivos y retos planteados por el PAAIPEC.

Se presenta una **cronología** (Figura 7) que abarca la evolución de la gestión de la cronicidad a nivel andaluz, nacional e internacional, destacando los principales hitos que han influido en la atención a las enfermedades crónicas en Andalucía. La atención a las enfermedades crónicas sigue siendo un desafío en constante evolución. Los sistemas sanitarios continúan trabajando para mejorar la calidad de vida de las personas con estas condiciones, a través de enfoques más integrales y centrados en la persona.





**ANÁLISIS DE
SITUACIÓN**



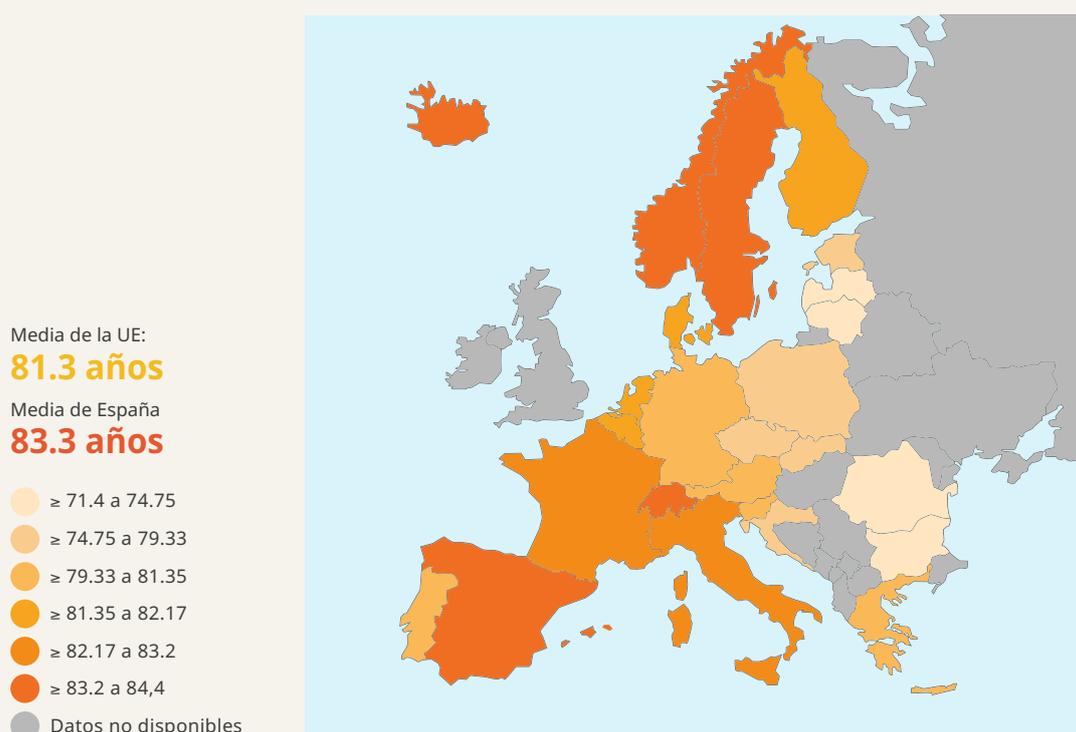
1. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO

Esperanza de vida

La población en España presenta, al igual que el resto de Europa, cambios demográficos, destacando su progresivo envejecimiento. En España, con una población de 47.615.035 personas, de las que 24.304.407 son mujeres y 23.310.627 son hombres, el 19,65% son mayores de 65 años²².

La mejora de la situación social y el éxito de la atención en los sistemas sanitarios sitúan en 2021 a España como el tercer país de Europa con mayor esperanza de vida al nacer, 83,3 años. Al diferenciar por sexos, la media en mujeres se sitúa en 86,2 años (segundo país de Europa) y en hombres en 80,3 años (noveno país de Europa), con un crecimiento sin precedentes de la población mayor de 80 años, especialmente entre las mujeres²³.

FIGURA 8. ESPERANZA DE VIDA AL NACER. EUROPA 2021



El Instituto Nacional de Estadística (INE) publicó en octubre de 2022 un estudio de proyección poblacional²⁴, mostrando el progresivo envejecimiento de la población española, siendo el grupo con mayor población en 2072 las personas entre 60 y 69 años.

FIGURA 9. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN. ESPAÑA 2022, 2052 Y 2072

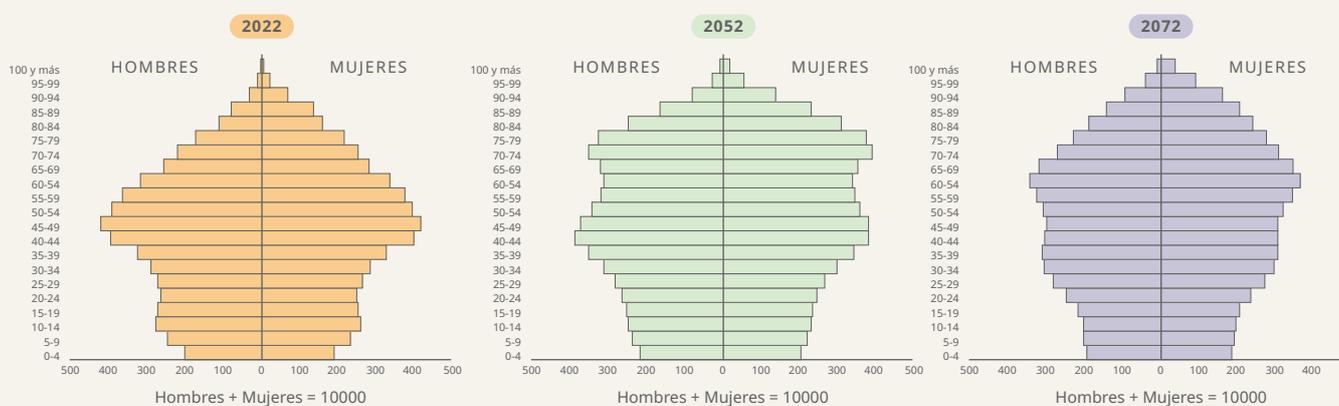
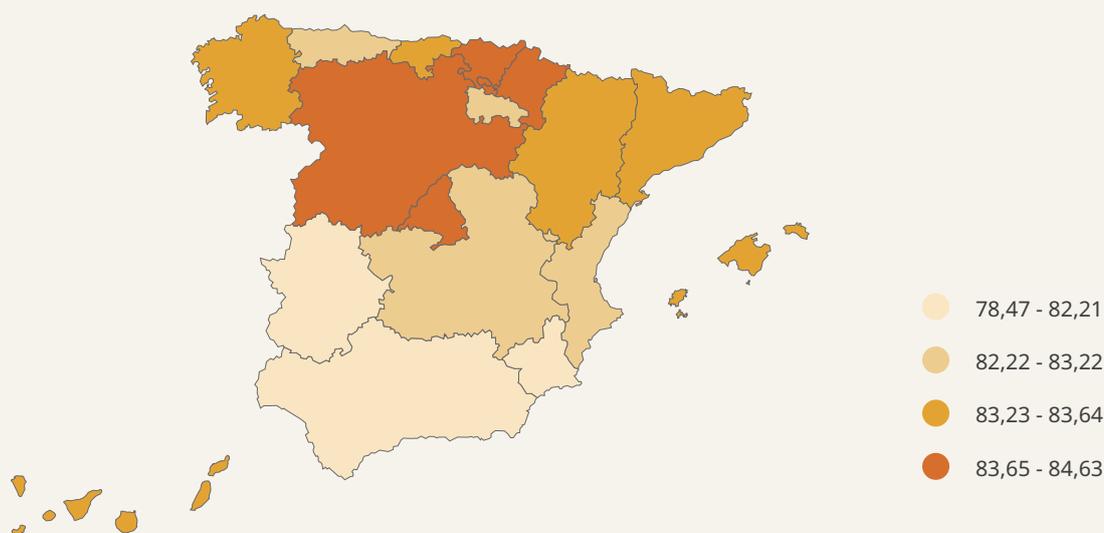
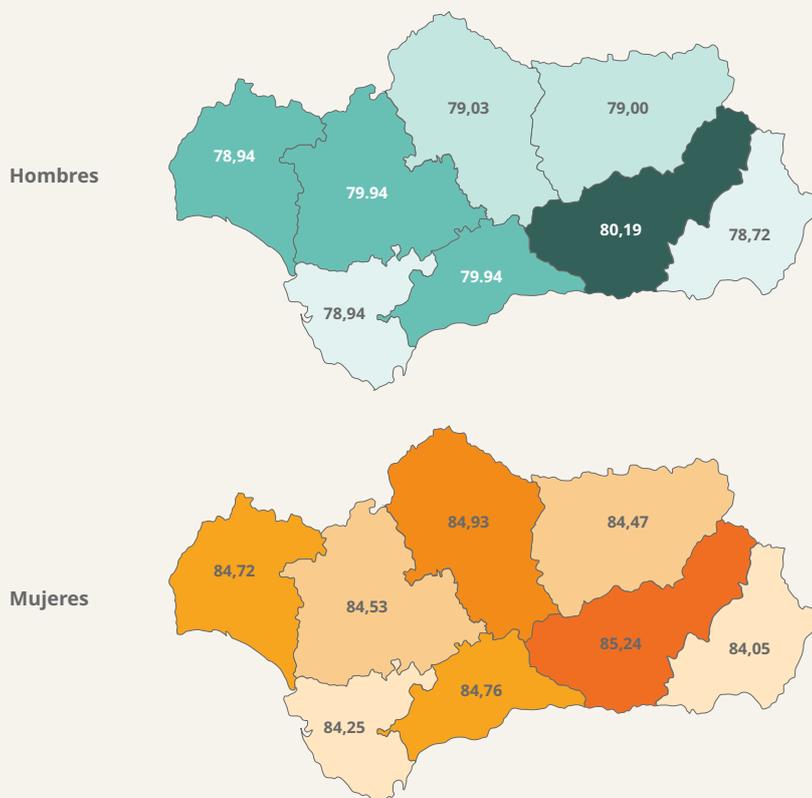


FIGURA 10. ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. ESPAÑA 2022



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

FIGURA 11. ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR PROVINCIAS. ANDALUCÍA 2022



Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

Andalucía cuenta con una población de 8.500.187 personas, de las cuales 4.312.592 son mujeres y 4.187.595 son hombres²⁵. El porcentaje de población mayor de 65 años es menor que la media nacional, siendo la comunidad autónoma con menor esperanza de vida al nacer (81,92 años) de España en el año 2022. Para las mujeres la esperanza de vida al nacer se encuentra en 84,61 años y en 79,23 años en hombres, 1,38 años menos que la media nacional²⁶.

Las provincias con menor esperanza de vida al nacer tanto en hombres como en mujeres son Almería y Cádiz, siendo Granada la que presenta una mayor esperanza de vida de toda Andalucía para ambos sexos²⁷.

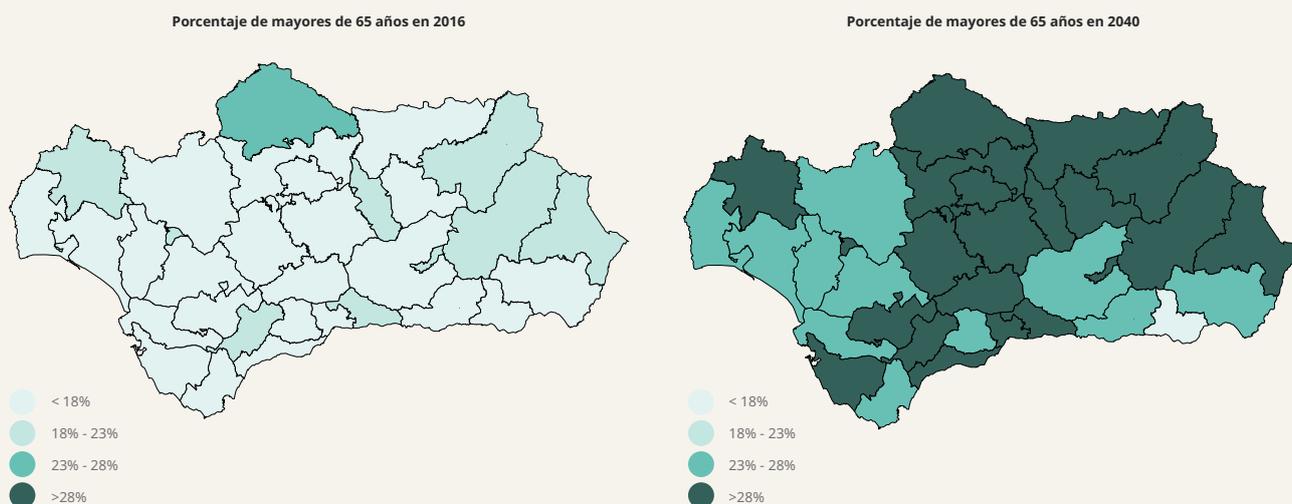


Según las proyecciones poblacionales que nos ofrece el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), los municipios con población inferior a 10.000 (624 de los 778 municipios Andaluces) son los que presentaran un crecimiento mayor en la población de más de 64 años²⁸.

Debido a la mayor esperanza de vida en las mujeres, Andalucía presenta una importante feminización en el grupo de personas mayores. A partir de los 70 años, las mujeres representan una mayor proporción en todos los tramos de edad. Según las proyecciones de población, en 2040 más del 60% de las personas mayores de 80 años serán mujeres²⁷.

La proyección de la población induce a pensar en la necesidad de reordenación de los servicios sanitarios, ajustando las ratios de profesionales y diseñando modelos que permitan atender a esta situación de envejecimiento, a pesar de que la densidad de población en los municipios con mayor envejecimiento es, y será, muy baja.

FIGURA 12. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS POR PROVINCIAS Y ÁMBITOS SUBREGIONALES. ANDALUCÍA 2016-2040



Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.



Años de vida con buena salud

El incremento de la esperanza de vida no conlleva necesariamente que los años de vida se caractericen por un estado de salud óptimo. En efecto, las personas pueden experimentar enfermedades y problemas de salud que reduzcan la calidad de vida, sin que ello produzca la muerte de manera inmediata. Esta disminución en la calidad de vida se intensifica durante los últimos años, debido al incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas. Estas enfermedades crónicas, por su naturaleza persistente, pueden gradualmente mermar la salud y prolongarse durante largos períodos de tiempo. Por lo tanto, es de suma importancia evaluar las repercusiones que las enfermedades crónicas ejercen sobre la vida de las personas y su contribución a la limitación de la capacidad funcional y, por ende, a la dependencia²⁹.

En el año 2005, la OMS lanzó la campaña “Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores”³⁰, en la que se planteó el objetivo de llevar a la práctica, en lo local, el paradigma del envejecimiento activo. Su finalidad última es promover un movimiento de participación ciudadana, protagonizado por las personas mayores como generadoras de bienestar, traspasando las barreras del envejecimiento activo hacia un concepto más amplio de ciudadanía. Intenta disminuir en el mundo la pérdida de autonomía, aumentando los años de vida con buena salud.

Existe un indicador que mide la esperanza de vida en buena salud, que se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad)³¹.

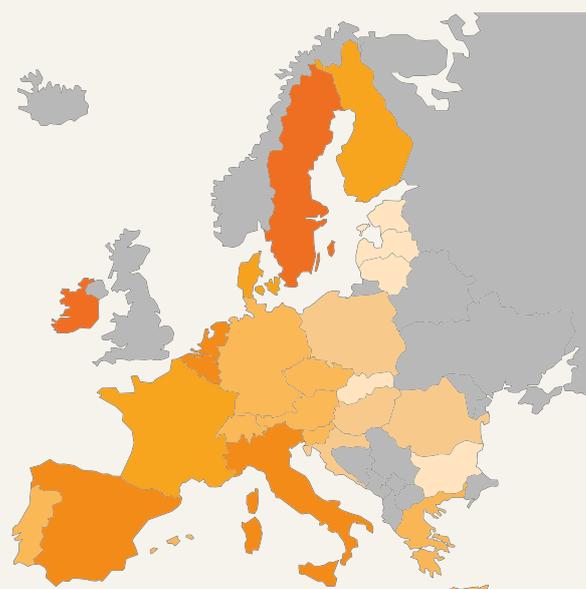
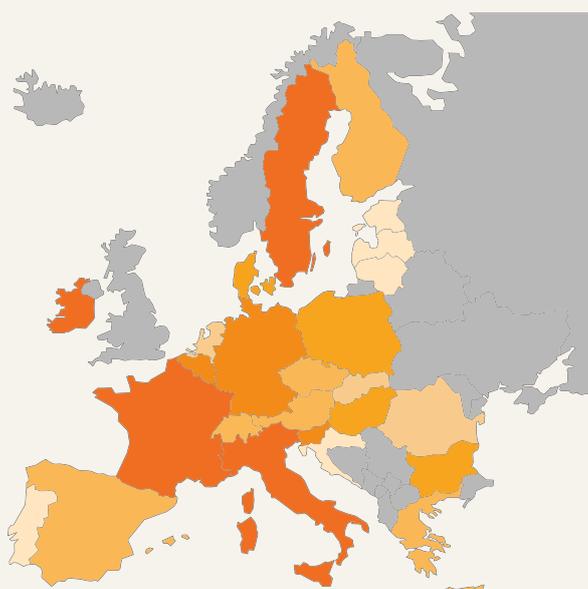


Según la Oficina Europea de Estadística (Eurostat) en el año 2021 la media en la Eurozona referida a los años de vida con buena salud era de 63,6 (63,1 en hombres y 64,2 en mujeres)³². En España esta cifra se sitúa en 62,8 años (63 en hombres y 62,6 en mujeres)³².

España presenta una esperanza de vida con buena salud ligeramente inferior a la media de la Eurozona. Sin embargo, cuando los datos se basan en la salud autopercebida, España se sitúa bastante por encima de la media³².

FIGURA 13. AÑOS DE VIDA CON BUENA SALUD. EUROPA 2021

FIGURA 14. ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE BASADA EN LA SALUD AUTOPERCIBIDA. EUROPA 2021



- ≥ 53.8 a 57.7
- ≥ 57.7 a 61.4
- ≥ 61.4 a 62.25
- ≥ 62.25 a 64.6
- ≥ 64.6 a 65.95
- ≥ 65.96 a 68.7

Media de la Eurozona:
63,6 años
Media de España
62,8 años

● Datos no disponibles

- ≥ 67,2 a 70,27
- ≥ 70,27 a 73,13
- ≥ 73,13 a 75,3
- ≥ 75,3 a 76,5
- ≥ 76,5 a 78,1
- ≥ 78,1 a 80,9

Media de la Eurozona:
74,3 años
Media de España
77,5 años

● Datos no disponibles

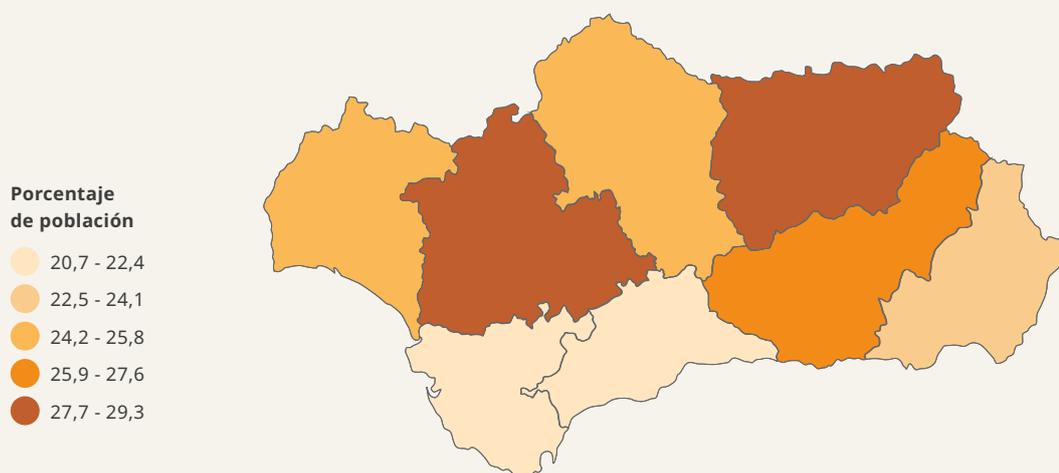


Soledad

La convivencia intergeneracional, que tan común era en el pasado, actualmente ha disminuido en nuestra sociedad. De ahí que cada vez resulte más frecuente la soledad no deseada en personas mayores, como consecuencia de los cambios en los modelos familiares, la separación geográfica de la familia, el incremento de familias monoparentales y de hogares unipersonales, y la radical transformación del rol social de las mujeres. La mayor parte de las personas que viven solas son mujeres, pero los hombres están adquiriendo una relevancia creciente en los últimos años. En lo que va de siglo XXI, además, la propensión a vivir en solitario está incrementándose especialmente entre las personas de 85 o más años.

El número de personas de 65 o más años en hogares unipersonales ha pasado en Andalucía de 128.242 en 1991 a 318.500 en 2019³³. El tramo etario con mayor porcentaje de crecimiento es el de mayores de 80 años, que han pasado de ser en 2019 de 31.075 personas a 134.100 en 2019. Destaca que el 45,38% de las mujeres entre 80 y 84 años viven solas y el 42,58% de las de más de 85 años, frente al 21,45% de los hombres. Así, las personas que viven solas son mayoritariamente mujeres de edad avanzada³⁴.

FIGURA 15. DISTRIBUCIÓN PROVINCIAL DE LA SOLEDAD EMOCIONAL EN PERSONAS DE 55 O MÁS AÑOS. ANDALUCÍA 2020



Vivir en soledad debido a circunstancias no deseadas, en lugar de ser una elección personal, tiene un impacto negativo en la salud física y mental, así como en la calidad de vida de las personas. Un amplio número de estudios presenta fuertes evidencias de que una situación de soledad no deseada (sentirse solo) aumenta la morbilidad y el riesgo de muerte prematura, y podría causar una mayor utilización de recursos sanitarios. En el estudio realizado por el Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada en España y publicado en 2021 sobre los costes que representa la soledad no deseada, sitúan los costes tangibles en el año 2021 en torno a 14.141 millones de euros, representando esta cifra el 1,17 % del PIB de España para ese año. Del mismo modo, la soledad no deseada genera una reducción en la calidad de vida equivalente al 2,8 % del total de AVAC (años de vida ajustados a calidad) de la población española mayor de 15 años³⁵.

Las personas con soledad no deseada presentan mayores prevalencias sobre todo en depresión, ansiedad y enfermedades del corazón³⁵.

TABLA 4: PREVALENCIA DE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA SOLEDAD NO DESEADA. ESPAÑA 2021

	Infarto de miocardio	Angina de pecho, enf. coronaria	Otras enf. del corazón	Diabetes	Depresión	Ansiedad crónica	Otras enf. mentales	ICTUS
Personas con soledad no deseada	6,04%	8,22%	7,38%	11,72%	39,33%	37,77%	10,15%	6,95%
Personas que no están en situación de soledad no deseada	0,75%	1,15%	5,33%	8,94%	6,93%	6,95%	6,95%	0,65%



Dependencia

En Andalucía, en junio de 2023, 433.486 personas habían solicitado la valoración del grado de dependencia, de las cuales, 315.471 personas se encontraban en situación de dependencia reconocida³⁶. Esto significa que el 3,7% de la población Andaluza necesita apoyos de mayor o menor intensidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. De todas las personas beneficiarias de prestación, casi dos tercios son mujeres y un tercio son hombres³⁷. Más del 60% de las personas dependientes reconocidas tiene más de 65 años y las mayores de 80 representan cerca de la mitad del total³⁷. El 71,7% de las personas son dependientes con Grados III o II, es decir, tienen necesidades de apoyo extenso y continuado³⁶.

TABLA 5. RESOLUCIONES DE GRADO DE DEPENDENCIA. ANDALUCÍA 2023

Ámbito territorial	Solicitudes		Resoluciones		Grado III		Grado II		Grado I		Total personas beneficiarias con derecho a prestación		Sin Grado	
	Nº	% s/total solicitudes	Nº	% sobre solicitudes	Nº	% sobre resoluciones	Nº	% sobre resoluciones	Nº	% sobre resoluciones	Nº	% sobre resoluciones	Nº	% sobre resoluciones
Almería	34.390	7,93	31.924	92,83	7.553	23,66	11.712	36,69	7.610	23,84	26.875	84,18	5.049	15,82
Cádiz	51.780	11,95	49.647	95,88	11.995	24,16	19.621	39,52	9.613	19,36	41.229	83,04	8.418	16,96
Córdoba	47.432	10,94	42.403	89,40	10.448	24,64	14.646	34,54	8.690	20,49	33.784	79,67	8.619	20,33
Granada	60.946	14,06	50.176	82,33	8.468	16,88	19.846	39,55	13.387	26,68	41.701	83,11	8.475	16,89
Huelva	31.509	7,27	28.524	90,53	6.710	23,52	11.297	39,61	6.065	21,26	24.072	84,39	4.452	15,61
Jaén	46.181	10,65	40.681	88,09	7.763	19,08	15.839	38,93	10.525	25,87	34.127	83,89	6.554	16,11
Málaga	73.110	16,87	62.543	85,55	13.548	21,66	21.456	34,31	14.469	23,13	49.473	79,10	13.070	20,90
Sevilla	88.138	20,33	78.343	88,89	18.520	23,64	26.820	34,23	18.870	24,09	64.210	81,96	14.133	18,04
Andalucía	433.486	100,00	384.241	88,64	85.005	22,12	141.237	36,76	89.229	23,22	315.471	82,10	68.770	17,90
Nacional	2.055.760	21,09	1.913.969	93,10	427.468	22,33	581.889	30,40	538.187	28,12	1.547.544	80,86	366.425	19,14

Nota: el porcentaje Nacional en solicitudes se considera el peso de Andalucía sobre el total Nacional.

Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.



Los centros residenciales

Andalucía cuenta con 54.471 plazas en centros residenciales (45.142 en centros de personas mayores, 27.437 de los cuales conciertan este servicio a través de la prestación por dependencia)³⁷. En julio de 2023 constan en la base de datos del Servicio Andaluz de Salud (SAS) 39.094 personas usuarias³⁸ que residen en centros de personas mayores.

Estas plazas se reparten en 1.218 centros residenciales, de los que 701 se constituyen como centros residenciales de personas mayores³⁷.

TABLA 6. CENTROS Y PLAZAS RESIDENCIALES SEGÚN SECTOR Y PROVINCIA. ANDALUCÍA 2022

	CENTROS RESIDENCIALES MAYORES	PLAZAS RESIDENCIALES MAYORES	CENTROS RESIDENCIALES DISCAPACIDAD	PLAZAS RESIDENCIALES DISCAPACIDAD	CENTROS RESIDENCIALES ENF. MENTAL	PLAZAS RESIDENCIALES ENF. MENTAL
ALMERÍA	45	3.806	21	525	16	139
CÁDIZ	77	5.504	54	1.142	23	216
CÓRDOBA	88	5.743	40	1.086	16	147
GRANADA	95	5.518	34	1.093	29	192
HUELVA	37	2.421	19	567	13	110
JAÉN	73	4.999	35	933	18	123
MÁLAGA	129	8.020	35	1.055	67	352
SEVILLA	157	9.131	45	1.355	52	304
ANDALUCÍA	701	45.142	283	7.746	234	1.583

Centros Residenciales de Servicios Sociales

1.218 centros

Plazas Residenciales de Servicios Sociales

54.471 plazas

Nota:

- Centros residenciales de personas mayores: residencias y viviendas tuteladas.

- Centro residenciales de personas con discapacidad: residencias de personas gravemente afectadas, residencias de personas adultas y viviendas tuteladas.

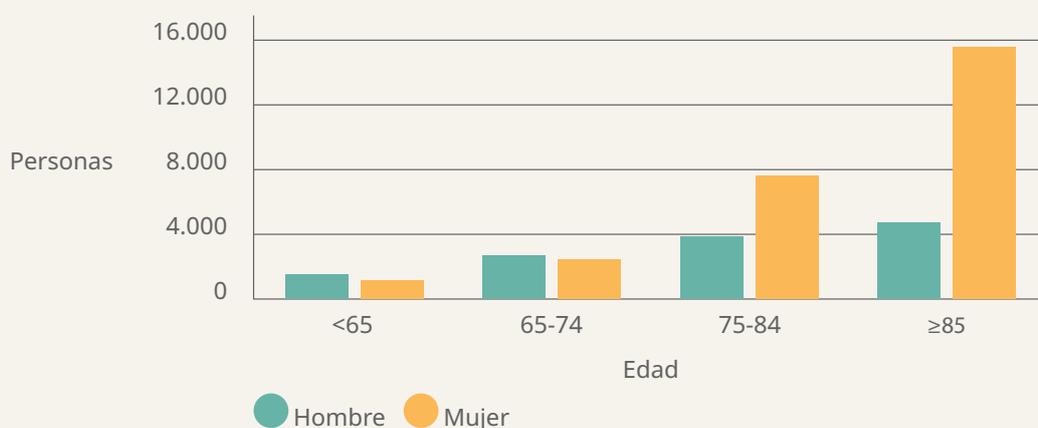
- Centros residenciales de personas con enfermedad mental: casas hogar y viviendas supervisadas.

El tamaño medio de los centros residenciales es de 70 plazas, si bien la mitad de las residencias superan las 100 plazas³⁹. Además, en su mayoría las residencias disponen de un número importante de habitaciones múltiples de uso compartido que impiden la intimidad de las personas residentes.

La Care Quality Commission⁴⁰ ha afirmado que existe una asociación entre la calidad percibida por residentes, profesionales y tamaño del centro residencial. Las residencias con un gran número de plazas se asocian a una mayor agitación de las personas residentes, alta agresividad y mayor incidencia de conflictos por el uso de espacios. En cambio, las unidades de un número reducido de residentes se asocian a menor ansiedad y depresión, menor uso de psicofármacos, mayor movilidad y a la mejora de la interacción entre residentes y profesionales⁴¹.

El 51,2% de las personas mayores atendidas por el SAS en centros residenciales son mayores de 85 años⁴². La distribución por edad y sexo se muestra en el siguiente gráfico.

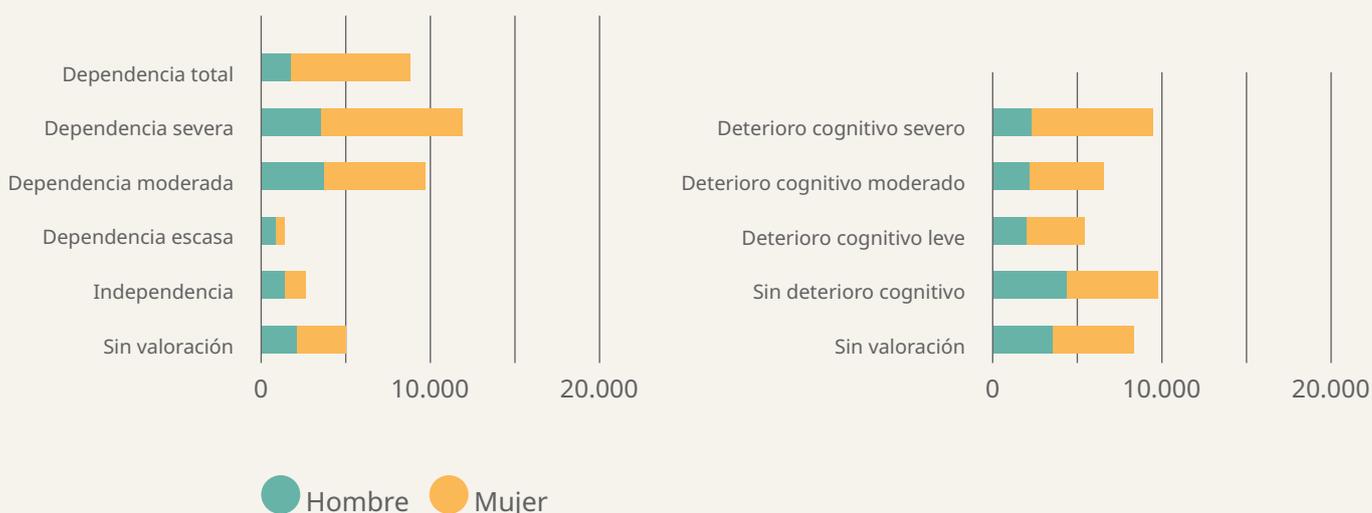
FIGURA 16. PERSONAS ATENDIDAS EN CENTROS RESIDENCIALES. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. 2022.





Las personas atendidas en residencias muestran una alta prevalencia de pérdida de la capacidad funcional y cognitiva (Figura 17). De las personas residentes atendidas por el SAS (39.094 personas) se realiza la valoración de su capacidad funcional (test de Barthel) al 87% de las mismas, resultando afectas por situación de dependencia moderada, severa o total el 76%⁴². Al 80% se les ha realizado una valoración para determinar el grado de deterioro cognitivo (Test de Pfeifer), de las que un 69,24 % muestra algún tipo de deterioro cognitivo: deterioro cognitivo severo 29%, un 22,5% moderado y un 17,7 % deterioro cognitivo leve⁴².

FIGURA 17. PERSONAS ATENDIDAS EN CENTROS RESIDENCIALES CON ALTA PREVALENCIA DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD FUNCIONAL Y COGNITIVA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2022.





En el momento actual, en muchos centros residenciales de España y Andalucía no se hace partícipe a la persona en las intervenciones y decisiones que afectan a su vida, ni participa en la vida del barrio en el que vive. Se trata de un contexto vital que genera una sensación de tristeza, de insatisfacción vital, que invade a la persona y a su vida en estos centros. Esta situación es, a menudo, aceptada y, en cierta manera, justificada como inevitable³⁹.

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publicó en 2013 un conjunto de estándares de calidad “Mental wellbeing of older people in care homes”⁴³ que insta a cumplir en las residencias del Reino Unido y se basan en:

- > Ofrecer a las personas mayores que viven en residencias oportunidades de participación en actividades comunitarias que promuevan su salud y bienestar emocional.
- > Valorar su salud física, mental y emocional adaptando su plan de atención a evitar o retrasar la fragilidad y la dependencia.

Para dar cumplimiento a la tendencia internacional, y tras la experiencia vivida en estos centros tras la pandemia de COVID-19, Andalucía puso en marcha en 2020 un nuevo modelo de atención sanitaria en centros residenciales⁴⁴. Permite trabajar de forma conjunta a profesionales de los servicios sanitarios y de los centros residenciales, mediante el desarrollo de protocolos de colaboración y coordinación, a través de un modelo de atención centrada en la persona. Desarrolla intervenciones sobre envejecimiento activo, aborda la cronicidad compleja y garantiza especialmente la continuidad asistencial, potenciando la seguridad y el mejor seguimiento de las personas atendidas.



Determinantes de la salud

Las desigualdades de la salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos por sus aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos. Los datos muestran que existe un gradiente social en la salud. De manera que las personas que presentan niveles más altos de ingresos, educación y posición social, disfrutan de una mejor salud, una vida más larga, y un mejor pronóstico en caso de enfermar que la población con niveles más bajos. Estas desigualdades son el resultado de la distinta distribución de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas y que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos⁴⁵.

En este contexto de determinantes de la salud también son fundamentales los recursos, habilidades y capacidades que cada persona tenga, las redes comunitarias existentes, la participación de las personas en esas redes y el apoyo social que reciben de ellas⁴⁶.

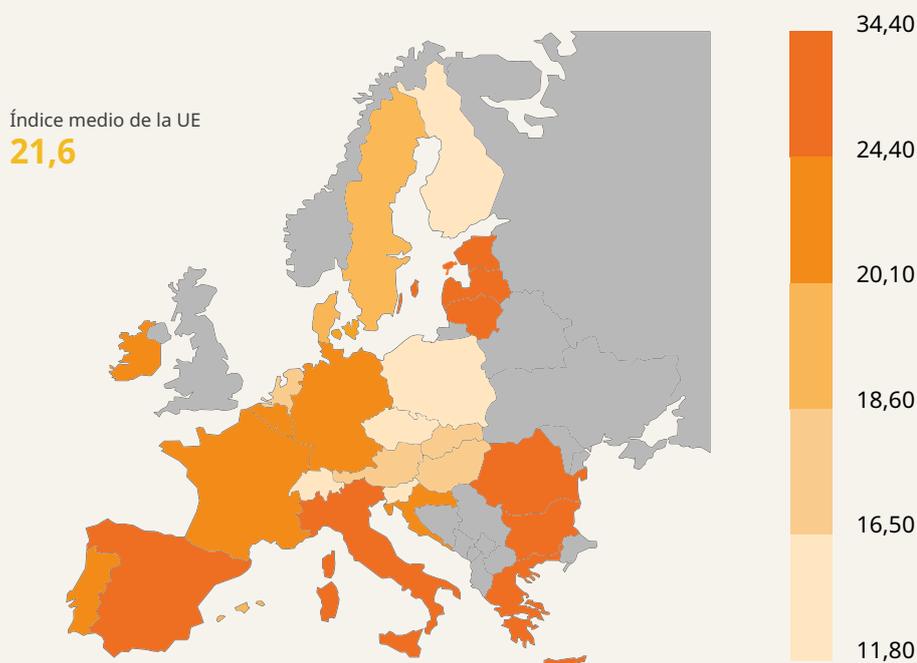
Conocer y tener en cuenta la situación de pobreza, las zonas desfavorecidas o de transformación social es fundamental para contribuir a la equidad en los sistemas sanitarios.



Para la medición de la pobreza y la exclusión social, se utiliza como referencia el indicador AROPE (At Risk Of Poverty and/or Exclusion), propuesto por la Unión Europea dentro de la Estrategia Europa 2020 para evaluar el grado de inclusión social. Este indicador agrupa tres componentes o subindicadores, que miden pobreza, carencia material y baja intensidad de trabajo en el hogar⁴⁷.

En 2022, en España el indicador AROPE medio fue de 26 (24,80 en hombres y 27,20 en mujeres), situándose por encima de la media europea, con un valor de 21,6 (20,40 en hombres y 22,70 en mujeres)⁴⁷.

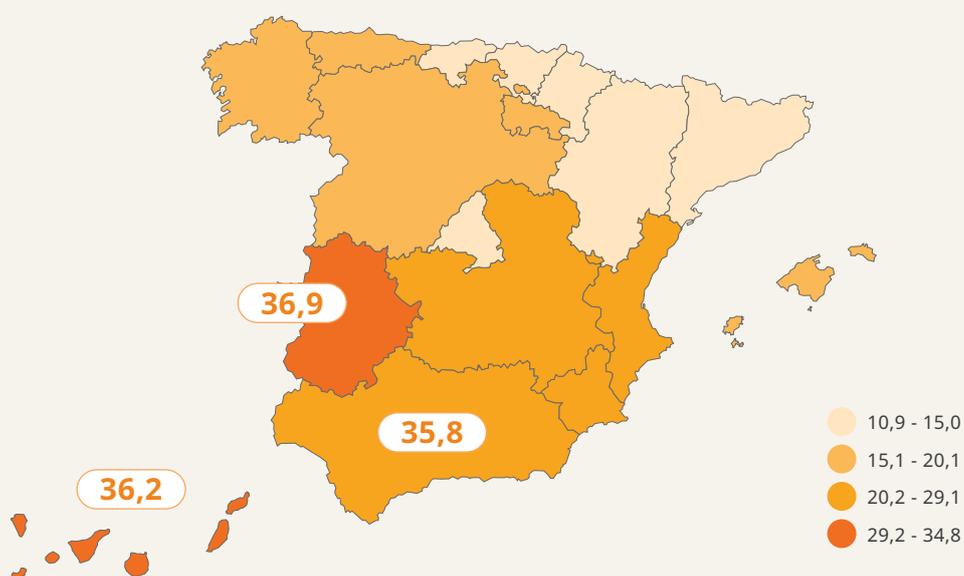
FIGURA 18. TASA DE RIESGO DE POBREZA Y/O DE EXCLUSIÓN SOCIAL (INDICADOR AROPE). EUROPA 2022



Fuente: Informe AROPE 2022 (At-Risk-of-Poverty and/or Social Exclusion). EAPN España (Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en España). 2022.

Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2022, Andalucía es la segunda comunidad autónoma con el riesgo de pobreza o exclusión social más elevado (35,8) solo superada por Extremadura (36,9) y Canarias (36,2) con porcentaje similar⁴⁸.

FIGURA 19. TASA DE RIESGO DE POBREZA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. ESPAÑA 2022



Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

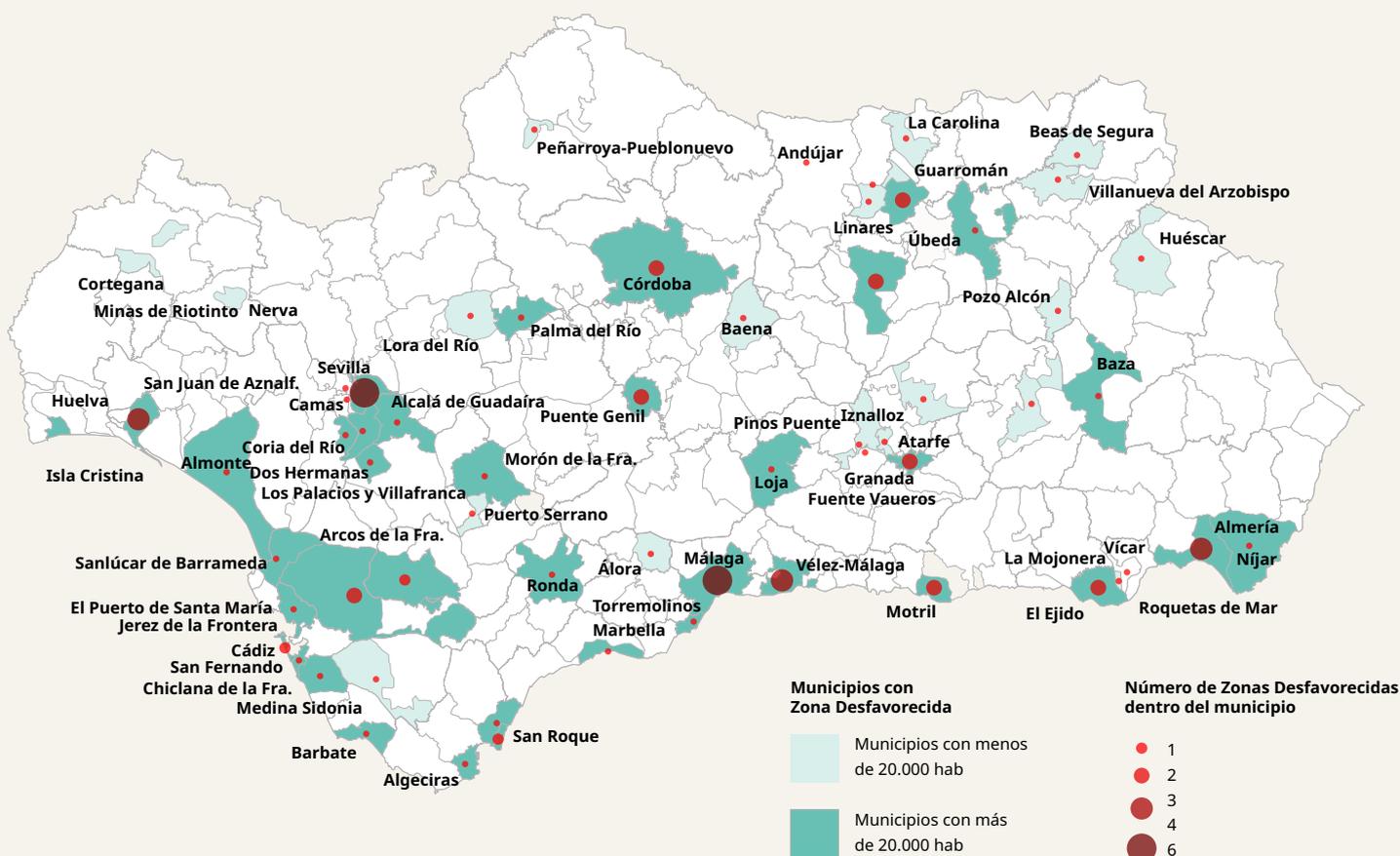
La Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social, Intervención en zonas desfavorecidas (ERACIS), identifica un total de 99 zonas desfavorecidas en el territorio andaluz, donde en conjunto residen un total de 914.103 habitantes⁴⁹.

Se define como zonas desfavorecidas aquel espacio urbano, concreto y físicamente delimitado, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en la que sean significativamente apreciables problemas en las siguientes materias: vivienda, deterioro urba-

nístico y déficit en infraestructura, equipamiento y servicios públicos, elevados índices de absentismo y fracaso escolar, altas tasas de desempleo junto a graves carencias formativas profesionales, así como significativas deficiencias higiénico-sanitarias y fenómenos de desintegración social⁵⁰.

Esta acumulación de desafíos sociales puede desencadenar un peor estado de salud en las personas que residen en estas zonas. Las condiciones de vida precarias y la exposición a factores de estrés crónico pueden contribuir al deterioro de la salud física y mental en estas comunidades. Además, la falta de recursos y oportunidades en estas áreas puede dificultar el acceso a una alimentación saludable y un estilo de vida activo, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de enfermedades crónicas y problemas de salud a largo plazo.

FIGURA 20. MUNICIPIOS CON ZONAS DESFAVORECIDAS. ANDALUCÍA 2018



Fuente: Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social: Intervención en Zonas Desfavorecidas. Sevilla: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía; 2018.

Efectos del cambio climático

Durante las últimas décadas, ha aumentado la preocupación por los efectos del cambio climático, lo que se ha materializado en la Convención Marco de las Naciones Unidas, en el Protocolo de Kyoto, en el acuerdo alcanzado en diciembre de 2015 en la cumbre de París (Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, COP21) y en la Estrategia Mundial de la OMS sobre Salud, Medio Ambiente y Cambio Climático. Recientemente, se ha realizado en España la COP25, la cual ha permitido sentar las bases para que los países sean más ambiciosos ante la emergencia climática.

El cambio climático no es sólo uno de los retos ambientales trascendentales a los que se enfrenta la humanidad a escala global, sino que influye sobre muchos sectores, alcanzando su máximo exponente en el área de la salud. Los extremos térmicos contribuyen directamente a las defunciones por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, a enfermedades neurodegenerativas y muchas otras variables sanitarias.

Durante los meses de abril y mayo de 2024, se ha realizado en Andalucía una revisión y actualización de las actuaciones frente a las altas temperaturas, recogidas en el Plan Andaluz de Prevención contra los Efectos de las Temperaturas Excesivas sobre la Salud, con objeto de reducir el impacto sobre la salud de la población de las temperaturas de calor extremas, especialmente en los grupos de riesgo o más vulnerables, entre los que se encuentran las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas y crónicas complejas.



Dentro de los principales factores de riesgo personales, asociados con la exposición a olas de calor, el Plan pone especial énfasis en las personas mayores de 65 años, personas con enfermedades cardiovasculares, respiratorias y mentales (demencias, Parkinson), enfermedades crónicas (diabetes mellitus), obesidad excesiva, personas con ciertos tratamientos médicos asociados a la cronicidad (diuréticos, hipotensores, neurolépticos anticolinérgicos y tranquilizantes), y en las personas con trastornos de la memoria, dificultades de comprensión o de orientación o poca autonomía en la vida cotidiana. Se han actualizado las recomendaciones y mensajes preventivos, la definición de las actividades y actuaciones generales y por nivel de riesgo, así como la definición de indicadores para la evaluación.

El Plan de temperaturas extremas establece diversas actuaciones para mejorar la captación y seguimiento de pacientes especialmente vulnerables, entre quienes se encuentran las personas con enfermedades crónicas y crónicas complejas:

- > Incorporación de información a la historia de salud, como una herramienta de mejora en la valoración y seguimiento de las personas incluidas en el Plan de temperaturas extremas.
- > Mejora de los canales de comunicación y retroalimentación en el seguimiento realizado por Salud Responde a pacientes bajo seguimiento enfermero.
- > Incorporación del perfil de enfermería en la identificación y captación para el seguimiento de la totalidad de pacientes que cumplan los criterios de intervención y seguimiento.
- > Focalización de los esfuerzos preventivos en las poblaciones de riesgo de morbilidad y mortalidad por causa de temperaturas elevadas, identificándolas y estableciendo un seguimiento personalizado con los recursos disponibles.

2. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Mortalidad

La OMS celebró el 21 de noviembre de 1986 en Ottawa, la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Como conclusión de esta Conferencia se publica la carta de Ottawa, constituyendo un marco general de referencia para el abordaje de hábitos de vida saludables. En esta carta se afirma que: “La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”⁵¹.

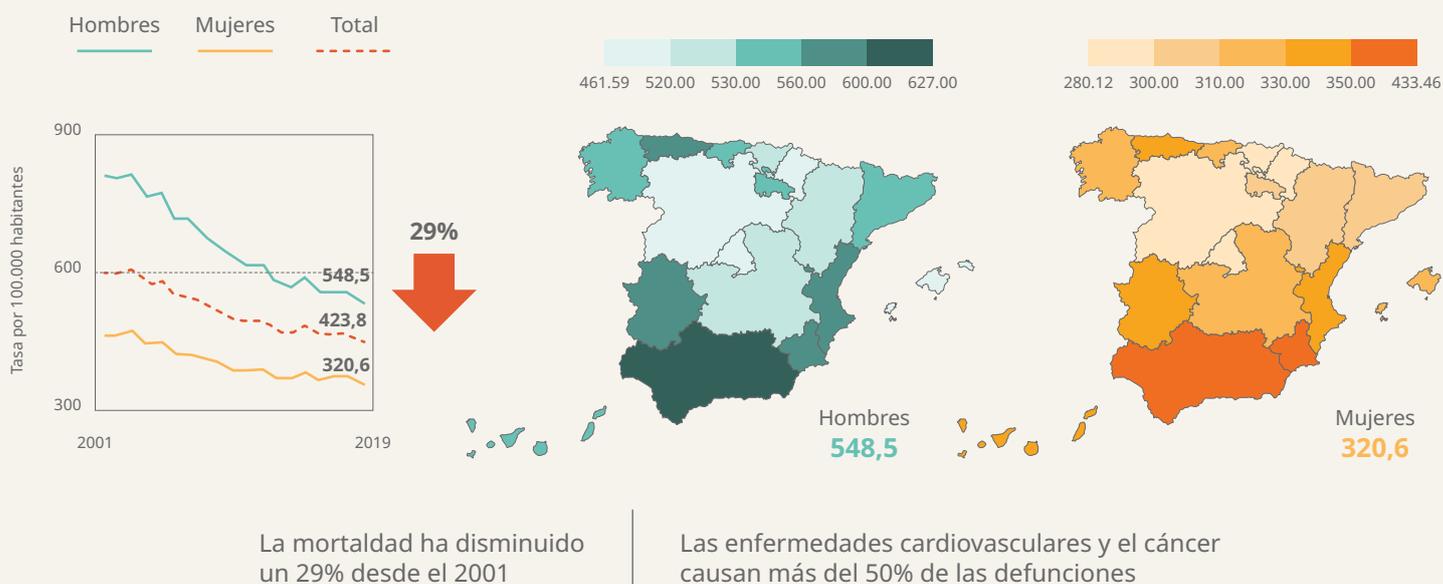
Las enfermedades crónicas provocaron en 2021 el fallecimiento de 43 millones de personas en todo el mundo (23 millones de hombres y 20 millones de mujeres), lo que equivale al 64% de las muertes que se producen. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes (19,4 millones; 10,2 millones de hombres y 9,2 millones de mujeres), seguidas del cáncer (9,9 millones; 5,6 millones de hombres y 4,3 millones de mujeres), las enfermedades respiratorias (4,4 millones; 2,5 millones de hombres y 1,9 millones de mujeres) y la diabetes (3,2 millones; 1,6 millones de hombres y 1,6 millones de mujeres), siendo estos cuatro grupos de enfermedades responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por enfermedades crónicas⁵².

Aunque las enfermedades crónicas afectan a cualquier grupo de edad, son más prevalentes en personas de mayor edad. De todas las muertes prematuras un 77% afectan a países de ingresos bajos y medianos⁵².

En España, según datos provisionales publicados por el INE, durante el año 2022 se produjeron 463.133 defunciones, un 2,7% más que el año anterior. Desde el año 2001 se había mantenido una tendencia descendente de la mortalidad en España en ambos sexos y en todo el territorio⁵³.

Las principales causas de muerte fueron enfermedades crónicas. Entre ellas las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvieron a la cabeza con un 27,9% del total, seguido de los tumores (24,8%) y en tercer lugar enfermedades respiratorias (11,4%), siendo estas dos primeras causas de mortalidad las responsables del 50% de las defunciones en España según datos publicados en el último informe anual del SNS⁵⁴.

FIGURA 21. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD. ESPAÑA 2020-2021



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Madrid: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España; 2022.

Las enfermedades cardiovasculares en 2019 han ocasionado 116.615 fallecimientos, el 27,9% del total. De todas ellas, la cardiopatía isquémica con 29.247 fallecimientos y la enfermedad cerebrovascular con 27.712 defunciones han producido aproximadamente la mitad de estas⁵⁴.

La enfermedad isquémica del corazón causa más defunciones en hombres que en mujeres y un 32,5% de las muertes por enfermedad cardiovascular en hombres son debidas a esta causa, frente a un 18,6% en mujeres. En cuanto a la distribución geográfica, la mortalidad más elevada se ha encontrado en Canarias, Asturias y Andalucía⁵⁴.

FIGURA 22. MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN. ESPAÑA 2020-2021

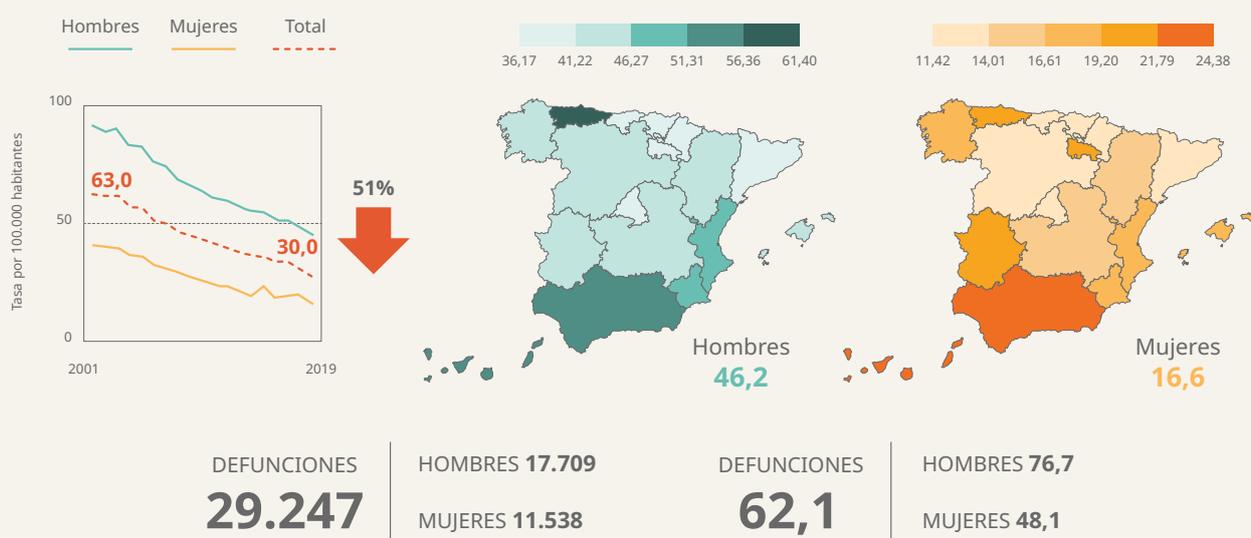
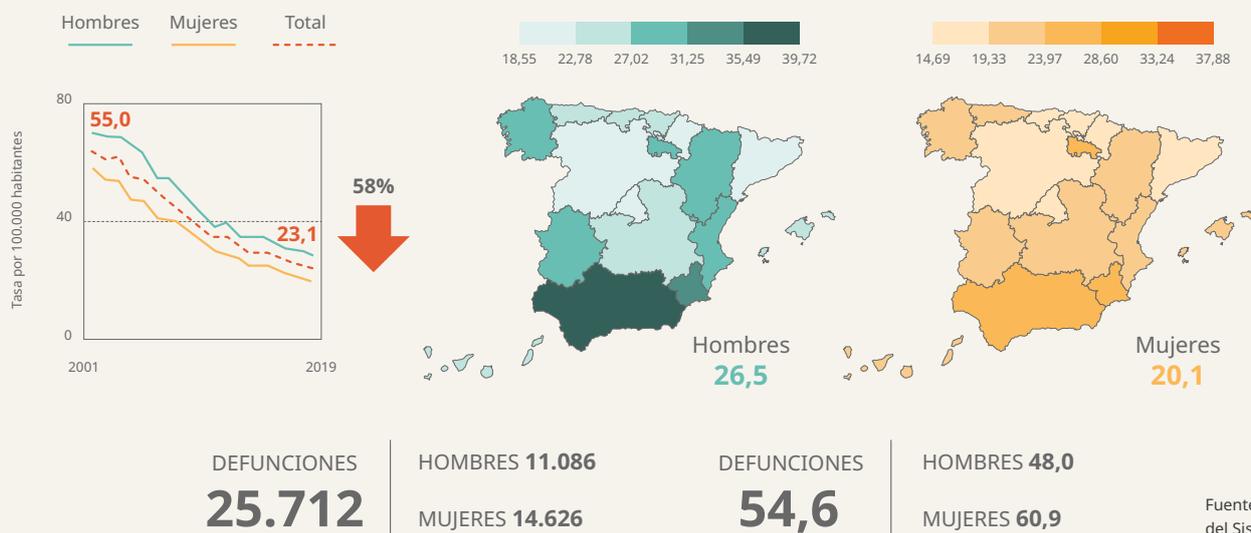


FIGURA 23. MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. ESPAÑA 2020-2021



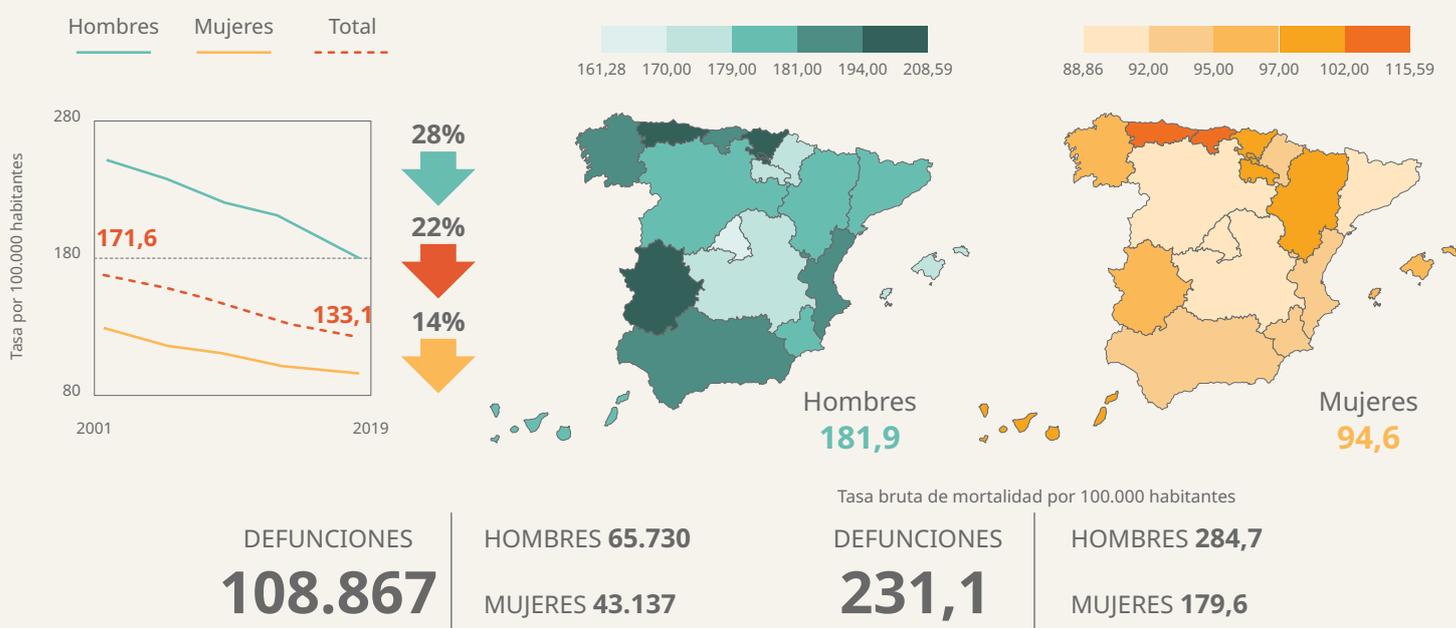
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Madrid: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España; 2022.



Los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en España. Según los datos publicados en el último informe anual del SNS, en 2019 se han producido 108.867 defunciones por tumores malignos (65.730 hombres y 43.137 mujeres). La mortalidad más elevada se ha encontrado en Cantabria, Extremadura y Asturias, y la más baja en la Comunidad de Madrid, Ceuta y Navarra⁵⁴.

Al igual que las enfermedades cerebrovasculares, la tendencia de la mortalidad por tumores malignos es a disminuir, siendo este descenso más evidente en hombres.

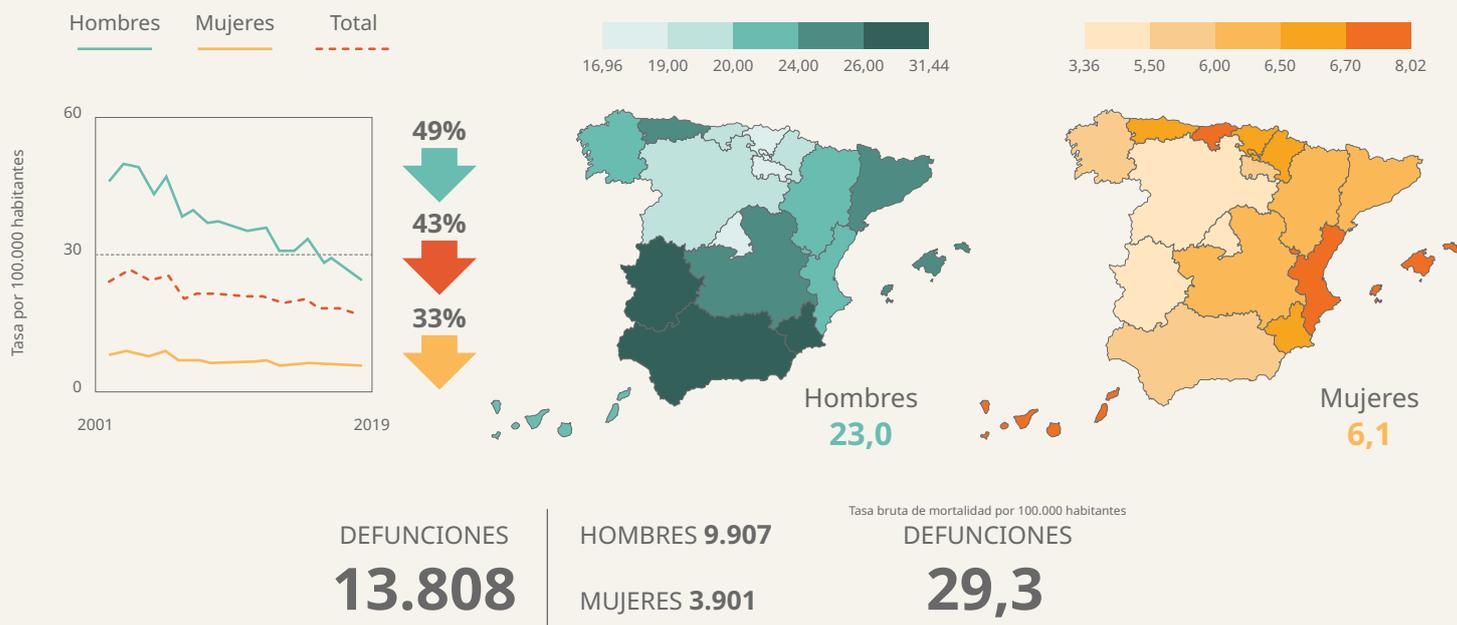
FIGURA 24. MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS. ESPAÑA 2020-2021



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Madrid: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España; 2022.

Las enfermedades respiratorias han ocasionado en 2019 en España 47.681 fallecimientos, el 11,4% del total de muertes registradas. Se han producido 13.808 fallecimientos por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (9.907 en hombres y 3.901 en mujeres). La EPOC causa 2,5 veces más defunciones en hombres que en mujeres. En cuanto a la distribución geográfica, la mortalidad más elevada se ha encontrado en Murcia, Ceuta y Andalucía, y la más baja en Melilla, la Comunidad de Madrid, La Rioja y Castilla y León⁵⁴.

FIGURA 25. MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. ESPAÑA 2020-2021



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Madrid: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España; 2022.

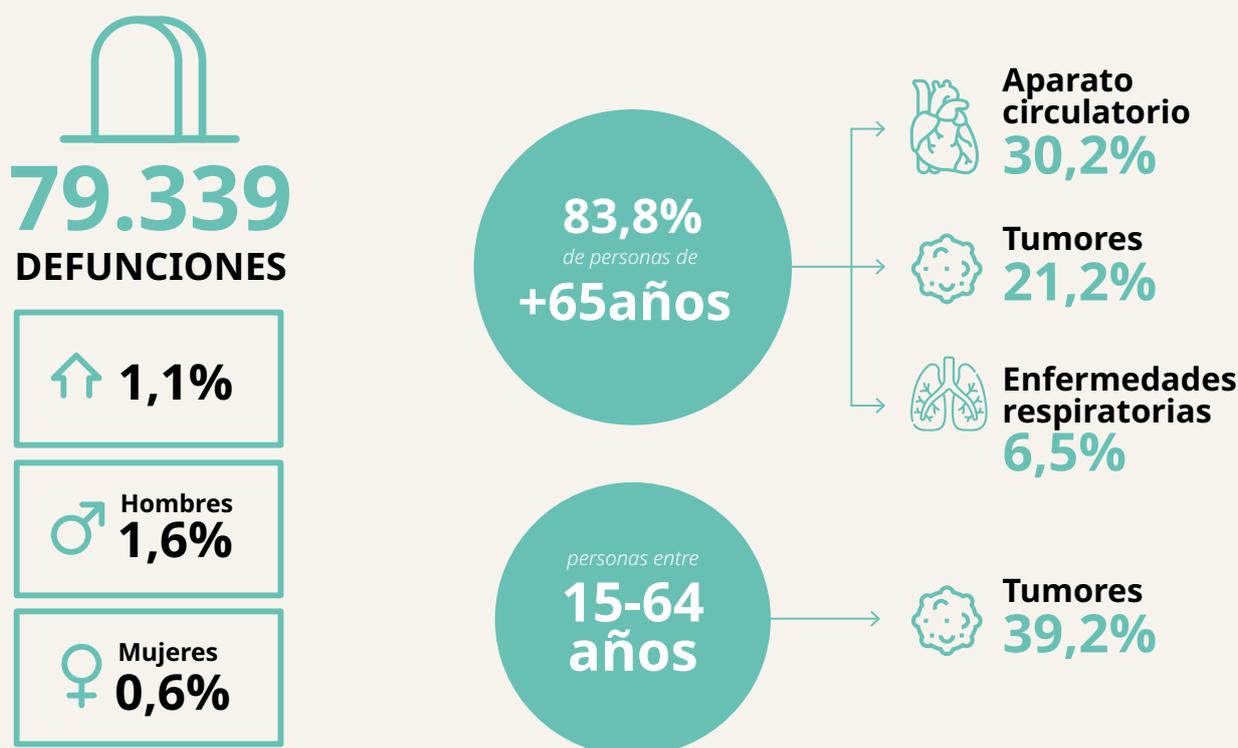


El mismo patrón de mortalidad por enfermedades crónicas se observa en Andalucía. Durante el año 2021, se produjeron 79.339 defunciones suponiendo un aumento del 1,1% respecto al año anterior. En hombres la mortalidad aumentó en un 1,6% y en mujeres el 0,6%⁵⁵.

El 83,8% de las defunciones se produjeron en personas de más de 65 años. Las causas de mortalidad por enfermedades crónicas en un 30,2% fueron enfermedades del aparato circulatorio, siendo la primera causa de muerte en ambos sexos. En segundo lugar, los tumores (21,2%) y en tercer lugar enfermedades respiratorias (6,5%)⁵⁵.

En población entre 15-64 años la principal causa de muerte son los tumores (39,2%) tanto en hombres como en mujeres⁵⁵.

FIGURA 26. MORTALIDAD EN ANDALUCÍA. 2021





Hábitos relacionados con la aparición de la enfermedad crónica

Las enfermedades crónicas afectan a todos los grupos de edad. Aunque la prevalencia es mayor en edades más avanzadas, todos los años se producen a nivel mundial millones de muertes prematuras en personas menores de 70 años.

El consumo de tabaco, el sobrepeso/obesidad, la inactividad física y el consumo de alcohol son los factores de riesgo que provocan la aparición de más del 80% de estas enfermedades crónicas.

Conocer e intervenir sobre estos factores de riesgo adquiere una especial relevancia si consideramos que estos hábitos son evitables.

Los datos que se muestran en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad, en referencia a estos factores que inciden sobre la salud, se detallan a continuación.





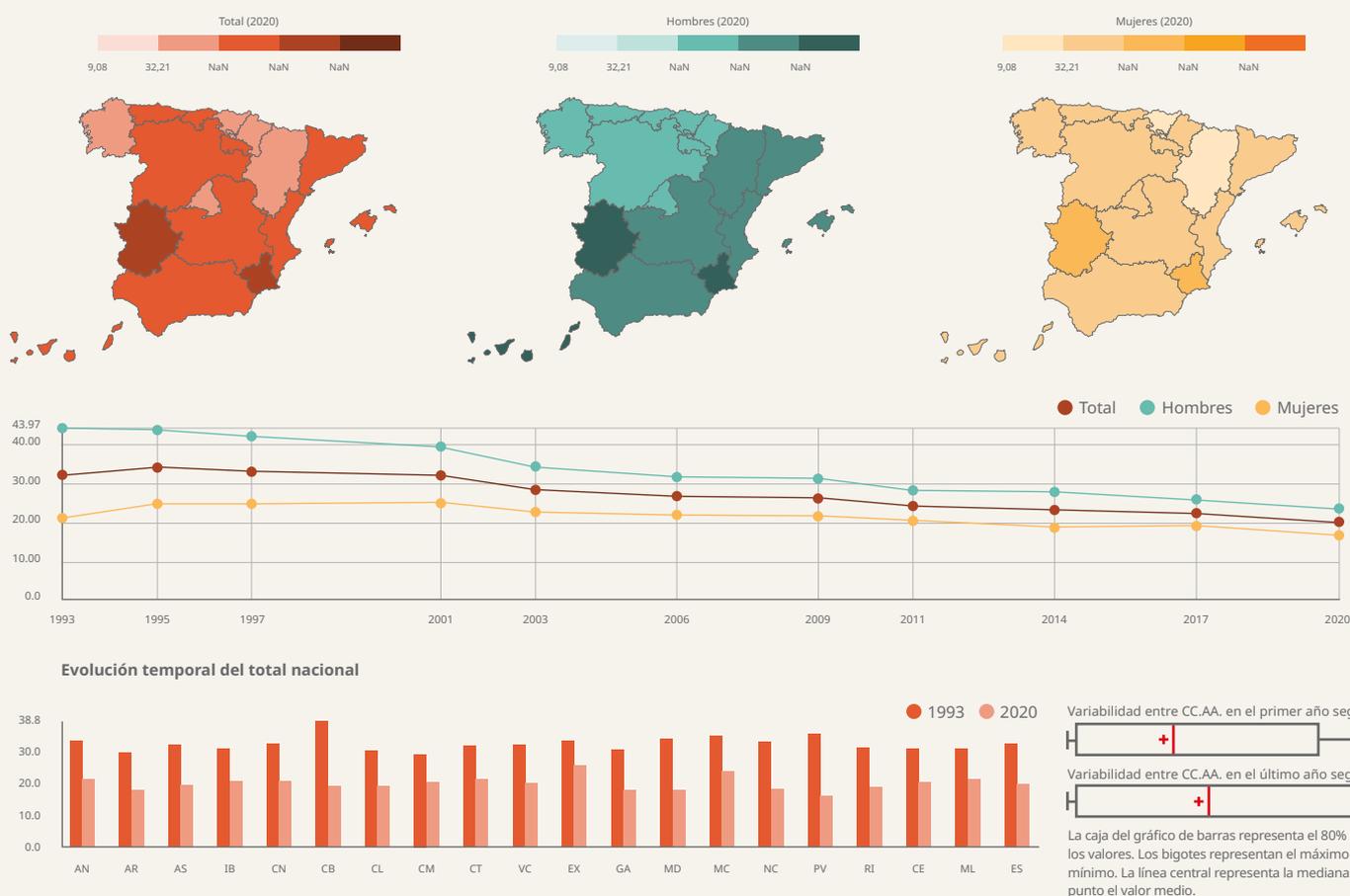
Consumo de tabaco

Los datos analizados con respecto a la prevalencia en el consumo de tabaco en población mayor de 18 años arrojan la siguiente información: prevalencia total 19,78%; los hombres presentan una mayor prevalencia (23,31%) que las mujeres (16,44%)⁵⁶.

Según el informe publicado por el Ministerio de Sanidad en 2021 sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España, por detrás del alcohol, entre la población de 15 a 64 años, con una prevalencia de consumo en los últimos 12 meses del 39,4% ha sufrido un ligero descenso frente a los datos obtenidos en 2017, 40,9% registrando así el dato más bajo de toda la serie histórica⁵⁷.

En Andalucía el consumo de tabaco en mayores de 18 años tiene una prevalencia total del 20,93%, siendo la prevalencia en hombres del 23,89% y en mujeres del 18,10%⁵⁶.

FIGURA 27. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN ADULTA. ESPAÑA 2022



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.

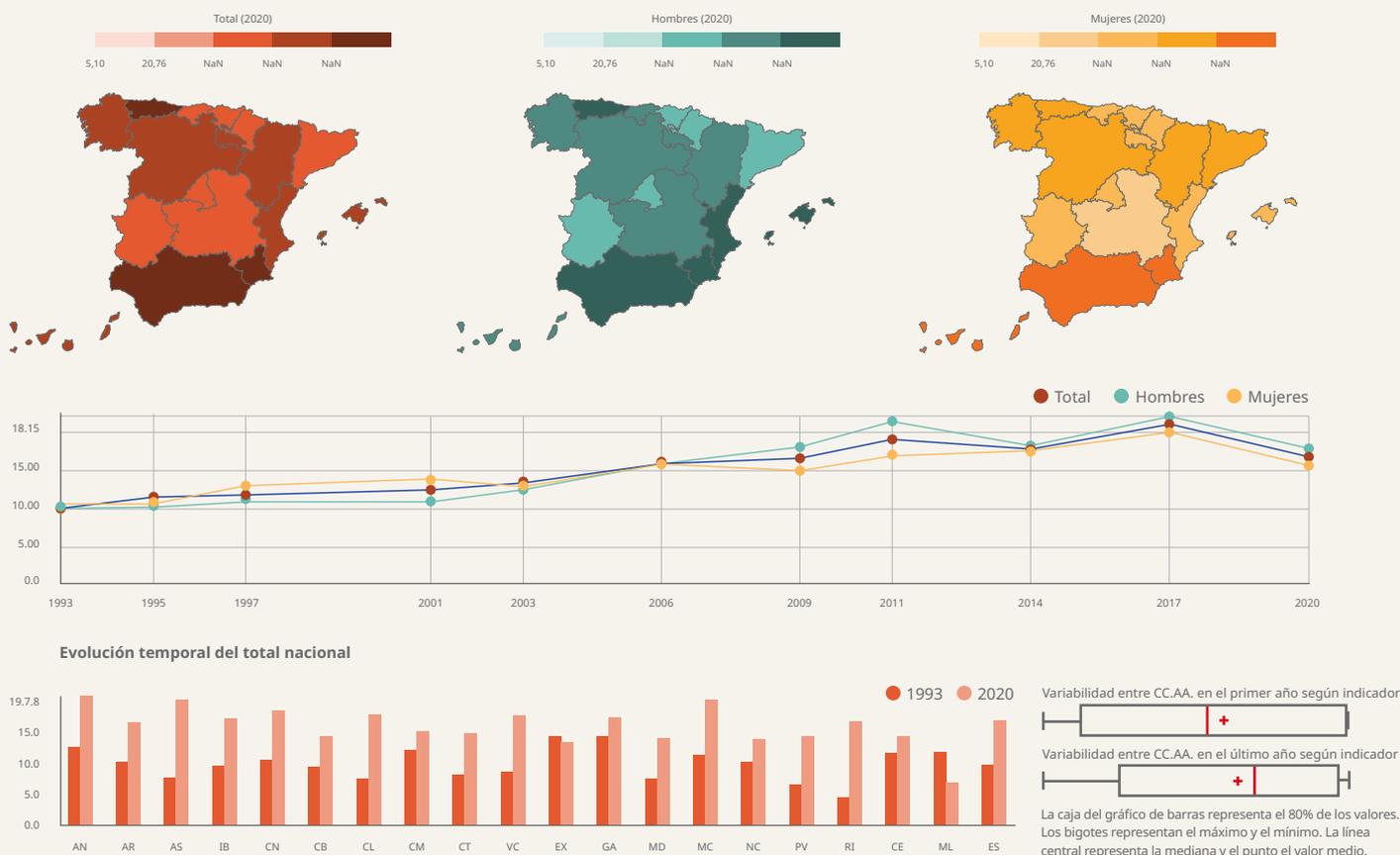
Obesidad

España ocupaba la novena posición en prevalencia de obesidad con respecto a los países de la unión, según datos aportados por el estudio “The heavy burden of obesity” (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), 2019). Según este mismo estudio España es uno de los países con mayores cifras de obesidad en mujeres, asociadas a desigualdad en el nivel de ingresos⁵⁸.

Los datos aportados por el Ministerio de Sanidad en el año 2020 mantienen una prevalencia alta siendo del 16,01% en mayores de 18 años, con una mayor prevalencia en hombres (16,50% en hombres y 15,54% en mujeres)⁵⁶.

Andalucía es la comunidad autónoma con mayor prevalencia total de obesidad con un 19,67%. Ocupa también la primera posición de prevalencia en mujeres (19,80%) y la segunda posición en hombres (19,53%) por detrás de Asturias⁵⁶.

FIGURA 28. PREVALENCIA DE OBESIDAD EN POBLACIÓN DE 18 AÑOS O MÁS. ESPAÑA 2020



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.



Obesidad infantil

Los últimos datos disponibles sobre obesidad infantil en Andalucía, ofrecidos por el Estudio ALADINO publicado en 2019 y realizado en escolares de 6 a 9 años de edad, muestran que la epidemia del exceso de peso infanto-juvenil en Andalucía parece estabilizada en la última década, aunque todavía presenta niveles más elevados que el conjunto de España⁵⁹.

La muestra de niños/as de 6 a 9 años sobre los que se ha calculado la prevalencia de obesidad y sobrepeso con mediciones antropométricas, ha sido de 2.520 niños/as⁵⁹.

En este mismo estudio se analizó la posible asociación entre la situación ponderal de escolares y el nivel socioeconómico autodeclarado de las familias participantes. Según se desprende de los datos, el porcentaje más alto de obesidad se observa en las familias con un nivel de ingresos más bajo, mientras que los porcentajes de normopeso más altos se observan entre las familias con un nivel de ingresos mayor.

FIGURA 29. ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN MENORES DE 6 A 9 AÑOS. ESPAÑA 2019

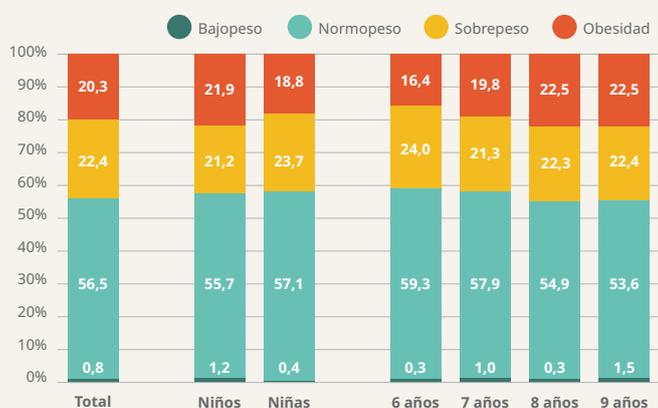
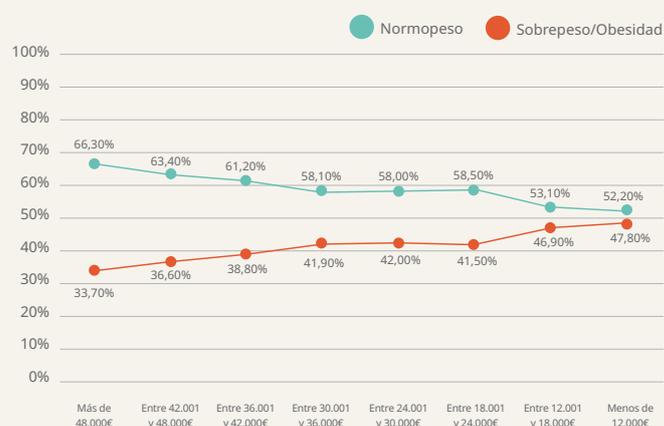


FIGURA 30. PORCENTAJE DE NORMOPESO Y SOBREPESO/ OBESIDAD EN ESCOLARES SEGÚN NIVEL DE INGRESOS DE LAS FAMILIAS. ESPAÑA 2019



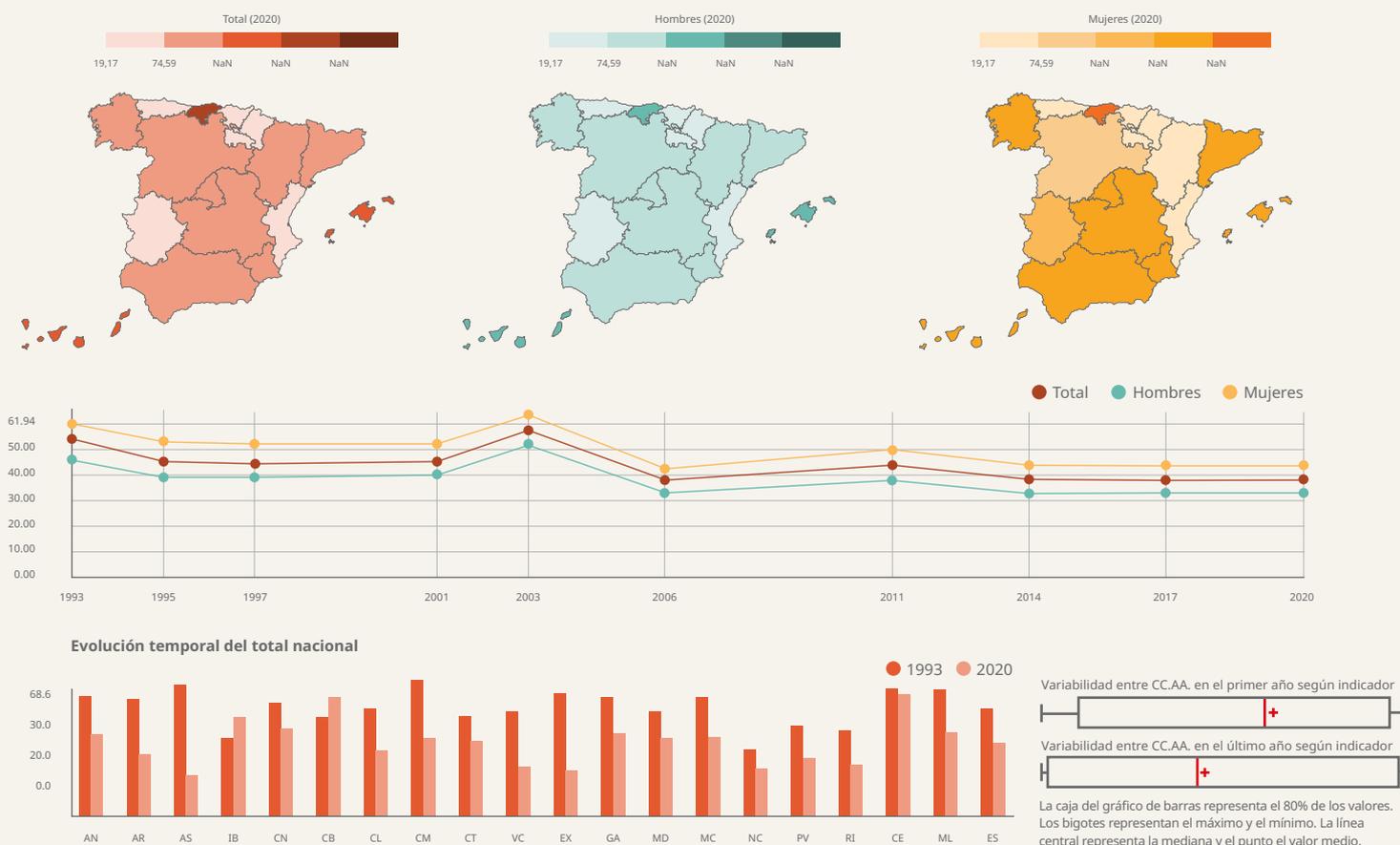


Sedentarismo

En el año 2020, más de un tercio (36,41%) de la población refiere que su tiempo libre lo ocupa de forma casi totalmente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.). Se mantiene un ligero descenso observado en los últimos años. La prevalencia es mayor en mujeres que en hombres (40,34% frente a 32,37%)⁵⁶.

En lo que respecta a Andalucía ocupa la séptima posición con respecto al total de comunidades autónomas con un porcentaje del 40,06%. La prevalencia es mayor en mujeres (45,51%) con respecto a los hombres (34,37%)⁵⁶.

FIGURA 31. PREVALENCIA DE SEDENTARISMO EN POBLACIÓN ADULTA. ESPAÑA 2020



Consumo de alcohol

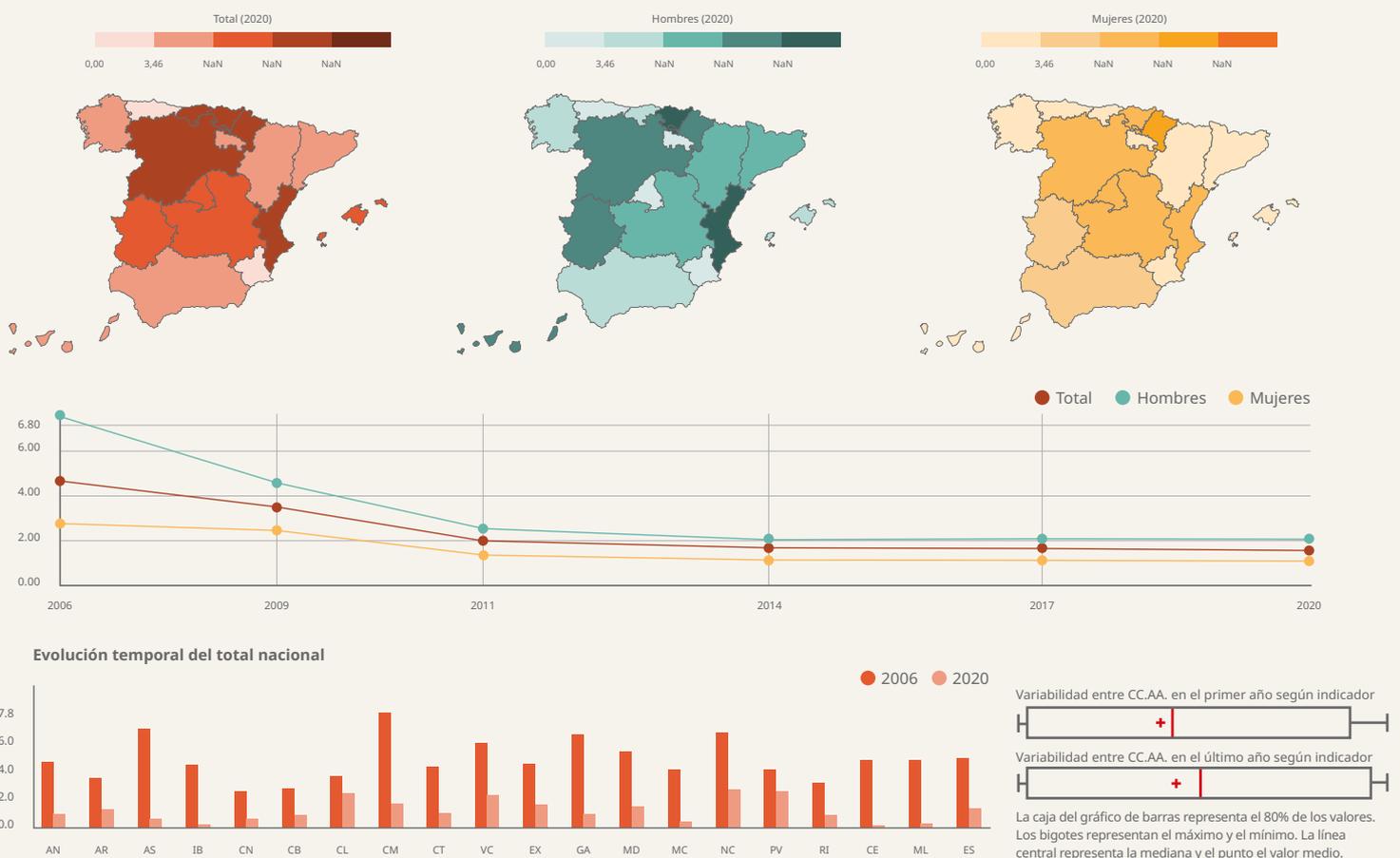
Según la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España, Programa de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) 2019/2020, el consumo de alcohol está muy extendido entre la población general de 15 a 64 años: el 93% de la población consumió alcohol alguna vez en su vida, el 77,2% durante el último año y el 63% durante el último mes, mientras que sólo un 8,8% declaró consumir a diario⁶⁰. El consumo en el último año entre los hombres es mayor en el grupo de 25 a 34 años (86,1%), mientras que son las mujeres de 15 a 24 años las que más consumen (76,7%). Las borracheras y el consumo excesivo de alcohol (binge drinking) muestran una tendencia ascendente, están más extendidos entre los hombres que entre las mujeres para todos los tramos de edad y es mayor en los grupos de menor edad⁶¹.

Según esta misma encuesta, el 5,2% de la población de 15-64 años presenta un patrón de consumo de riesgo de alcohol estimado en base a la escala AUDIT (≥ 8 puntos en hombres y ≥ 6 en mujeres), con un mayor alcance entre los hombres (6,7%) que entre las mujeres (3,7%). Estas cifras suponen una ligera reducción respecto a las obtenidas en la encuesta 2017/18. La prevalencia es mayor entre los más jóvenes y en los hombres, aunque, en el grupo de 15 a 24 años, la diferencia se reduce notablemente. La prevalencia del consumo de riesgo estimada en base al cálculo de Unidades de Bebida Estándar (UBEs) consumidas en los últimos 7 días, se sitúa en el 3,8% de la población de 15-64 años, con porcentajes también más elevados en los grupos más jóvenes⁶¹.

Según los Indicadores Clave del SNS⁵⁶, el consumo de alcohol se cuantifica en función de la frecuencia y cantidad de consumo de los diferentes tipos de bebidas con contenido alcohólico. Se considera que una persona consume alcohol en cantidades que comportan riesgo para la salud cuando su consumo medio diario de alcohol puro supera el equivalente a 40 g/día para el caso del hombre y 20 g/día para el caso de la mujer. El equivalente en gramos de alcohol se obtiene a partir de la cantidad y de la graduación media de cada tipo de bebida.

En Andalucía la prevalencia de bebedores de riesgo en el año 2020 en población de 15 años o más se sitúa en el 0,89%, siendo del 1,07% en hombres frente al 0,73% en mujeres⁵⁶.

FIGURA 32. PORCENTAJE DE BEBEDORES DE RIESGO DE ALCOHOL. ESPAÑA 2020



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.



Estilos de vida en adolescentes

El estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), reconocido como estudio colaborador por la OMS, tiene como objetivos conocer tanto los estilos de vida y la salud de adolescentes escolarizados, como las características más significativas de los contextos sociales en los que crecen. El fin último es que este conocimiento permita diseñar estrategias de intervención orientadas a la promoción de la salud en estas poblaciones.

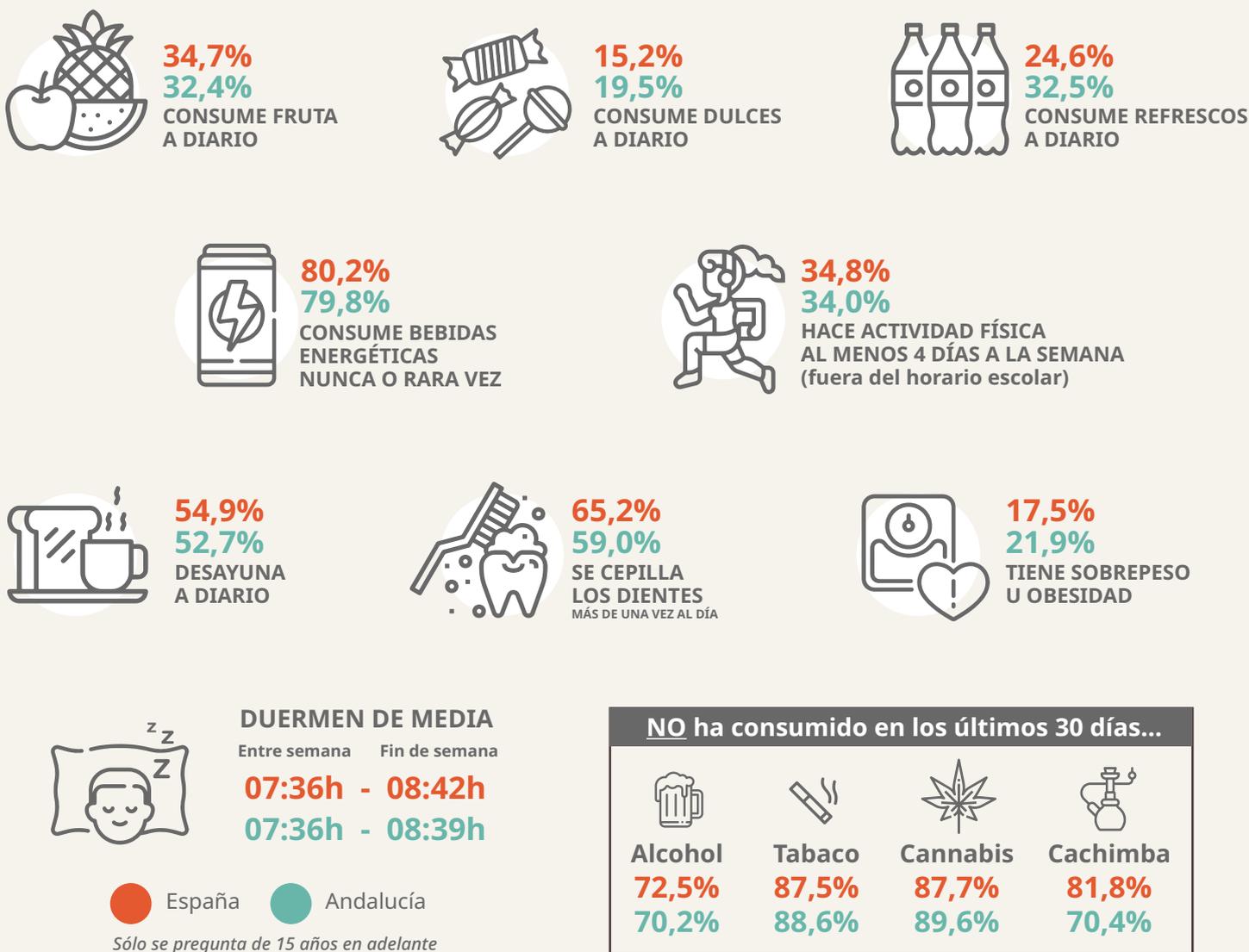
El estudio HBSC comenzó en 1982 y, desde entonces, se han realizado sucesivas ediciones cada cuatro años. En cada una de esas ediciones se han ido incorporando más países, de manera que en la actualidad la red HBSC está formada por casi 50 países occidentales.

En la última edición realizada en 2018, participaron 40.495 adolescentes de toda España, de 511 centros escolares. En Andalucía la muestra de participantes es de 3.071 adolescentes⁶².

La Figura 33 ofrece un resumen de los hábitos de alimentación en escolares de España y Andalucía.

Andalucía presenta resultados ligeramente peores con respecto a la media nacional en las variables: desayuno, consumo de frutas, dulces y refrescos a diario, práctica de ejercicio físico, sobrepeso y obesidad y consumo de cannabis y tabaco.

FIGURA 33. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES. ESPAÑA Y ANDALUCÍA 2018



Factores de riesgo biológicos

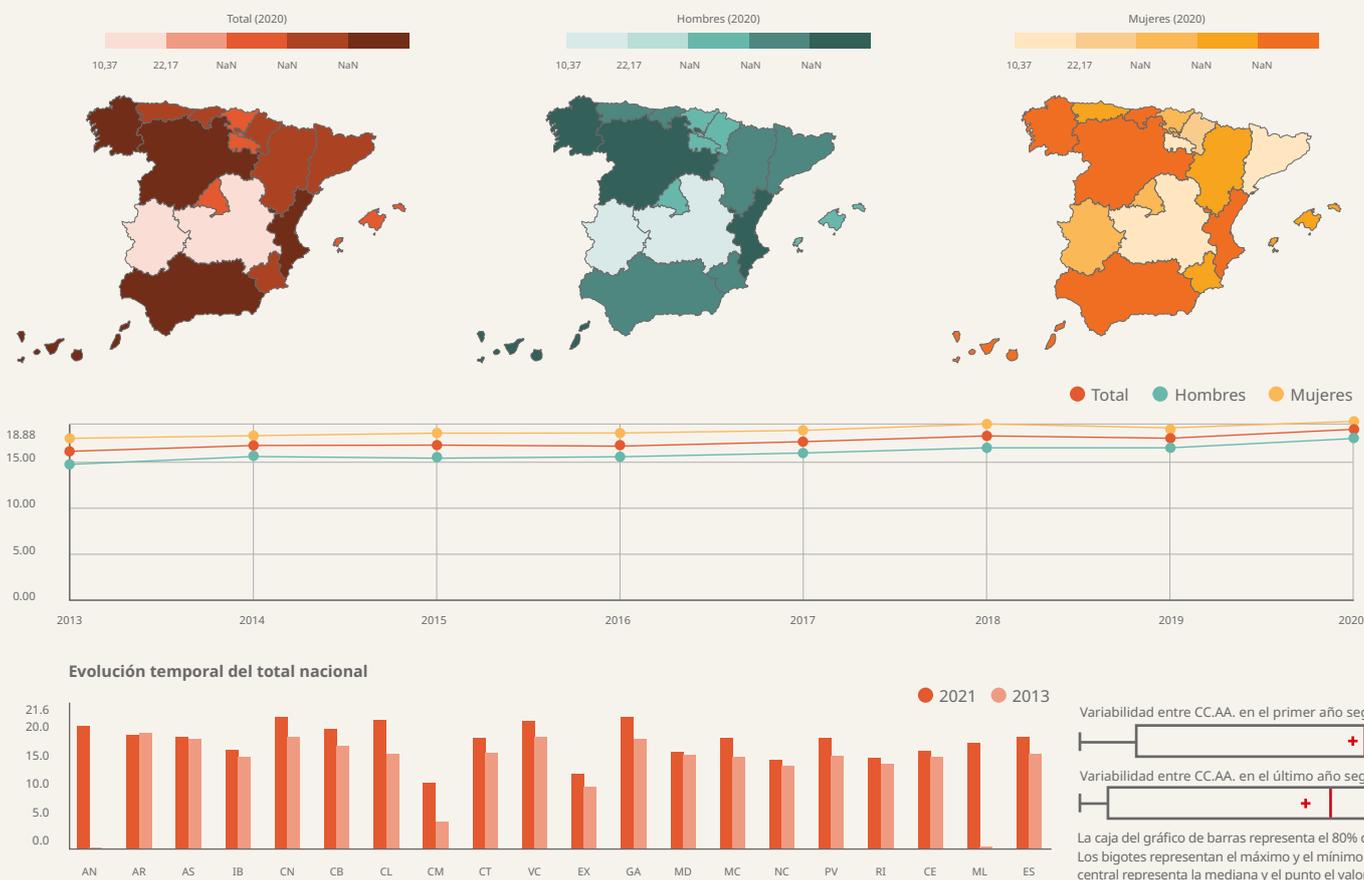
Existen además dos factores de riesgo biológicos altamente prevalentes en personas con enfermedad cardiovascular: la hipertensión arterial y la dislipemia.

Hipertensión arterial

La prevalencia de la hipertensión arterial en España según indicadores del portal estadístico del SNS es de 18,45% (hombres 18%, mujeres 18,88%) con tendencia al ascenso⁵⁶.

Según datos del IECA la prevalencia de hipertensión arterial en Andalucía en 2022 es de 22,50% (21,54% en hombres y 23,42% en mujeres), con tendencia también al ascenso en los últimos años y siendo más frecuente en mujeres⁶³.

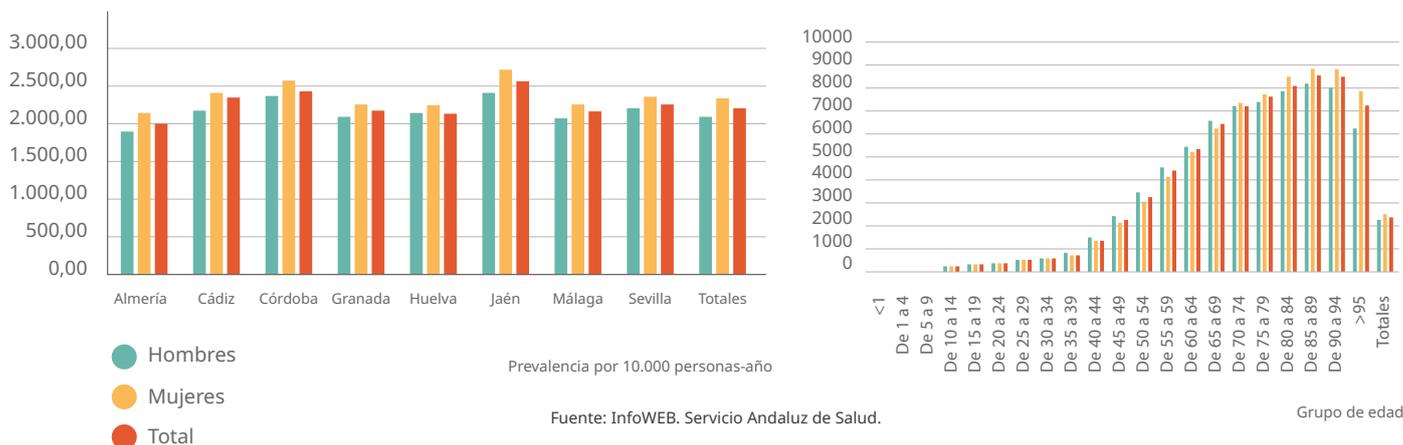
FIGURA 34. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ESPAÑA 2021





Las provincias con mayor prevalencia son Jaén y Córdoba, siendo Almería y Málaga las de menor prevalencia⁶³.

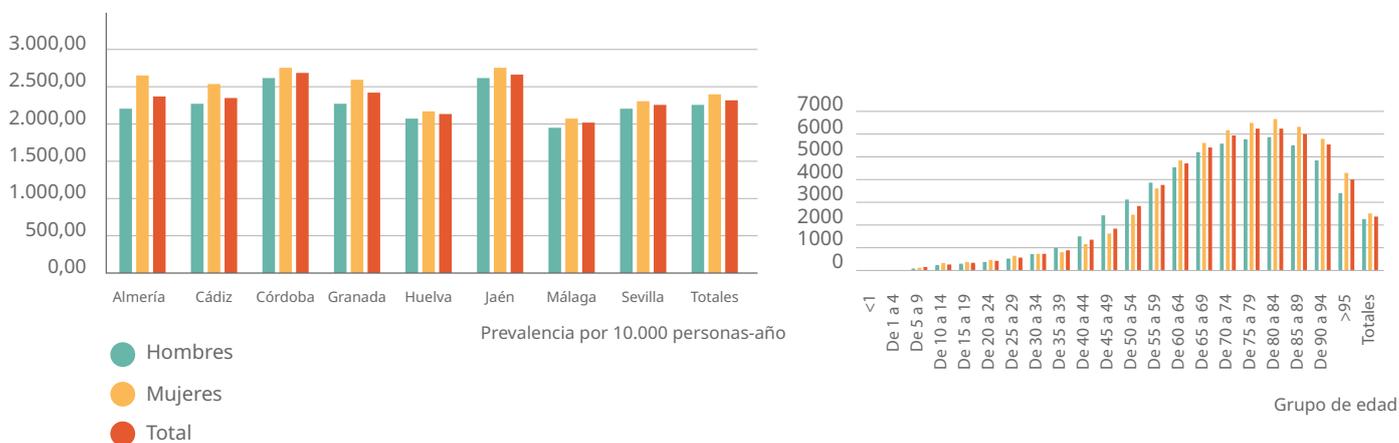
FIGURA 35. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ANDALUCÍA 2022



Dislipemia

El segundo factor de riesgo biológico lo constituyen las dislipemias con una prevalencia global de 23,4%. En hombres la prevalencia de dislipemia (22,5%) es discretamente inferior a la mujer (24,2%). La dislipemia confiere un riesgo especial de padecer cardiopatía isquémica⁶⁴.

FIGURA 36. PREVALENCIA DE DISLIPEMIA. ANDALUCÍA 2022





Prevalencia de enfermedades crónicas

La Base Poblacional de Salud (BPS) es un sistema de información sanitaria que recoge los datos clínicos y el uso de los recursos sanitarios de cada persona que forma parte de la población incluida en la base de datos del SSPA.

El PAAIPEC utiliza los diagnósticos recogidos en la BPS para la identificación de las personas con enfermedades crónicas o factores de riesgo. El juicio clínico en los ámbitos de atención primaria y hospitalaria es la fuente principal para la misma. Las enfermedades crónicas se identifican mediante un conjunto de códigos diagnósticos recogidos en la historia de salud.

TABLA 7. FUENTES DE JUICIOS CLÍNICOS DE LA BASE POBLACIONAL DE SALUD DE ANDALUCÍA. 2023

ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN HOSPITALARIA
Hoja de seguimiento de consultas	Hospitalización
Lista de problemas	Hospitales de día médico y quirúrgico
Programas y sucesos	Consultas externas
Urgencias	Urgencias
	Comunidades terapéuticas

Fuente: Base Poblacional de Salud del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud.

TABLA 8. NÚMERO DE CÓDIGOS CIE-10ES RECOGIDOS EN LA BASE POBLACIONAL DE SALUD DE ANDALUCÍA. MAYO 2023

ATENCIÓN PRIMARIA		ATENCIÓN HOSPITALARIA	
Hoja de seguimiento de consultas	455.841.242	Hospitalización	62.890.805
Lista de problemas	35.832.447	Hospitales de día médico y quirúrgico	13.209.676
Programas y sucesos	18.186.715	Consultas externas	80.646.522
Urgencias	21.999.543	Urgencias	65.325.389
Total Atención Primaria	531.859.947	Comunidades terapéuticas	15.494
		Total Atención Hospitalaria	222.087.886
TOTAL			753.947.833

Fuente: Base Poblacional de Salud del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud.



De la BPS se han seleccionado un grupo de 82 enfermedades crónicas y factores de riesgo por su interés, gravedad, duración y/o prevalencia.

TABLA 9. CATEGORÍAS Y PATOLOGÍAS DE LA BASE POBLACIONAL DE SALUD DE ANDALUCÍA. 2023

CATEGORÍA	PATOLOGÍA BPS	CATEGORÍA	PATOLOGÍA BPS
INFECCIOSO	VIH		
NEOPLASIAS	Cáncer de cabeza y cuello	ENDOCRINO	Diabetes
	Cáncer de estómago		Dislipemia
	Cáncer colorrectal		Hipotiroidismo
	Cáncer de hígado y vías biliares		Obesidad
	Cáncer de páncreas	SALUD MENTAL	Demencia
	Cáncer de bronquios y pulmón		Otro trastorno mental orgánico
	Cáncer de tiroides		Dependencia alcohol
	Cáncer de hueso y tejidos blandos		Dependencia tabaco
	Melanoma de piel		Dependencia otras sustancias
	Cáncer de mama		Trastorno esquizofrénico
	Cáncer de útero		Trastorno estado ánimo
	Cáncer de cuello uterino		Trastorno de ansiedad
	Cáncer de ovario		Trastorno conducta alimentaria
	Cáncer de próstata		Otro trastorno funcional
	Cáncer de testículo		Trastorno personalidad y comportamiento adulto
	Cáncer de riñón y pelvis renal		Discapacidad intelectual
	Cáncer de vejiga		Trastorno del espectro autista
	Enfermedad de Hodgkin		Otro trastorno del desarrollo
	Linfoma no Hodgkin		Trastorno inicio infancia adolescencia
	Leucemia		SIST. NERVIOSO
Cáncer inmunoproliferativo	Enfermedad de Parkinson		
SARCOMA DE KAPOSI	Síndrome extrapiramidal		
	Enfermedad neurológica con déficit motor no ACV		
	OJO	Degeneración macular asociada a la edad	
		Glaucoma	
		Retinopatía	
	RESPIRATORIO	EPOC	
		Asma	



CATEGORÍA	PATOLOGÍA BPS
CIRCULATORIO	Enfermedad cerebrovascular aguda
	Enfermedad cerebrovascular mal definida y otra
	Isquemia cerebral transitoria
	Oclusión o estenosis arterias precerebrales
	Secuela enfermedad cerebrovascular
	Arteriopatía de extremidades
	Arteriopatía intraabdominal
	Aneurisma arterias aorta, periféricas y viscerales
	Fibrilación auricular
	Cariopatía isquémica
	Enfermedad valvular adquirida
	Anomalía congénita cardíaca y circulatoria
	Hipertensión
	Insuficiencia cardíaca
	DIGESTIVO
Esteatosis hepática	
Cirrosis hepática	
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	
Enteritis regional y colitis ulcerosa	
Síndrome de malabsorción e intolerancia alimenticia	

CATEGORÍA	PATOLOGÍA BPS
PIEL	Psoriasis
	Dermatitis atópica
OSTEO-MUSCULAR	Osteoporosis
	Artrosis, espondilosis
	Gota y otras artropatías por cristales
	Otra artropatía
	Artritis reumatoide y enfermedades relacionadas
	Enfermedad del colágeno y vasculitis
	Fibromialgia
GENITO-URINARIO	Insuficiencia renal crónica
	Litiasis urinaria



Estas enfermedades crónicas y factores de riesgo se han agrupado por categorías, obteniéndose, en mayo de 2023, un total de 4.519.533 personas en Andalucía con alguna patología crónica o factor de riesgo, siendo el grupo cardiovascular el más prevalente, seguido de las enfermedades osteomusculares, los trastornos mentales y las enfermedades respiratorias obstructivas⁶⁴.

TABLA 10. NÚMERO DE PERSONAS EN LA BASE POBLACIONAL DE SALUD DE ANDALUCÍA, SEGÚN CATEGORÍAS DE CRONICIDAD Y FACTORES DE RIESGO. 2023

Código Grupo	Grupo o factor de riesgo	Personas - patologías agrupadas por grupo o FR*	Personas - distintas por grupo o FR**
1	Factor de riesgo cardiovascular	3.896.022	2.708.296
2	Factor de riesgo dependencia	582.148	523.481
A	Cardiovascular	698.770	508.081
B	IRC y autoinmune	281.571	266.739
C	Respiratoria obstructiva	1.071.448	1.001.329
D	Hepatopatía y Ell	177.246	159.688
E	ACV y Neurología	532.596	419.625
F	Endocrinología	748.784	748.784
G	Neoplasia	232.852	214.752
H	Osteomuscular	1.686.830	1.421.030
I	Infeccioso	21.091	21.091
K	Trastorno mental	1.671.140	1.354.662

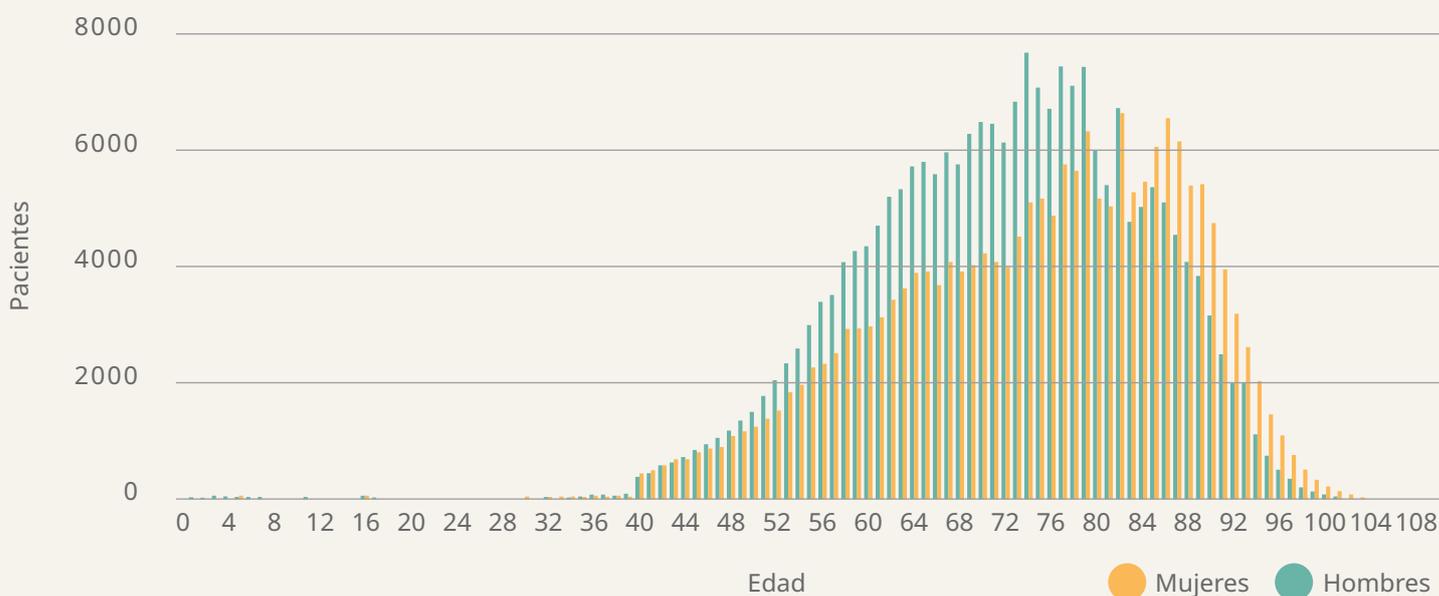
* En un grupo puede aparecer la misma persona varias veces.

** En un grupo puede aparecer la misma persona una sola vez.



La distribución por edad y sexo de estas personas con alguna patología o factor de riesgo deja de manifiesto de nuevo que la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad y, además, en Andalucía el análisis de los datos muestra que la misma es mayor en hombres a edades más precoces.

FIGURA 37. PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO. ANDALUCÍA 2022

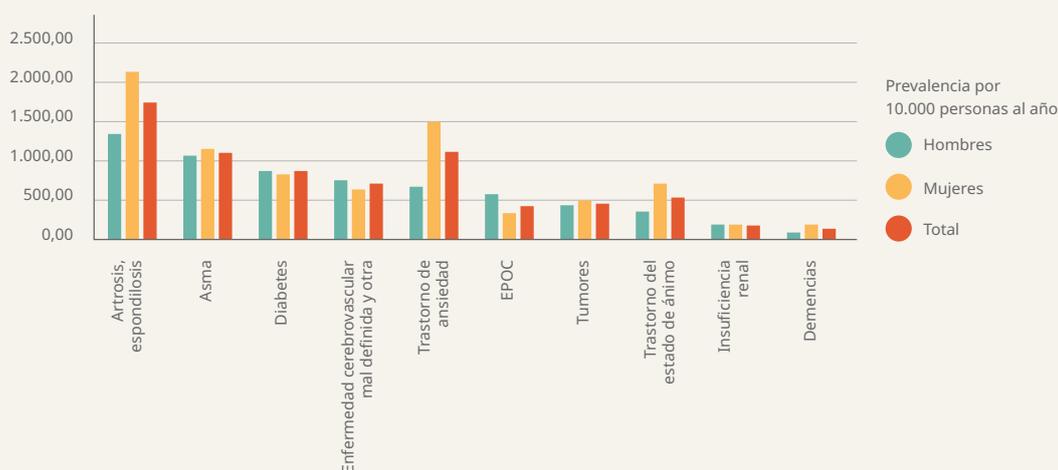


Fuente: Base Poblacional de Salud del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud.



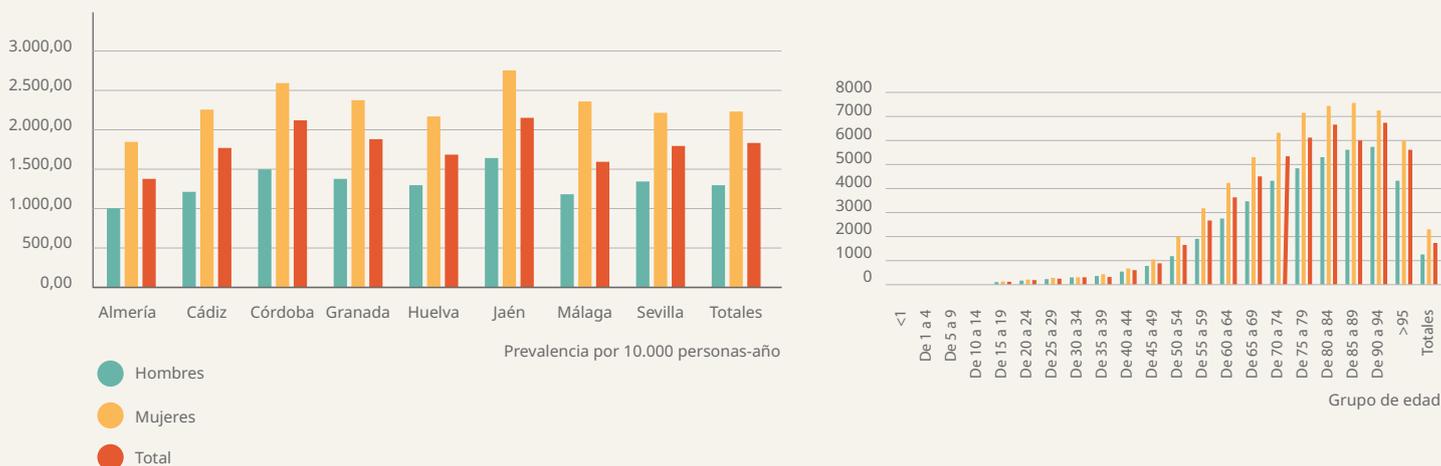
Según los datos proporcionados por la Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información del SAS a través de INFOWEB, se muestran a continuación datos de prevalencia de las enfermedades crónicas en Andalucía.

FIGURA 38. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. ANDALUCÍA 2022



Fuente: InfoWEB. Servicio Andaluz de Salud.

FIGURA 39. PREVALENCIA DE ARTROSIS. ANDALUCÍA 2022



Fuente: InfoWEB. Servicio Andaluz de Salud.



FIGURA 40. PREVALENCIA DE ANSIEDAD. ANDALUCÍA, 2022.

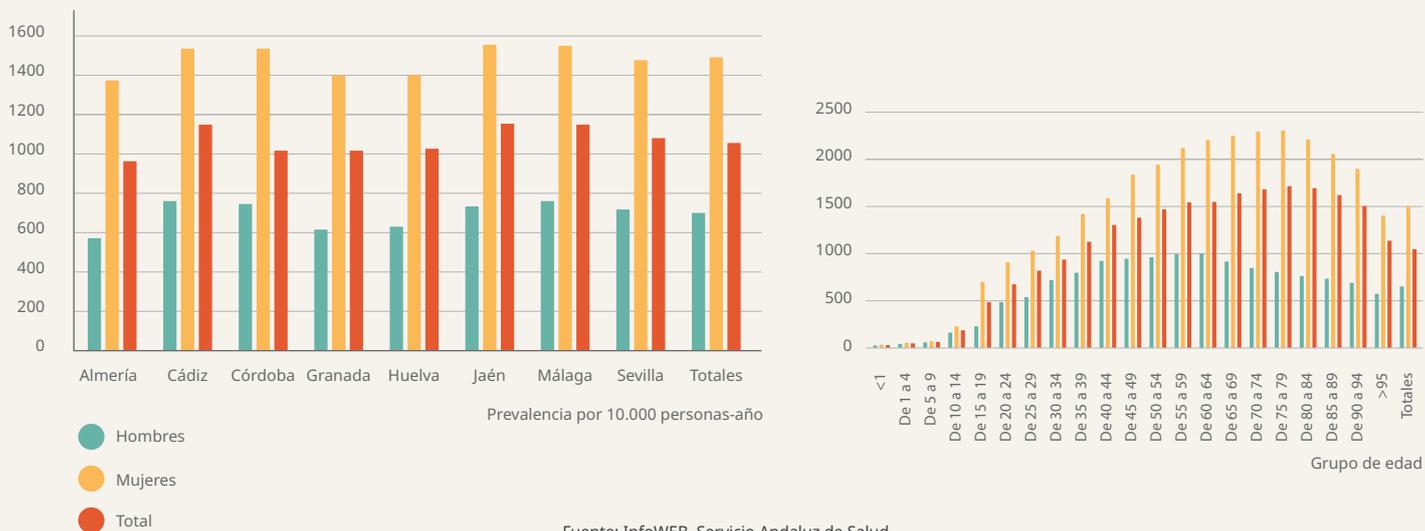


FIGURA 41. PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. ANDALUCÍA 2022

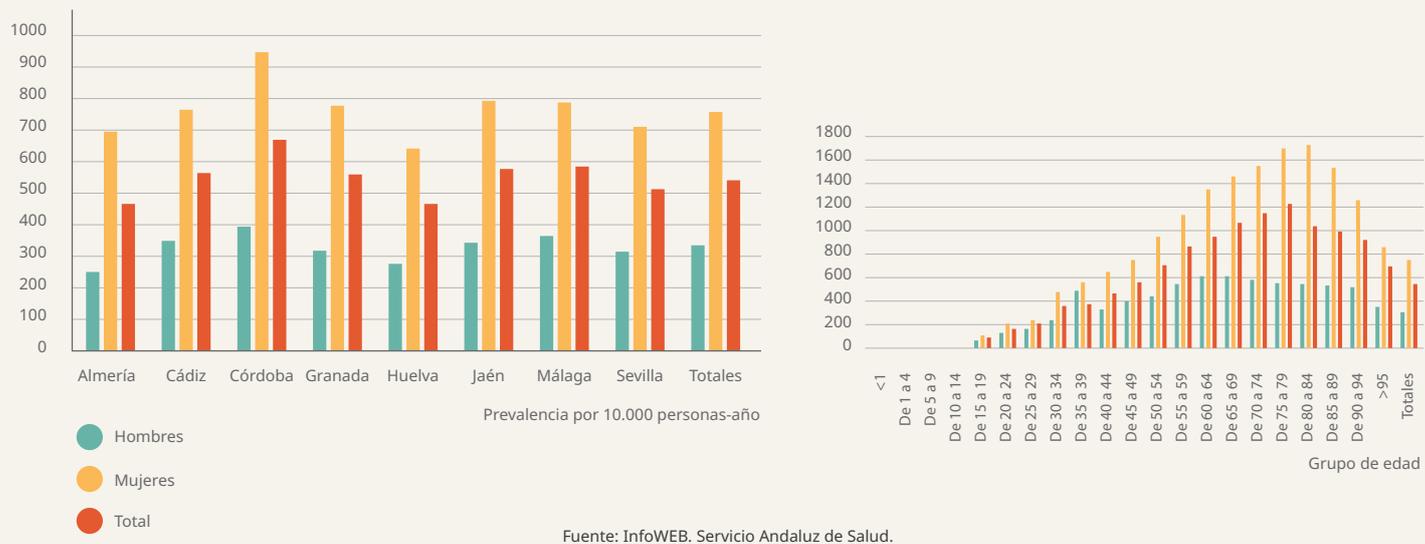


FIGURA 42. PREVALENCIA DE DIABETES. ANDALUCÍA 2022

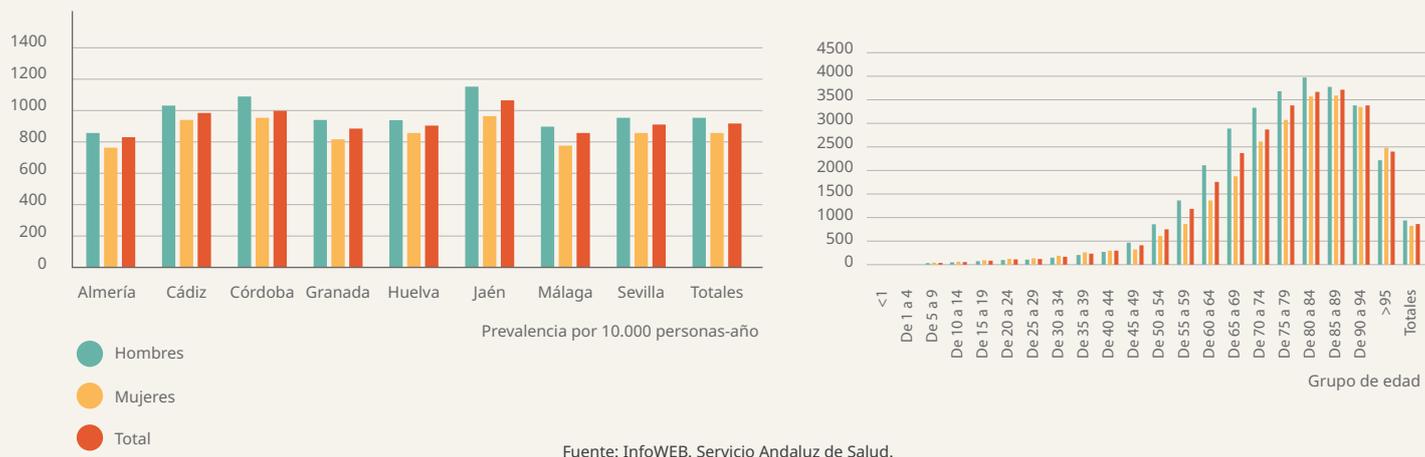
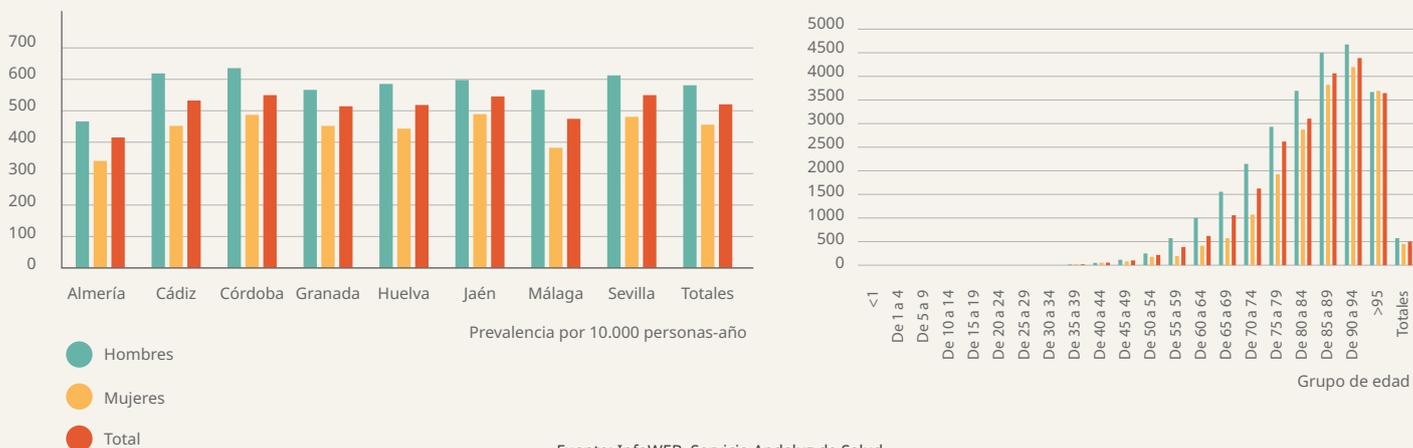


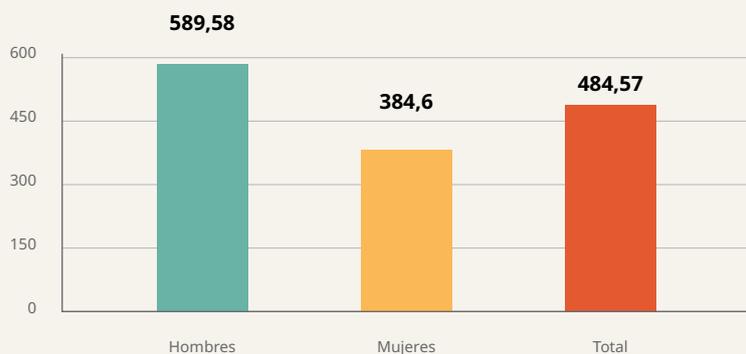


FIGURA 43. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. ANDALUCÍA 2022



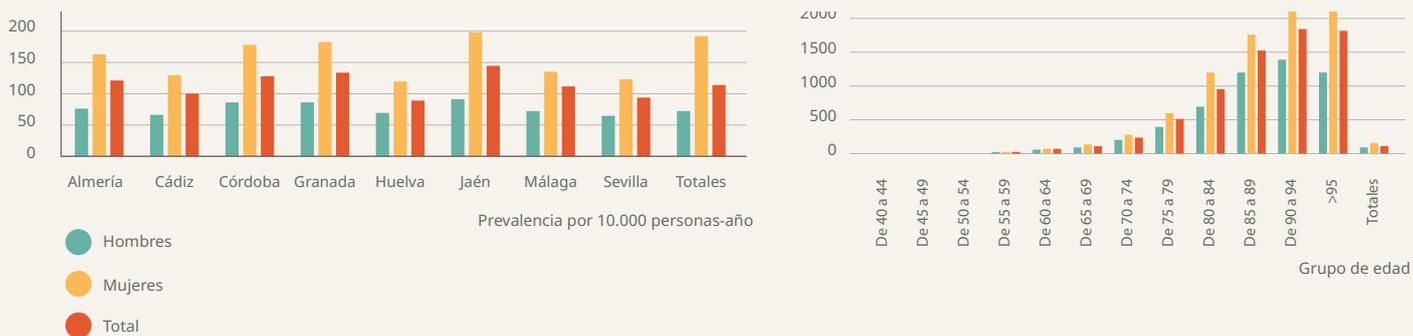
Fuente: InfoWEB. Servicio Andaluz de Salud.

FIGURA 44. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. ANDALUCÍA 2022



Fuente: InfoWEB. Servicio Andaluz de Salud.

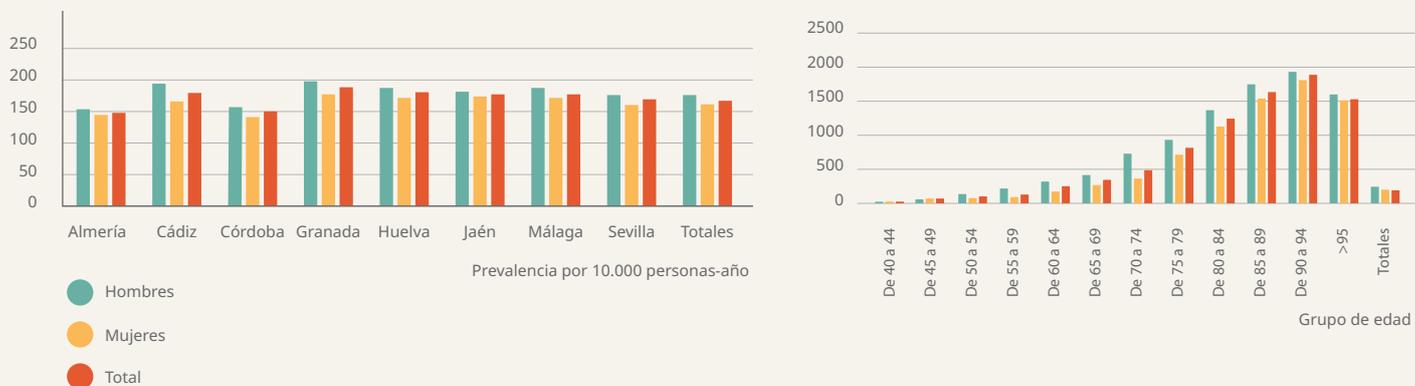
FIGURA 45. PREVALENCIA DE DEMENCIAS. ANDALUCÍA 2022



Fuente: InfoWEB. Servicio Andaluz de Salud.

El análisis de la prevalencia de las enfermedades, junto a otros factores como el grado de repercusión funcional, cognitiva, emocional, familiar, sociolaboral y económica, la posibilidad de prevención y freno de la progresión de la enfermedad, el consumo de recursos y la discapacidad o dependencia que ocasiona, suponen una información necesaria para identificar aquellas intervenciones más eficientes.

FIGURA 46. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. ANDALUCÍA 2022



Fuente: InfoWEB. Servicio Andaluz de Salud.



Multimorbilidad

La OMS define la multimorbilidad como “la presencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona”⁶⁶.

La Red Europea de Investigación en Atención Primaria amplía esta definición entendiendo como multimorbilidad la “combinación de una enfermedad crónica con al menos otra enfermedad (aguda o crónica), un factor biopsicosocial (asociado o no) o un factor de riesgo”⁶⁷. Esta definición entra en consonancia con la aparición de la multimorbilidad entre 10 y 15 años antes en las personas de sectores sociales más deprimidos

El concepto de multimorbilidad convive en España con el de pluripatología que se define como “pacientes con dos o más enfermedades (agudas o crónicas) y una especial susceptibilidad y fragilidad clínica”⁶⁸.

Ambas definiciones identifican a la mayoría de las personas con necesidades complejas de salud siendo una realidad cada vez más frecuente en nuestra sociedad.

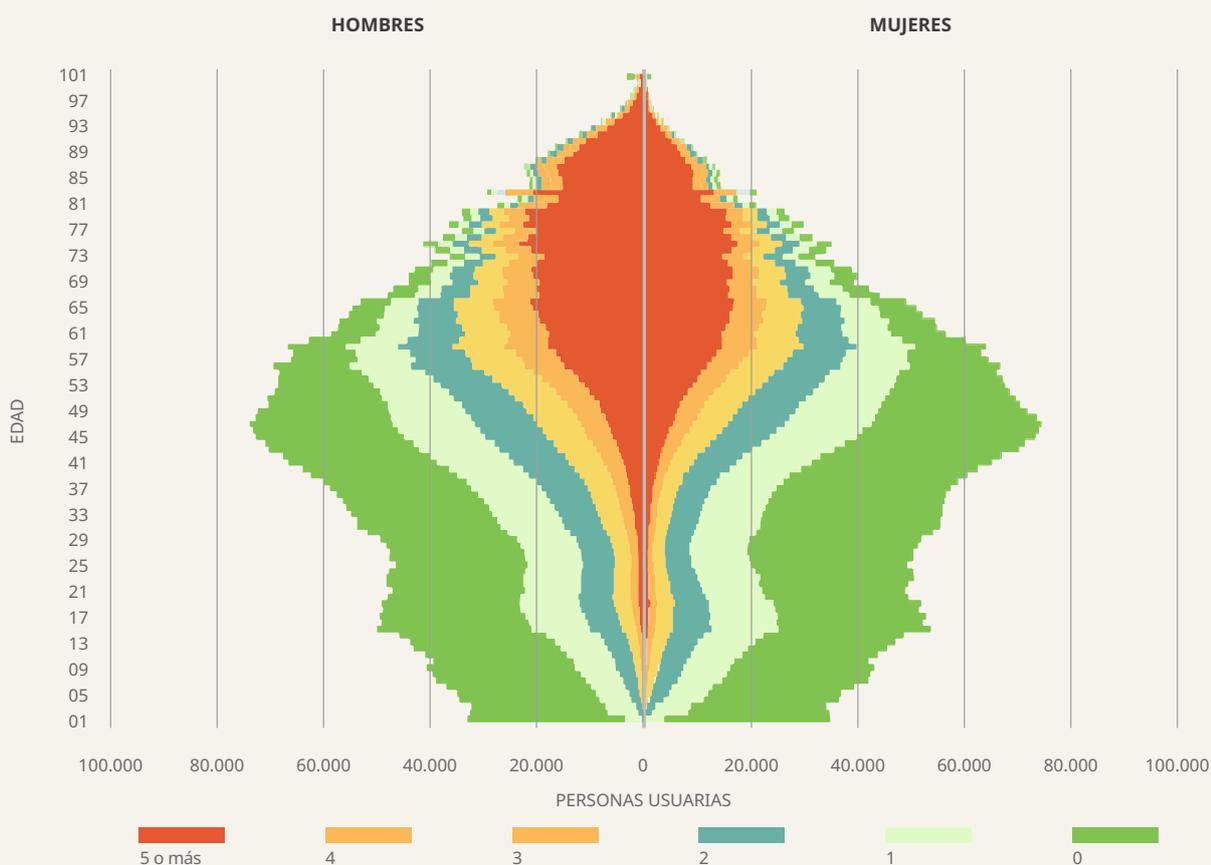
A medida que aumenta la edad, también aumenta la prevalencia de tener al menos una enfermedad crónica. En los grupos de mayor edad, esta prevalencia se incrementa aún más, dando lugar a la presencia de múltiples enfermedades crónicas y, por ende, a un aumento en la complejidad de la situación de salud. Entre los grupos de más edad, la prevalencia de tener más de una enfermedad crónica aumenta aumentando con ello la complejidad.



Existen 918.626 personas en Andalucía que tienen 5 o más enfermedades crónicas. Equivale al 11% de la BPS del sistema sanitario público⁶⁵.

Es necesaria la evaluación de los resultados de salud en las personas con múltiples condiciones crónicas. Ello permite identificar áreas de mejora, promover la atención centrada en cada paciente y fomentar la investigación y la innovación en sus cuidados.

FIGURA 47. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN SEGÚN NÚMERO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS. ANDALUCÍA 2022



Fuente: Base Poblacional de Salud del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud.



Complejidad

Uno de los retos más importantes para los sistemas de salud es la atención a personas con enfermedades crónicas y necesidades complejas de salud. Es necesario un modelo de organización sanitaria que se centre en las personas y sus necesidades, ofreciendo una atención integrada a lo largo de toda la vida.

Existe una gran heterogeneidad en cuanto a la definición de complejidad. Algunos autores se centran en factores únicamente médicos y otros incluyen factores socioeconómicos, demográficos o comportamentales. Además, la complejidad es un estado dinámico que puede cambiar con el tiempo. De aquí se deriva la necesidad de estandarizar una definición de complejidad.

El Ministerio de Sanidad elaboró un proyecto de estratificación de la población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el SNS (2014-2016)⁶⁹. Se trata de un agrupador poblacional cuya estructura tiene en cuenta dos factores: multimorbilidad y complejidad.

La aplicación más importante de los agrupadores de morbilidad es la estratificación de la población. Los resultados de la estratificación pueden utilizarse tanto en la gestión clínico-asistencial (identificación de población de riesgo como enfermos crónicos para incorporarlos a programas específicos de gestión y seguimiento), como en epidemiología y administración sanitaria (ajuste de indicadores para una distribución equitativa de recursos en base a las necesidades asistenciales y mejora de la eficiencia).



El proyecto de **Estratificación de la Población** en el SNS⁶⁹ es una de las acciones previstas para la implementación de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS, aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS en junio de 2012. Actualmente su implantación se ha extendido a la totalidad de las comunidades autónomas para comparar los grupos poblacionales estratificados entre comunidades autónomas.

Los grupos de morbilidad en los que se clasifica a las personas usuarias, tienen en cuenta la tipología de las enfermedades (aguda, crónica, u oncológica) y, en el caso de presencia de enfermedad crónica, si ésta afecta a un único sistema orgánico o a más, resultando en los siguientes:

- > Población sana.
- > Embarazo y/o parto.
- > Patología aguda.
- > Enfermedad crónica en 1 sistema.
- > Enfermedad crónica en 2 o 3 sistemas.
- > Enfermedad crónica en 4 o más sistemas.
- > Neoplasias en el período.



Cada grupo o estrato de morbilidad (excepto el de la población sana) se divide, de manera independiente, en 5 subgrupos o niveles de complejidad (no confundir con la complejidad asignada a cada individuo). La complejidad de cada estrato y su distribución entre sus niveles de complejidad viene determinada por una distribución por percentiles de la complejidad individual de los individuos que forman parte de dicho estrato. La complejidad individual se basa en cómo los diagnósticos de los individuos influyen en el uso de recursos sanitarios (ingresos, visitas en atención primaria o prescripción farmacéutica).

TABLA 11. NIVELES DE COMPLEJIDAD

GRUPO DE MORBILIDAD	NIVEL DE COMPLEJIDAD				
Pacientes con neoplasias activas	1	2	3	4	5
Pacientes con patología crónica en 4 o más sistemas	1	2	3	4	5
Pacientes con patología crónica en 2-3 sistemas	1	2	3	4	5
Pacientes con patología crónica en 1 sistema	1	2	3	4	5
Pacientes con patología aguda	1	2	3	4	5
Embarazos y partos	1	2	3	4	5
Población sana	1				

Fuente: Informe del proyecto de Estratificación de la Población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014-2016). Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España; 2018.

Además, en función del valor individual de la complejidad, se asigna a cada paciente a uno de los siguientes estratos o niveles de riesgo (estratificación piramidal):

- A:** Población sin patología crónica.
- B:** Población crónica de bajo riesgo (personas con un valor individual de complejidad inferior al percentil 80 de la población con enfermedad crónica).
- C:** Población crónica de riesgo moderado (personas con un valor individual de complejidad entre percentil 80 y 95 de la población con enfermedad crónica).
- D:** Población crónica de alto riesgo (personas con un valor individual de complejidad superior al percentil 95 de la población con enfermedad crónica).

El proceso total presentado de forma gráfica:

FIGURA 48. NIVELES DE RIESGO O ESTRATOS EN FUNCIÓN DEL VALOR INDIVIDUAL DE LA COMPLEJIDAD





Para catalogar la cronicidad compleja, es necesario un abordaje en tres dimensiones:

- > Factores relacionados con la enfermedad.
- > Contexto o necesidades psicosociales.
- > Factores relacionados con el sistema asistencial.

El modelo de estratificación GMA permite identificar aquella población compleja con respecto al riesgo de mortalidad, hospitalización, frecuentación de atención primaria y consumo de farmacia.

Aunque existe una alta correlación entre los GMA de alto riesgo y la identificación de una persona como crónica compleja, es necesaria la incorporación de las otras dimensiones para identificar la complejidad en una persona con enfermedad crónica.

Existen otros modelos conceptuales de la complejidad que intentan introducir factores contextuales más amplios.

El modelo de la Complejidad en el Cuidado de Pacientes con Múltiples Condiciones Crónicas se enfoca en la brecha entre las necesidades individuales de cada paciente y la capacidad de los servicios sanitarios para satisfacer esas necesidades. Además, el modelo reconoce que la salud y la atención sanitaria están influenciadas por factores contextuales más amplios, como son los factores sociales, económicos y psicosociales. El modelo destaca la importancia de considerar los resultados más allá de la calidad de la atención clínica y la experiencia del paciente, como los costes sanitarios, la eficiencia en la prestación de servicios y la calidad de vida relacionada con la salud⁷⁰.



En el estudio de Davis et al., se utilizaron tres enfoques principales para definir poblaciones crónicas complejas: estratificación, segmentación y focalización. Se encontró que la mayoría de las definiciones de poblaciones complejas incluían al menos un criterio basado en costes o utilización de servicios sanitarios. Las combinaciones más comunes de criterios incluían criterios basados en la edad y en los costes de la atención⁷¹.

Los factores sociales y ambientales que contribuyen a la complejidad del paciente incluyen la pobreza, la exclusión social y los determinantes socioeconómicos más amplios. Además, más de 25% de los casos considerados complejos por el equipo médico presentaban factores socioeconómicos y conductuales como principales impulsores de la complejidad⁷².

En el Modelo de Vectores de Complejidad, la complejidad general de cada paciente se determina por la suma de los vectores de cada uno de los determinantes de la salud. Un modelo similar es el de complejidad acumulativa, se enfoca a nivel del paciente y en cómo los factores clínicos y sociales se acumulan e interactúan para complicar la atención del paciente. Estos elementos incluyen complicaciones clínicas como la cronicidad y la comorbilidad, regímenes de tratamiento y autocuidado difíciles de llevar a cabo, factores ambientales y sociales que influyen en el acceso y uso de la atención sanitaria, así como en el autocuidado y la salud⁷³.



Una revisión sistemática sobre marcos conceptuales de complejidad médica ha desarrollado un modelo llamado “Cycle of Complexity” que tiene como objetivo ilustrar las relaciones entre diferentes aspectos de la complejidad médica. Este modelo considera los siguientes elementos⁷⁴:

- > Eventos agudos y eventos médicos inesperados.
- > Accesibilidad y utilización de los servicios.
- > Carga de trabajo y capacidad de los proveedores de atención sanitaria.
- > Las preferencias del paciente.

Por tanto, el afrontamiento de estas condiciones de cronicidad compleja implica una atención integrada y coordinada, enfoques personalizados de tratamiento y manejo de enfermedades, así como una comunicación efectiva entre proveedores de atención sanitaria.

En Andalucía se ha diseñado una escala como herramienta de identificación del paciente complejo. La escala EPADI-ANTEQUERA es una escala validada⁷⁵ que permite estratificar a la población en situación basal, es decir, en el ámbito de atención primaria, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Edad.
2. Deterioro cognitivo (Pfeiffer).
3. Nivel de dependencia (Barthel).
4. Comorbilidad asociada (Índice de Charlson abreviado).
5. Escala de valoración sociofamiliar (Escala de Gijón).
6. Paciente con pluripatología (Criterios del PAI dirigido a pacientes con pluripatología del SSPA).



En base a la valoración de la población a través de esta escala, se obtienen cuatro niveles de complejidad: no complejo, complejidad baja, complejidad intermedia y complejidad alta.

Esta escala está incluida en el gestor de informes de DIRAYA (sistema que se utiliza en el SAS como soporte de la historia clínica electrónica), tanto en atención primaria como atención hospitalaria. Al incluir este resultado en la hoja de problemas, se pueden establecer circuitos específicos para pacientes en función de su complejidad, por lo que supone una herramienta muy útil en la identificación de la complejidad, que podría extenderse e implementarse de forma generalizada en Andalucía.

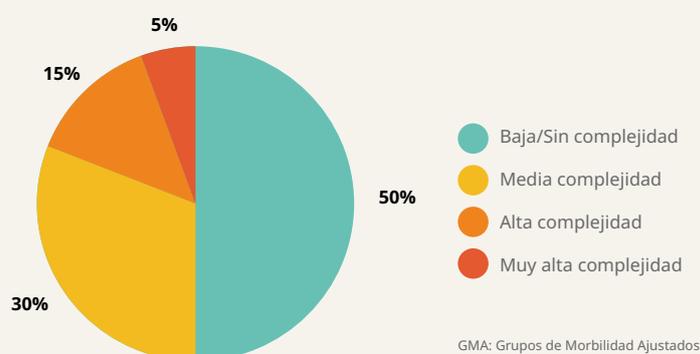
En el Proceso Asistencial Integrado para la Atención a Pacientes Pluripatológicos, se enumeran como criterios de complejidad, con una visión no exclusivamente clínica, los siguientes:

- > Trastorno mental grave.
- > Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica).
- > Riesgo sociofamiliar (puntuación en la escala de Gijón mayor a 10 puntos).
- > Úlceras por presión en estadio II o superior.
- > Delirium actual o episodios de delirium en ingresos hospitalarios previos.
- > Desnutrición (IMC<18,5).
- > Alimentación por sonda de prescripción crónica (3 o más meses).
- > Dos o más ingresos hospitalarios en los 12 meses previos.
- > Alcoholismo.



Según la estratificación por GMA, del total de la población de Andalucía usuaria del SSPA un 15% son personas de alta complejidad y un 5% de muy alta complejidad. Son personas con mayor uso de servicios, más necesidad de atención y más comorbilidades.

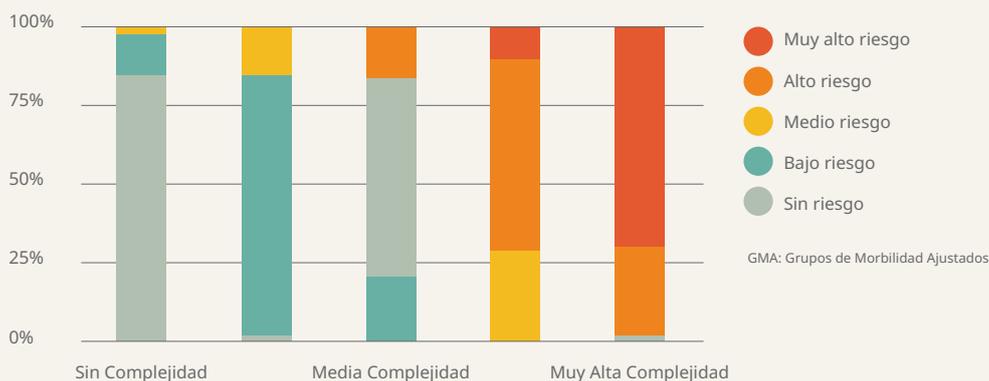
FIGURA 49. DISTRIBUCIÓN DE LA COMPLEJIDAD EN LA POBLACIÓN SEGÚN EL AGRUPADOR GMA. ANDALUCÍA 2022



Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud.

Directamente relacionados con la complejidad se encuentran dos condiciones de salud: deterioro cognitivo y dependencia. Ambas, además, son más prevalentes en edades más avanzadas y aportan complejidad a las personas con enfermedades crónicas.

FIGURA 50. RIESGO DE MORTALIDAD POR GRUPO DE COMPLEJIDAD SEGÚN EL AGRUPADOR GMA. ANDALUCÍA 2022



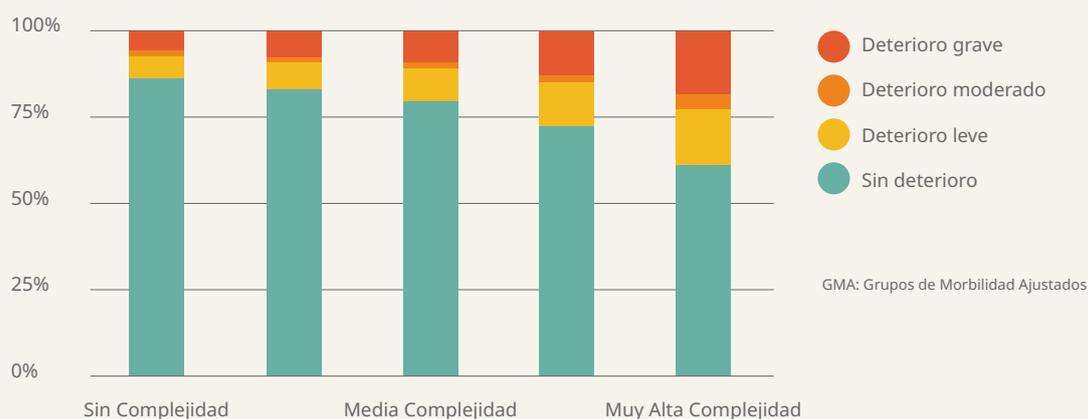
Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud.



El cuestionario de Pfeiffer⁷⁶ fue elaborado específicamente para la detección del deterioro cognitivo en personas mayores. Valora un número de funciones relativamente básicas como memoria a corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática. Es una de las escalas más utilizadas en atención primaria por su brevedad y facilidad de ejecución.

El deterioro cognitivo moderado o grave es más prevalente en personas con alta y muy alta complejidad.

FIGURA 51. DETERIORO COGNITIVO POR GRUPO DE COMPLEJIDAD SEGÚN EL AGRUPADOR GMA. ANDALUCÍA 2022



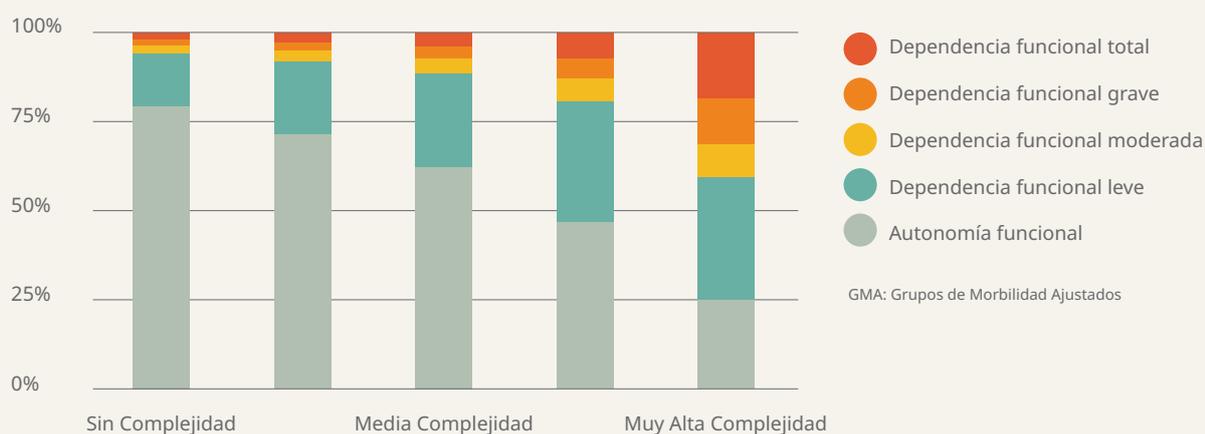
Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud.



El índice de Barthel⁷⁷ mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia de la persona.

De la misma forma que el deterioro cognitivo, la dependencia funcional moderada, grave y total es más prevalente en personas con alta y muy alta complejidad.

FIGURA 52. CAPACIDAD FUNCIONAL POR GRUPO DE COMPLEJIDAD SEGÚN EL AGRUPADOR GMA. ANDALUCÍA 2022



Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud.



3. ANÁLISIS DE RECURSOS Y MODELOS ORGANIZATIVOS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD PARA DAR RESPUESTA A LA CRONICIDAD

En la prevención de la cronicidad y en la atención a personas con enfermedad crónica interviene la práctica totalidad del SSPA, debido a la prevalencia de estas enfermedades y la alta mortalidad vinculada, así como por las necesidades a lo largo de la vida de estas personas, que necesitan atención o apoyo por parte del sistema sanitario.

En colaboración con el SAS, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes se suman en un trabajo sinérgico para dar la mejor respuesta posible, de forma integral, a las necesidades de salud de las personas con enfermedades crónicas y de sus familias.

Aportaciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía

A. Profesionales

El SAS cuenta con un total de 126.531 profesionales (71,5% mujeres y 28,5% hombres) en 2023⁷⁸, que constituyen el pilar fundamental para la prevención y atención a personas con enfermedades crónicas y a sus familias. La práctica totalidad de profesionales del sistema sanitario público trabajan a través de un modelo de atención compartida en la prevención y abordaje de la cronicidad, siendo los equipos profesionales de atención primaria el eje vertebrador que, a través de atención basada en procesos asistenciales, desde la personalización y la longitudinalidad de la atención, acompañan a las personas y a sus familias a lo largo de todo su proceso vital.

Para lograr el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas y reducir las complicaciones asociadas a enfermedades crónicas, es imprescindible el abordaje de la cronicidad, desde la atención cooperativa de todos los perfiles profesionales que forman parte del itinerario único vital de cada una de las personas que padecen las diferentes enfermedades crónicas.



B. Espacios asistenciales

Los espacios que ofrece el SSPA se ubican en los ámbitos de atención primaria y hospitalaria. Con criterios de mejora de la accesibilidad, se distribuyen atendiendo a la mayor proximidad posible en toda la geografía andaluza.

Dispone de 1.518 centros de salud y consultorios, 378 puntos de urgencias en atención primaria, 33 hospitales públicos y 5 concertados con puerta de urgencias⁷⁹.

TABLA 12. ESPACIOS ASISTENCIALES INTEGRADOS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. 2023

Hospitales regionales	9
Hospitales de especialidades	6
Hospitales comarcales integrados en áreas sanitarias	16
Hospitales comarcales integrados en áreas sanitarias	2
Hospitales concertados con puerta de urgencias	5
Puestos de hospitales de día médicos	1.554
Unidades de Continuidad Asistencial	7
Centros de salud	413
Consultorios locales	696
Consultorios auxiliares	409
Servicio de urgencias de atención primaria	378

Fuente: Servicio Andaluz de Salud.

En determinadas circunstancias, las personas con enfermedades crónicas evolucionan hacia situaciones de complejidad y precisan transitar por distintos ámbitos de atención. Para que este tránsito sea eficiente, humanizado y sin barreras, las estructuras sanitarias y la organización de los servicios deben facilitar la continuidad asistencial. Actualmente, el Proceso Asistencial Integrado de Atención a Pacientes Pluripatológicos ha estimulado el desa-



rollo de propuestas de reordenaciones organizativas y de implantación de nuevas unidades asistenciales, que puedan dar respuestas concretas a los problemas planteados en la atención a estas personas.

Las propuestas que se han formulado en nuestro país, en la última década, se basan en la reorganización de la atención mediante el reforzamiento, o la incorporación, de dispositivos de atención, que favorezcan la continuidad entre la atención primaria y el hospital, fomenten el protagonismo de cada paciente y de sus familiares en los cuidados, y promuevan la prestación de una atención personalizada en régimen de hospital de día. Todo ello a través del trabajo de cooperación entre los centros de atención primaria, los servicios de medicina interna y las unidades de urgencias, tanto hospitalarias como extrahospitalarias, fundamentalmente.

La posibilidad de utilizar teleconsultas entre profesionales del hospital y de atención primaria, permite tomar decisiones compartidas, sin necesidad del traslado de pacientes a entornos hospitalarios. Los buenos resultados de las consultas de alta resolución y la experiencia acumulada en la atención en régimen de estancias de día, han generado la puesta en marcha de Unidades de Continuidad Asistencial (UCA), que son unidades interdisciplinares compartidas entre la atención primaria y el hospital, con el objetivo de que las personas con cronicidad compleja accedan a los cuidados más adecuados a sus necesidades, manteniéndolas, siempre que sea posible, en su entorno domiciliario o en régimen de hospital de día. En Andalucía, estas unidades se basan en la experiencia previa de la Unidad de Continuidad Asistencial de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, del Hospital San Carlos en Cádiz y del Hospital de Alta Resolución de Morón de la Frontera en Sevilla. La pandemia frenó el desarrollo de estas unidades, por lo que se hace fundamental su extensión a la totalidad de hospitales del SSPA.



La organización de los hospitales por especialidades médicas, enfocadas al abordaje de lo agudo, dificulta la adecuada atención a la creciente población de pacientes con cronicidad compleja con multimorbilidad. Cuando las personas con problemas crónicos y necesidades de salud complejas precisan hospitalización, se debe garantizar una oferta centrada en la persona, integral y encaminada a prevenir la fragilidad y la dependencia, propiciando la atención de los procesos agudos de esta población en áreas o Unidades de Alta Complejidad de Cuidados (UACC), con intervenciones proactivas que eviten riesgos derivados de la hospitalización y se encaminen a prevenir el deterioro funcional y cognitivo, a través de un modelo de gestión de casos y planificación anticipada del alta que activen la coordinación necesaria, asegurando una adecuada transición a su entorno habitual. A partir de las experiencias de varios hospitales andaluces que han abordado las estancias hospitalarias desde esta visión, se definen unidades donde se ingresa a personas con cronicidad compleja, independientemente de la causa que haya generado el ingreso, ofertándose así una atención integral por parte de un equipo de diferentes especialidades médicas. El Hospital de Antequera, en el que se pilotó por primera vez en Andalucía este modelo de atención, dispone desde el año 2019 de una UACC dependiente del área de medicina interna. De los resultados obtenidos cabe destacar la disminución de la estancia media, a pesar de ser pacientes más complejos, la disminución y adecuación del número de fármacos al alta, y una alta calidad percibida por esta tipología de pacientes^{80, 81, 82, 83}.



Análisis organizativo: estrategias, planes integrales y procesos asistenciales

El IV Plan Andaluz de salud y el III Plan de Calidad del SSPA ofrecen el marco para el desarrollo de distintas estrategias y planes integrales, que tienen como objetivo organizar la atención para ofrecer la mejor respuesta, desde la calidad y la eficiencia, a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas. Para operativizar estas respuestas en Andalucía, se desarrolla la gestión clínica a través de **procesos asistenciales integrados (PAI)**, que son herramientas de mejora continua de la calidad de los servicios.

FIGURA 53. PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS. SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA 2023



Los PAI nacieron, entre otros motivos, de la necesidad de disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja, para garantizar desde el trabajo cooperativo, la continuidad de la asistencia y, sobre todo, para lograr que la ciudadanía reciba un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas.

Son numerosas las estrategias, planes integrales y procesos asistenciales que dan respuesta desde la calidad a las personas con enfermedades crónicas en Andalucía.

Los PAI tienen algunos objetivos claves comunes, aunque adaptados a la peculiaridad de cada enfermedad o conjunto de enfermedades:

- 1. Incluir como base del proceso la promoción de salud y la prevención de la enfermedad**, cuyo marco es la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable de Andalucía.
- 2. Conseguir un diagnóstico precoz de la enfermedad y, por tanto, la intervención temprana.** Para ello, se desarrollan diferentes programas de cribado: cribado de cáncer de colon, cáncer de cérvix, cáncer de mama, cribado de diabetes, cribado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), examen de mayores de 65 años, entre otros.
- 3. Poner en marcha un plan de atención personalizado y consensuado** entre el equipo de profesionales y la persona/familiares, que configure el itinerario de cada paciente, basado en una valoración integral y en la mejor evidencia disponible. Tiene como objetivo garantizar que los valores de las personas y sus preferencias den forma a la manera en que se gestionan sus problemas de salud a largo plazo. Se enmarca en la evolución hacia un modelo de salud más proactivo, centrado en el apoyo a la capacidad de las personas de autogestionar su salud. Este plan de acción contiene: los objetivos individualizados en cada persona, los autocuidados recomendados a realizar por cada paciente y sus fami-

liares, el tratamiento farmacológico, los programas de educación terapéutica, y los seguimientos clínicos pactados a realizar por el equipo de profesionales para prevenir/retrasar las complicaciones.

- 4. Conseguir el trabajo cooperativo de todos los perfiles profesionales implicados en la atención**, independientemente del ámbito al que pertenezcan (atención primaria, hospital o urgencias), compartiendo intervenciones en función de la situación clínica y necesidades de cada persona, para garantizar la continuidad de los cuidados, a través de vías clínicas que adapten el proceso asistencial a los recursos y situaciones locales.
- 5. Participar de forma activa en todo el proceso**, tanto el o la paciente como su familia: escuelas de salud.
- 6. Desarrollar sistemas de información** que faciliten la comunicación entre profesionales, y entre profesionales y pacientes.
- 7. Evaluar los PAI**, a través de un cuadro de mando de cada proceso que facilite la medición de resultados clínicos en salud y los resultados percibidos por las personas usuarias.

A continuación, se expone un resumen de la situación actual de la puesta en marcha de las recomendaciones aportadas por los planes integrales y PAI relacionados con las enfermedades crónicas.

1. Promoción de hábitos saludables y prevención

El sistema sanitario público es un elemento fundamental que se suma, pero sin sustituir, al papel de la propia persona, las comunidades, el gobierno local y las empresas en la promoción de la salud de la ciudadanía andaluza.

Desde la Consejería de Salud y Consumo se realiza una apuesta decidida por la promoción de hábitos saludables y por la prevención de la enfermedad crónica desde la infancia, implicando a toda la sociedad con una visión comunitaria.

Son muchos los proyectos y líneas estratégicas que el conjunto de profesionales del SSPA ponen en marcha cada día, para evitar la aparición de las enfermedades crónicas en las distintas etapas de la vida.

a) Identificación y recomendación de activos comunitarios:

En 2018 se publicó la Guía de Salud Comunitaria Basada en Activos de Andalucía⁸⁴ y se inicia un proyecto que tiene como propósito fortalecer la orientación comunitaria de la atención primaria de salud, a través de la identificación (mapeo) y recomendación a la población de activos en salud. Un activo para la salud es cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud.

Para conseguir este objetivo, se inició un programa formativo en promoción de la salud y salud comunitaria, como parte del Proyecto de Apoyo a la Revitalización de la Atención Primaria – Activos para la Salud Comunitaria (PARAC), para profesionales de atención primaria de salud, que actúan como referentes en sus centros, y para profesionales en formación especializada de Enfermero Interno Residente (EIR).

Actualmente, el Ministerio de Sanidad dispone de una página web, LOCALIZAsalud⁸⁵, en la que las personas pueden ubicar los activos en salud de su localidad, en caso de estar adheridos a la estrategia de promoción de salud y prevención del SNS.

La Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía está trabajando en la inclusión, en la historia única de salud, de una opción que permita recomendar activos de salud locales, de forma automatizada.

b) Programa de salud infantil y adolescente:

Es una propuesta que concreta el seguimiento de la salud de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía, mediante actividades de prevención y promoción de la salud, atendiendo a las evidencias científicas, a los actuales retos de salud infantil, y a las estructuras familiares y contextos sociales del presente.

c) Fomento de hábitos de vida saludables en centros educativos:

La promoción de la salud en los centros educativos se viene desarrollando bajo el paraguas del Programa para la Innovación Educativa, Hábitos de Vida Saludable (HHVS). Desde el curso 2015/16, engloba a todos los programas que ya se venían llevando a cabo, de manera independiente, hasta el momento. Se desarrolla en los centros educativos sostenidos con fondos públicos, a excepción de las universidades, a través del trabajo colaborativo que se realiza entre profesionales de los centros docentes y los equipos de atención primaria, entre otros. Tiene como objetivo capacitar al alumnado en la toma de decisiones, para que la elección más sencilla sea la más saludable, favoreciendo que los niños, niñas y adolescentes incorporen y mantengan hábitos de vida saludables. El programa Creciendo en Salud se imparte en educación infantil y primaria, desarrollando contenidos referidos a estilos de vida saludable (que incide sobre todo en la alimentación equilibrada y actividad física), educación emocional, autocuidados y accidentabilidad, uso positivo de las Tecnologías de la Relación, la Información y la Comunicación (TRIC), y prevención del consumo de sustancias adictivas. El programa Forma Joven, que se imparte en educación secundaria, desarrolla los mismos temas que Creciendo en Salud incorporando, además, intervenciones relacionadas con la sexualidad, las relaciones igualitarias y la educación vial. La promoción de la salud también se viene trabajando en los centros educativos desde las Escuelas Promotoras de Salud (EPSA)⁸⁶, actualmente en pilotaje, desde un enfoque integral de la promoción de la salud, combinando la educación para la salud en el aula con medidas en el entorno escolar, el desarrollo de competencias para la vida y la participación de toda la comu-



nidad. En el curso 2022/23 se inscribieron en el Programa HHVS un total de 3.683 centros educativos, abarcando a un total de 1.037.444 chicos y chicas.

TABLA 14. PROGRAMAS DE LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD. ANDALUCÍA, CURSO 2022/23

PROGRAMAS	Nº CENTROS INSCRITOS	NÚMERO DE CHICOS	NÚMERO DE CHICAS	TOTAL
CRECIENDO EN SALUD (3-12 años)	2.351	337.747	316.907	654.654
FORMA JOVEN (12-18 años)	919	184.067	178.172	362.239
ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD (Pilotaje desde curso 2021/22)	52	184.067	4.303	8.869
CRECIENDO EN SALUD (0-3 años) (Pilotaje desde curso 2021/22)	361	923	921	11.682
TOTAL	3.683	527.303	500.303	1.037.444

Fuente: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional de la Junta de Andalucía.

FIGURA 54. CENTROS EDUCATIVOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA CRECIENDO EN SALUD (3-12 AÑOS). ANDALUCÍA, CURSOS 2015/16 - 2022/23



Fuente: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional de la Junta de Andalucía.

FIGURA 55. CENTROS EDUCATIVOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA FORMA JOVEN. ANDALUCÍA, CURSOS 2015/16 - 2022/23



Fuente: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional de la Junta de Andalucía.



d) Intervenciones para la prevención de la obesidad infantil

Uno de los objetivos del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía es mejorar la atención sanitaria de los niños y niñas con obesidad y sus familias, avanzando en el diagnóstico precoz y con una atención integral basada en la mejor evidencia disponible. Para ello, el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía presentó, en febrero de 2011, una propuesta de intervención para el abordaje del sobrepeso y la obesidad infantil en los centros de atención primaria en Andalucía. Esta propuesta fue revisada en el año 2020, estando en marcha, en la actualidad, un grupo de trabajo para consensuarla y, a su vez, analizar su implementación en los sistemas de información.

- **Atención al sobrepeso/obesidad infanto-juvenil en los centros de atención primaria de salud:** Según los datos explotados del Módulo de Tratamiento de la Información MTI-Citas del SAS, a 31 de diciembre de 2022, se han contabilizado 6.470 personas usuarias distintas vistas en Intervención Avanzada Individual y 750 en Intervención Avanzada Grupal⁸⁷.

TABLA 15. PERSONAS ATENDIDAS POR SOBREPESO/OBESIDAD INFANTO-JUVENIL EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2022

IAG		IAI	
Niños	Niñas	Niños	Niñas
402	348	3.528	2.942
750		6.470	

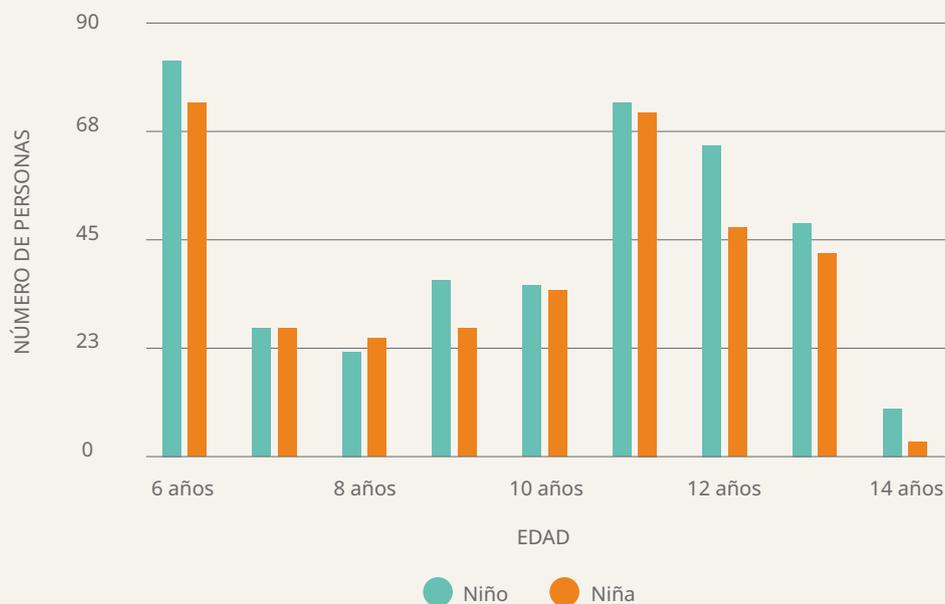
IAG: Intervención Avanzada Grupal

IAI: Intervención Avanzada Individual

Fuente: MTI-citas. Servicio Andaluz de Salud

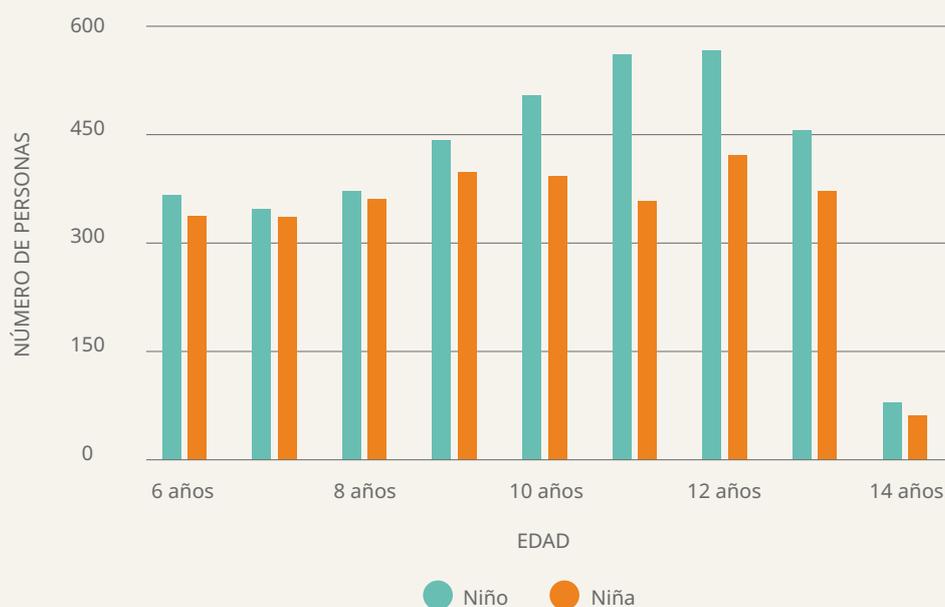


FIGURA 56. PERSONAS ATENDIDAS POR SOBREPESO/OBESIDAD INFANTO-JUVENIL EN INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2022



Fuente: MTI-citas. Servicio Andaluz de Salud.

FIGURA 57. PERSONAS ATENDIDAS POR SOBREPESO/OBESIDAD INFANTO-JUVENIL EN INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2022



Fuente: MTI-citas. Servicio Andaluz de Salud.

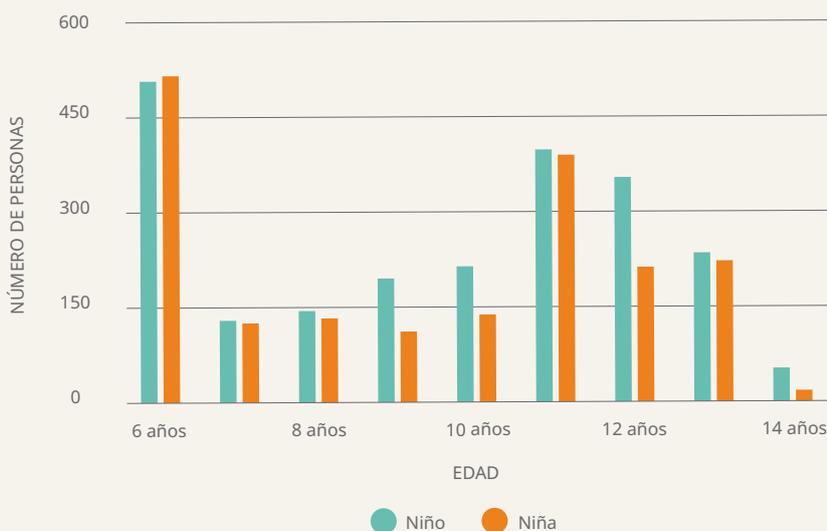
Por otro lado, en el año 2022, según el sistema de información de MTI-Citas se ha contabilizado la realización de 53.787 citas en Intervención Avanzada Individual y 4.127 en Intervención Avanzada Grupal⁸⁷.

TABLA 16. CITAS REALIZADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA POR SOBREPESO/OBESIDAD INFANTO-JUVENIL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2022

IAG		IAI	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2.244	1.883	29.637	24.150
4.127		53.787	

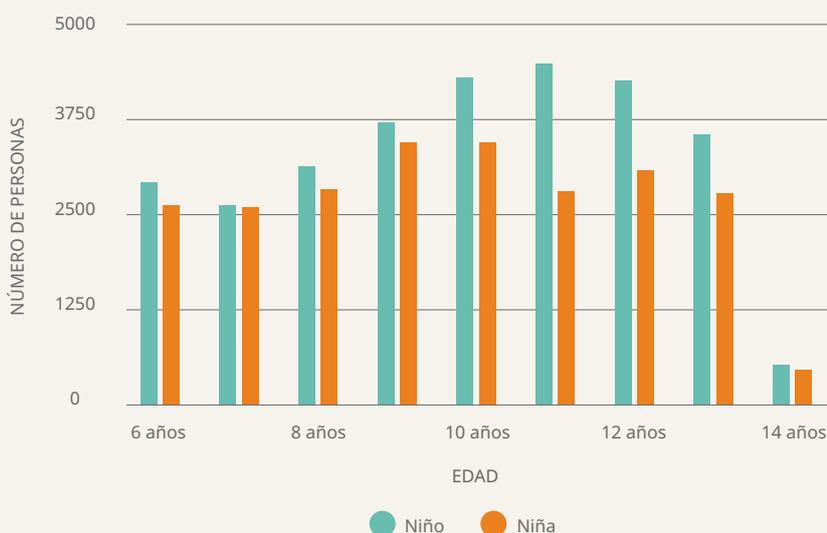
IAG: Intervención Avanzada Grupal
 IAI: Intervención Avanzada Individual
 Fuente: MTI-citas. Servicio Andaluz de Salud

FIGURA 58. PERSONAS ATENDIDAS POR SOBREPESO/OBESIDAD INFANTO-JUVENIL EN INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2022



Fuente: MTI-citas. Servicio Andaluz de Salud.

FIGURA 59. CITAS REALIZADAS POR SOBREPESO/OBESIDAD INFANTO-JUVENIL EN INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL DESAGREGADO SEGÚN EDAD. ANDALUCÍA 2022



Fuente: MTI-citas. Servicio Andaluz de Salud.

e) Implantación de las intervenciones sobre hábitos saludables en atención primaria

La Consejería de Salud y Consumo publicó en 2020 la Guía de Recomendaciones sobre Hábitos Saludables en Atención Primaria, en la que se plasmó una renovación y actualización de las intervenciones sobre alimentación y ejercicio físico en el ámbito de la atención primaria de salud, que se venían realizando en los centros de salud siguiendo las indicaciones establecidas en las guías de Consejo Dietético en Atención Primaria editadas en 2005 y 2007.

Con posterioridad a la publicación de la Guía, se puso en marcha una estrategia de formación en cascada, que continúa en la actualidad en el ámbito de cada Distrito de Atención Primaria o Área de Gestión Sanitaria. Además, coincidiendo con la publicación de la Guía, en DIRAYA se incluyó un nuevo módulo de hábitos de vida, para ayudar a profesionales de salud en la labor diaria que realizan en el ámbito de la promoción de la salud, abordando los hábitos de alimentación, actividad física, tabaco, alcohol, bienestar emocional, sueño y sexualidad.

Respecto a las ediciones anteriores de la guía, las modalidades de intervención de “Consejo Dietético Básico” y “Consejo Dietético Intensivo” pasaron a denominarse “Consejo sobre Hábitos Saludables” e “Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables”, respectivamente, en consonancia con la nueva Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía.

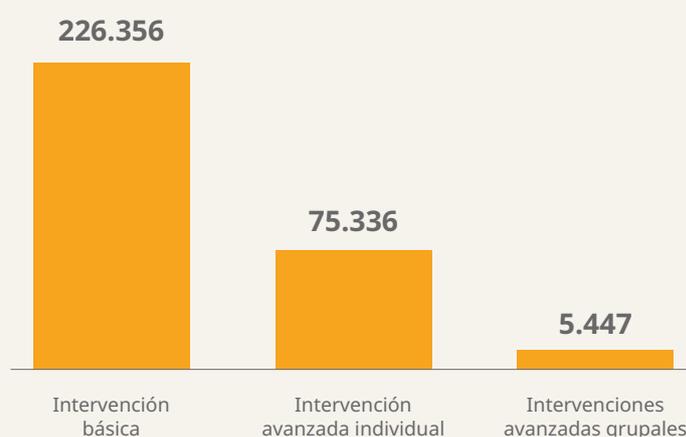
Según consta en los sistemas de información del SAS, en 2022 la modalidad individual de la Intervención Avanzada sobre Hábitos Saludables se impartió a 45.645 personas y la modalidad grupal a 5.150 personas.

f) Intervención básica y avanzada para la deshabituación tabáquica

Las dos intervenciones que actualmente están recomendadas por el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía son: el consejo básico y la intervención avanzada individual y/o grupal.

Durante el primer semestre de 2023, se realizaron en el SAS un total de 307.139 intervenciones para deshabituación tabáquica:

FIGURA 60. INTERVENCIONES PARA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2023 (PRIMER SEMESTRE)



Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información.
Servicio Andaluz de Salud.

g) Examen de mayores de 65 años

El programa Examen de Salud para Mayores de 65 Años se inicia en 2006 a tenor del Decreto 48/2006, de 1 de marzo, de ampliación y adaptación de medidas de apoyo a las familias andaluzas. Es un programa de promoción de la salud, prevención y actuaciones en situaciones de fragilidad, así como prevención, retraso y abordaje de la dependencia, contextualizado en la atención primaria de Andalucía, que busca detectar precozmente la fragilidad y determinar planes de intervención biopsicosociales centrados en la persona.



Desde mayo 2018 y hasta febrero de 2020 (inicio de la pandemia) se capturaron para el programa a 203.077 personas mayores de 65 años, según consta en los sistemas de información del SAS. De ellas, las personas mayores autónomas representaron el 61,8% (125.579), seguido de las personas mayores dependientes con un 22,5% (45.786), prefrágiles (8,2%, 16.701), frágiles (4,8%, 9.697) y, por último, con baja dependencia (2,6%, 5.314).

Las conclusiones de un estudio publicado en 2021 reflejan que este programa es único en Europa, en cuanto a su implementación a largo plazo y su aplicación a gran escala en los servicios de atención primaria, lo que hace que los resultados presentados aporten gran valor al conocimiento de la fragilidad y al diseño y puesta en marcha de actuaciones dirigidas a la promoción proactiva de la salud y la prevención de la enfermedad⁸⁸.

Adicionalmente, para promover el envejecimiento activo, en 2018 se creó la plataforma “En buena edad”, que nació del proyecto “Fomento del envejecimiento activo a través de soluciones digitales” de la Consejería de Salud.

h) Grupos GRUSE para fomentar la salud y el bienestar emocional en la población adulta

Los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE) son un programa de promoción de la salud de la Consejería de Salud y Consumo, incluido en la cartera de servicios de atención primaria del SAS, que desarrollan profesionales de trabajo social, contando con la colaboración de otros perfiles profesionales sanitarios e intersectoriales. Este programa está destinado a fomentar los activos para la salud y el bienestar emocional de la población andaluza, mediante una estrategia grupal socio-educativa, que potencia los talentos y habilidades de las personas destinatarias, junto con la utilización de los activos comunitarios disponibles en su entorno, incrementando así su capacidad de afrontamiento ante las dificultades de la vida cotidiana.

El perfil de la población destinataria de este programa, que comenzó en 2011 con grupos de mujeres y desde 2016 con grupos de hombres, son personas

con malestar psicosocial que, en la mayoría de los casos, acuden a consulta en los centros de salud. En estos grupos se abordan los determinantes sociales y culturales que, con frecuencia, condicionan la salud y el bienestar emocional de la población, desde una perspectiva positiva de la salud, con especial atención a los condicionantes por razón de género.

En 2022 se realizaron en el SAS 28 grupos GRUSE de mujeres y 5 grupos GRUSE de hombres, con la participación de 205 mujeres y 18 hombres, respectivamente.

i) Red Local de Acción en Salud

La Red Local de Acción en Salud (RELAS), concreta la forma de llevar la salud en todas las políticas al nivel local. Comprende un conjunto de actuaciones planificadas y ordenadas a través de un plan local de salud, en un espacio de cooperación entre ambas instituciones, autonómica y municipal, con el liderazgo de los gobiernos locales, de manera intersectorial y participada con la ciudadanía, con el fin de contribuir a la mejora de la salud de toda la población andaluza, sumando a la red a todos los municipios andaluces.

En los últimos años, RELAS ha ido extendiéndose y creciendo. Se han ido sumando municipios, aunque el número va variando.

2. Diagnóstico precoz

La OMS define como cribado “la identificación presuntiva, con la ayuda de pruebas, exámenes u otras técnicas susceptibles de aplicación rápida, de los sujetos afectados por una enfermedad o por una anomalía que hasta entonces había pasado desapercibida”⁸⁹.

El cribado se dirige a población sana y sus objetivos son reducir la carga de enfermedad en la población, disminuir las complicaciones de una patología y, en consecuencia, disminuir la mortalidad y aumentar la calidad de vida.



Para implantar un programa de cribado, es necesario demostrar que el diagnóstico precoz y la aplicación de un tratamiento antes de la fase clínica de la enfermedad, realmente tienen más posibilidades de éxito y consiguen los objetivos propuestos. Es decir, hay que valorar el equilibrio entre beneficios y riesgos y el impacto del sobre diagnóstico y sobre tratamiento. Para la toma de decisiones respecto a los programas de cribado poblacional se deben tener en cuenta los siguientes factores:

Relativos a la enfermedad

- > La enfermedad objeto de cribado debe ser un importante problema de salud pública en cuanto a carga de enfermedad, considerando la mortalidad, morbilidad, discapacidad y el coste social.
- > La historia natural de la enfermedad debe estar bien definida y con criterios diagnósticos claros.
- > Debe existir un marcador o factor de riesgo detectable en la fase pre sintomática.

Relativos a las pruebas

- > La prueba de cribado inicial debe ser segura, sencilla de realizar y de interpretar, válida, fiable y eficiente.
- > El acceso a pruebas de confirmación debe estar accesible en un corto período de tiempo.

Relativos al tratamiento

- > Existencia de un tratamiento más efectivo en la fase pre sintomática.

Además, todo el programa debe promover la equidad en el acceso y garantizar que no exacerba desigualdades del sistema para absorber la carga de trabajo derivada del programa.

De cualquier forma, siempre se deben priorizar aquellas intervenciones encaminadas a la eliminación de los determinantes primarios de la enfermedad.



En Andalucía, los programas de cribado poblacional oportunistas actualmente en marcha son los siguientes:

1. Programa de cribado de cáncer colorrectal.
2. Programa de detección precoz de cáncer de mama.
3. Programa de cribado de cáncer de cérvix.
4. Cribado neonatal de enfermedades endocrino metabólicas.
5. Cribado auditivo neonatal.

FIGURA 61. PROGRAMAS DE CRIBADO POBLACIONAL OPORTUNISTAS EN ANDALUCÍA. DATOS BÁSICOS

Cáncer de mama

dirigido a mujeres entre
50 y 69 años



Población diana

1.245.148

se excluyen: **40.963** por tener
un diagnóstico de cáncer de mama



Mamografías 2022 y 2023 a

825.089

MUJERES

Cáncer de colon



Población diana

1.549.574



Participantes en 2022

109.789

7,09%

de la población diana

Cáncer de cérvix

dirigido a mujeres entre
25 y 65 años



Población diana

2.437.759

En junio de 2023 se
ha realizado citología al

11,67%

de estas mujeres



3. Uso de servicios de las personas con enfermedad crónica

Según los datos registrados en 2022 en la BPS, de las 9.293.290 que están activas en la base de datos de personas usuarias del SAS, el 59% padecen enfermedades crónicas.

El uso de los recursos sanitarios de personas diagnosticadas con una o varias enfermedades crónicas suponen:

- > El 80,2% de las consultas en atención primaria.
- > El 95,4% de la atención en domicilio.
- > El 69,7% de las urgencias de atención primaria y el 73,4% de las urgencias hospitalarias.
- > El 88,6% de las consultas hospitalarias
- > El 88,9% de los ingresos en hospitales en Andalucía.

FIGURA 62. USO DE SERVICIOS SANITARIOS POR PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON UNA O VARIAS ENFERMEDADES CRÓNICAS. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2022

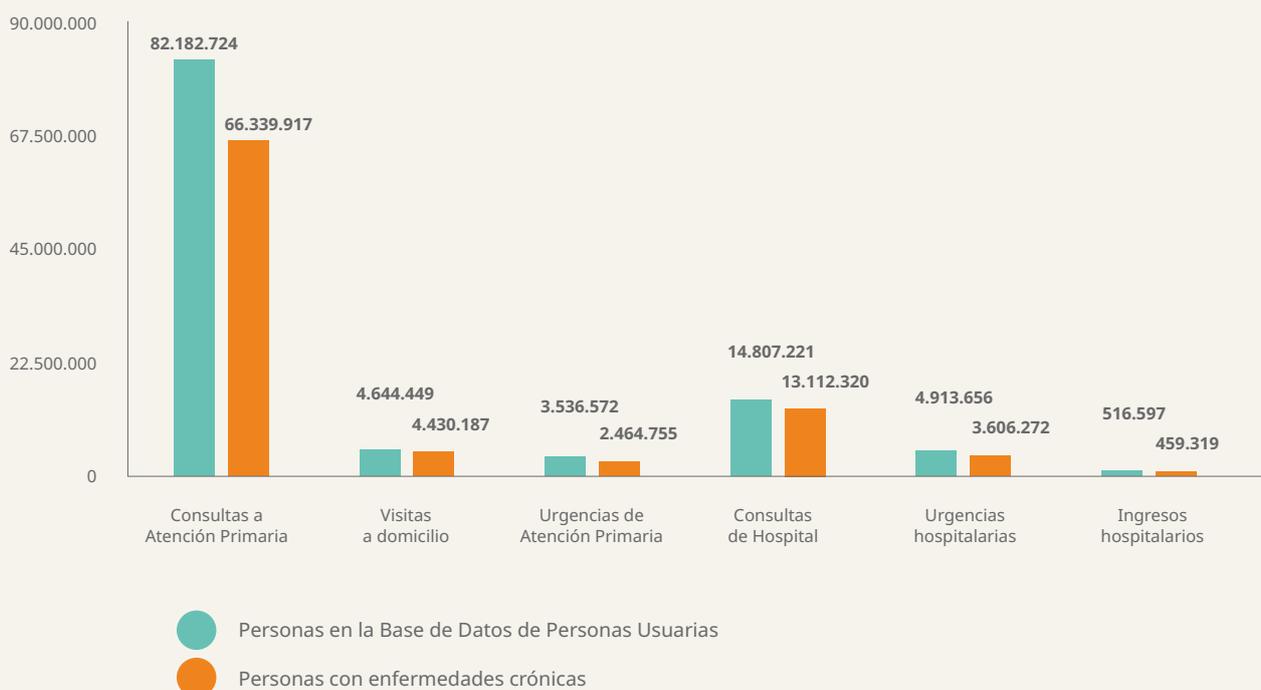
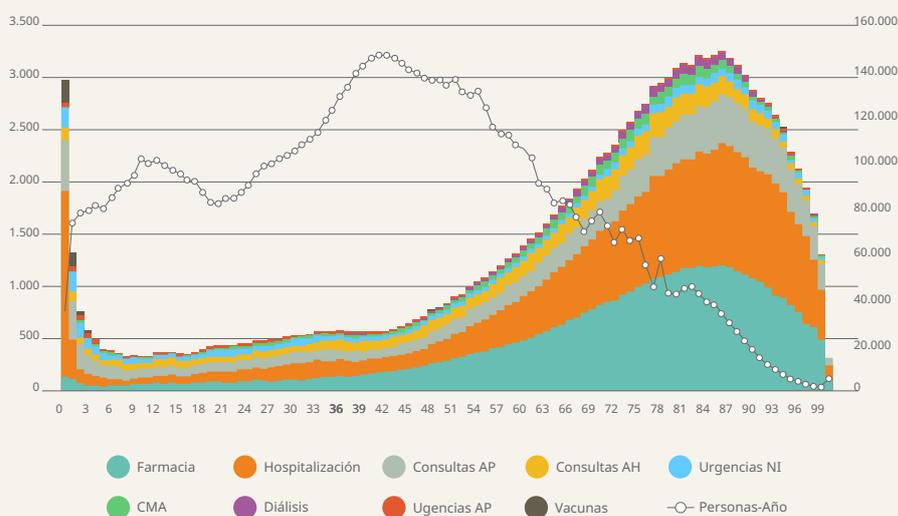




FIGURA 63. COSTES MEDIOS POR PERSONA DIAGNOSTICADA CON UNA O VARIAS ENFERMEDADES CRÓNICAS. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2022



Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud.

En el año 2022, el 5,50% de la población usuaria utilizó el 53,91% de los recursos anuales del SAS. El 1,50% utilizó el 29,40% de estos recursos.

FIGURA 64. DISTRIBUCIÓN DE COSTES POR POBLACIÓN. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2022



% acumulado de personas	% acumulado de coste
1,50%	29,40%
5,50%	53,91%
10,50%	67,90%
25,50%	85,85%
32,50%	90,10%
67,50%	99,20%

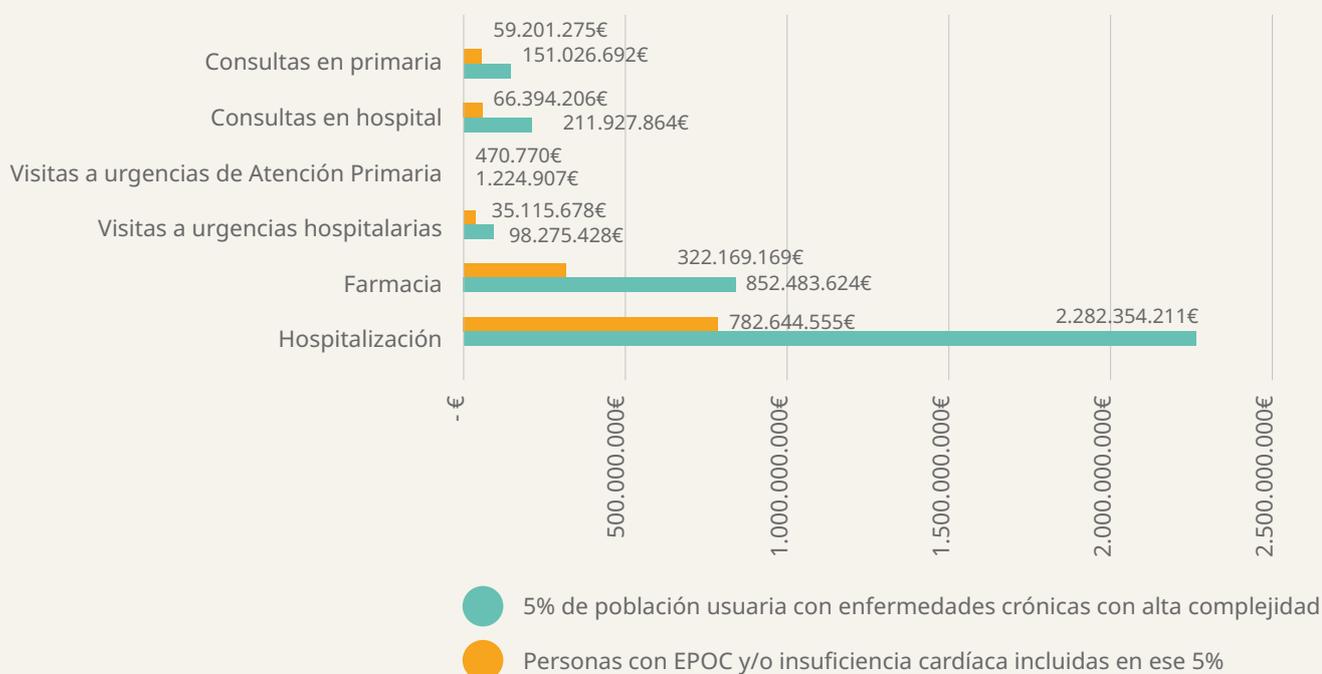
Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud.



La hospitalización es el recurso sanitario de mayor coste total y, por tanto, el que necesita una mayor inversión en cualquier edad. Las personas con mayor uso de servicios y, por tanto, con mayor necesidad de atención, son las personas mayores con múltiples comorbilidades, siendo la insuficiencia cardíaca y/o EPOC los diagnósticos principales en más del 30% de los casos.

FIGURA 65. CONSUMO DE SERVICIOS DE LA POBLACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS CON ALTA COMPLEJIDAD.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2022



Fuente: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud.

En relación con la población infanto-juvenil, se estima que, en los países desarrollados, los niños y niñas con patología crónica compleja representan un 0,67-5% de la población pediátrica. Se está invirtiendo el 40% del gasto sanitario total relativo a esta franja etaria, precisando una elevada atención tanto hospitalaria como extrahospitalaria, de atención primaria y de otros servicios no sanitarios (terapias rehabilitadoras y ocupacionales, adaptaciones en centros educativos, etc.). La hospitalización es el recurso sanitario de



mayor coste total en este grupo de población y, por tanto, el que necesita una mayor inversión en estos momentos^{90,91,92,93,94}.

Además, las familias afectadas sufren un gran impacto por la enfermedad, generando problemas económicos, sociales y de salud mental, con una prevalencia superior al resto de la población.

Es importante la identificación de los niños y niñas con patología o condición crónica compleja. Existen diferentes herramientas con esta finalidad. En Andalucía, se está trabajando en la implantación de una escala numérica⁹⁵, denominada Escala para la identificación del paciente pediátrico crónico complejo (Escala PedCom®), que busca la identificación de pacientes a través de sus necesidades y limitaciones, evitando centrarse en definiciones o diagnósticos. De esta manera, es la suma de múltiples factores que asocian cronicidad y complejidad lo que identifica a esta tipología de pacientes como crónicos complejos.

El aumento de la demanda asistencial en este contexto es una realidad innegable y las implicaciones que tiene, tanto desde el punto de vista de la calidad de vida de los niños y niñas y de sus familias, como desde la organización del proceso asistencial en torno al contexto domiciliario, hace necesario que se proporcione una mayor accesibilidad para mejorar la continuidad asistencial y, así, empoderar a cada paciente y a quienes le cuidan⁹⁶.

Es preciso que, en esta adaptación, se logre una mayor integración y coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales, con el objetivo de ser más eficientes para poder proporcionar una atención integral de calidad que responda a las necesidades de cada persona, garantizando la equidad y la sostenibilidad del sistema. Es en este sentido, se requiere una nueva organización de la atención sanitaria, para asegurar una atención integral a los niños y niñas y sus familias, cuando necesitan vigilancia activa y asistencia especializada, con el domicilio como centro cardinal de la atención^{97, 98, 99}.



4. Uso racional del medicamento y seguimiento de pacientes con polimedicación

En el marco de este Plan, es fundamental abordar el uso racional del medicamento como un pilar clave para garantizar la calidad y eficacia del tratamiento. Por ello, es necesario explorar y fortalecer los recursos disponibles para optimizar la prescripción de medicamentos, especialmente en pacientes con múltiples patologías crónicas.

Una de las principales preocupaciones es la conciliación de la medicación, proceso que busca garantizar la continuidad y coherencia del tratamiento a lo largo de las diferentes etapas de atención a cada paciente. Este proceso es vital para prevenir errores de medicación y asegurar que las prescripciones sean adecuadas a las necesidades individuales.

Otro aspecto crucial es la revisión de pacientes con polimedicación. Dada la prevalencia de la polifarmacia en personas con enfermedades crónicas, es imprescindible implementar estrategias efectivas para revisar y ajustar los tratamientos, evitando interacciones medicamentosas nocivas y efectos adversos, a la vez que se promueve una mayor adherencia y eficacia terapéutica. Para enfrentar estos desafíos, se han definido un conjunto de estrategias y herramientas con objeto de mejorar la calidad de vida de las personas y optimizar los recursos del sistema de salud. La implementación de prácticas de uso racional del medicamento es un paso crucial en la atención integral y personalizada en pacientes con enfermedades crónicas.

Se señalan a continuación algunas acciones impulsadas en Andalucía para promover el uso racional de los medicamentos y el seguimiento de pacientes con polimedicación.

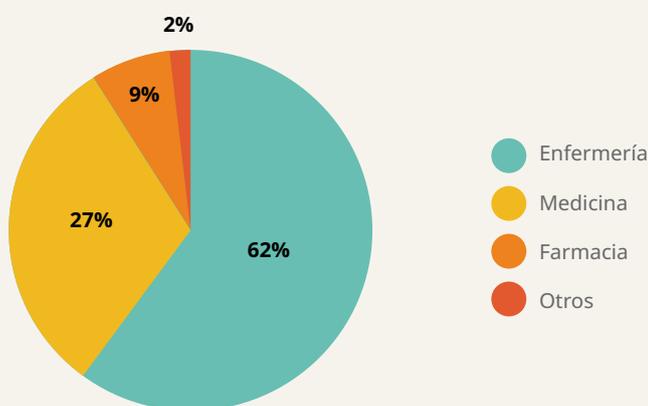
a) Estrategia Formativa en Uso Racional del Medicamento

Estas actividades se enmarcan en el Plan de Formación de Promoción del Uso Racional del Medicamento del SAS, que desarrolla la Subdirección de



Farmacia y Prestaciones. La estrategia formativa tiene como objetivo el abordaje multidisciplinar de pacientes con pluripatología, desde el punto de vista del uso racional de los medicamentos por profesionales de medicina, enfermería y farmacia.

FIGURA 66. ALUMNADO DEL PROGRAMA FORMATIVO USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO, SEGÚN PERFIL PROFESIONAL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2023 (PRIMER SEMESTRE)



Fuente: Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.

b) Elaboración de documentos de “Recomendaciones para el uso racional del medicamento en las patologías más prevalentes”

La elaboración de documentos de “Recomendaciones para el uso racional del medicamento en las patologías más prevalentes” tiene como objetivo evitar la variabilidad en el uso de los medicamentos en el SSPA, unificando criterios y dando recomendaciones fundamentadas en la medicina basada en la evidencia.

c) Elaboración de la “Guía farmacoterapéutica de atención primaria al día”

Esta Guía farmacoterapéutica es un documento que refleja un proceso continuo en la selección y uso racional de los medicamentos, para conseguir que cada paciente reciba el mejor tratamiento farmacoterapéutico, en las mejores condiciones, utilizando el método de administración adecuado y durante el tiempo necesario en cada situación.

d) Estrategia en Revisión de Pacientes con Polimedicación

Una persona con polimedicación es aquella que tiene 10 o más prescripciones activas de medicamentos de uso crónico, con una duración de tratamiento superior o igual a 120 días.

La polimedicación puede tener consecuencias que aumentan la complejidad de las personas con enfermedades crónicas:

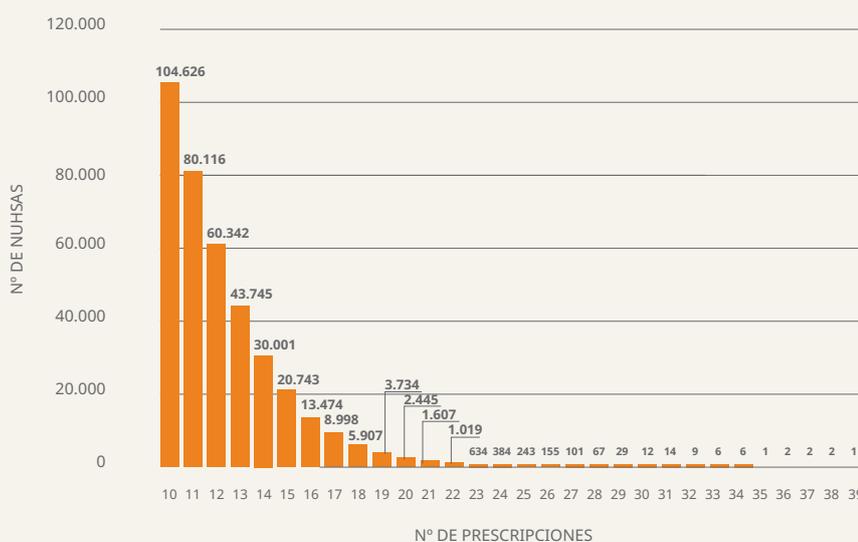
- > Disminución en la adherencia al tratamiento.
- > Aparición de efectos adversos e interacciones.
- > Incremento de las hospitalizaciones y morbimortalidad.
- > Empeoramiento de la calidad de vida.

Por ello, es necesaria la revisión periódica de los fármacos prescritos en pacientes con polimedicación, para deprescribir aquellos que no son estrictamente necesarios y que además pueden ocasionar problemas de seguridad.

Se estima que el 40% de la población mayor de 65 años registrada en la Base de Datos de Personas Usuaras del SSPA está polimedicada⁶⁵.

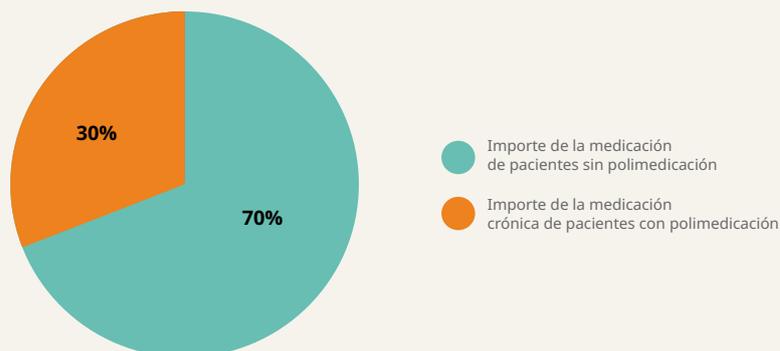
Dentro de las actividades que realiza el Equipo de Atención Primaria, dirigidas a personas con enfermedades crónicas, está la revisión clínica estructurada y sistemática de la medicación que toman estas personas, con el objetivo de optimizar los beneficios esperados del tratamiento y disminuir los efectos adversos y los problemas relacionados con los medicamentos, para conseguir la mejor relación posible beneficio/riesgo.

FIGURA 67. PACIENTES CON 10 O MÁS MEDICAMENTOS PRESCRITOS DE FORMA CRÓNICA (DURANTE MÁS DE 120 DÍAS). SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, JULIO 2023



Fuente: Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.

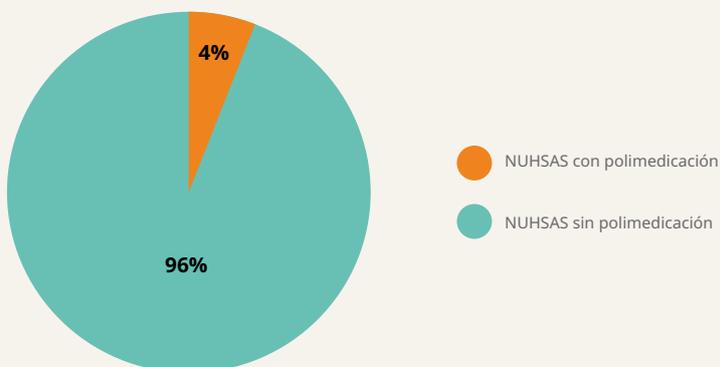
FIGURA 68. IMPORTE DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA DE PACIENTES CON POLIMEDICACIÓN. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, JULIO 2023



Fuente: Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.



FIGURA 69. PACIENTES CON POLIMEDICACIÓN. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, JULIO 2023



NUHSA: Número Único de Historia de Salud de Andalucía

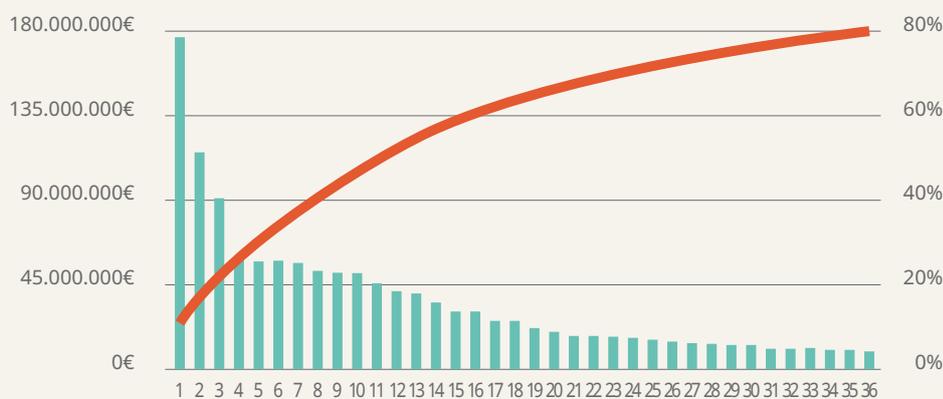
Fuente: Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.

FIGURA 70. IMPLANTACIÓN DEL “CIRCUITO ASISTENCIAL PARA LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN DEL PACIENTE POLIMEDICADO” EN DISTRITOS SANITARIOS Y ÁREAS DE GESTIÓN SANITARIA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, ABRIL 2023



Fuente: Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.

FIGURA 71. GRUPOS TERAPÉUTICOS QUE MÁS CONTRIBUYEN AL CONSUMO FARMACÉUTICO. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, JULIO 2023



Fuente: Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud.

- | | | |
|--|--|--|
| 1. Fármacos hipoglucemiantes orales | 13. Otros analgésicos y antipiréticos | 25. Preparado contra el glaucoma y mióticos |
| 2. Agentes antitrombóticos | 14. Agentes que reducen los lípidos séricos | 26. Agentes que afectan la estructura ósea y la mineral |
| 3. Adrenérgicos, inhalatorios | 15. Fármacos usados en la hipertrofia prostática benigna | 27. Fórmulas completas especiales |
| 4. Antipsicóticos | 16. Agentes inmunodepresores | 28. Otros agentes contra padecimientos obstructivos |
| 5. Reductores del colesterol y los triglicéridos | 17. Productos antiinflamatorios y antireumáticos | 29. Ansiolíticos |
| 6. Antidresivos | 18. Fármacos anti-demencia | 30. Antagonistas de hormonas y agentes relacionados |
| 7. Antagonistas de angiotensina II | 19. Antihistamínicos para uso sistémico | 31. Tiras reactivas |
| 8. Agentes contra la úlcera pépt. y el reflujo gastroesofágico | 20. Completas poliméricas hiperprotéicas hipercalóricas | 32. Agentes antiinflamatorios intestinales |
| 9. Insulinas y análogos | 21. Antagonistas de angiotensina II. Monofármacos | 33. Hormonas y agentes relacionados |
| 10. Opioides | 22. Agentes dopaminérgicos | 34. Vitaminas A y D, incluyendo combinaciones de los dos |
| 11. Absorbente incont. orina | 23. Otros agentes contra padecimientos obstructivos | 35. Agentes beta-bloqueantes |
| 12. Antiepilépticos | 24. Otros productos uso urológico | 36. Descongestivos y otros preparados nasales |



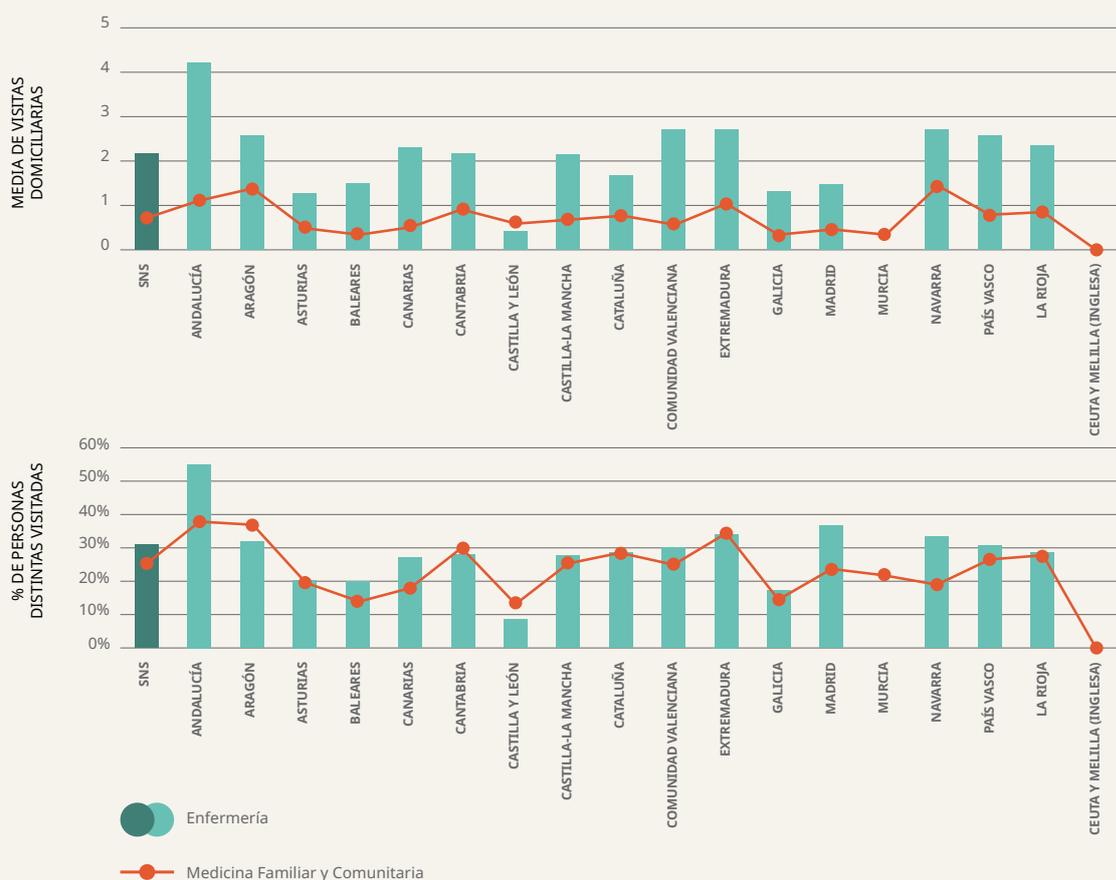
5. La complejidad: atención domiciliaria, Plan de Acción Personalizado y seguimiento proactivo

La atención a personas con cronicidad compleja es una línea estratégica que pretende que las personas que presenten situación de complejidad puedan permanecer en el domicilio, con garantías de calidad y seguridad, disminuyendo los ingresos evitables.

Según el último “Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación” de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, la visita domiciliaria es una herramienta clave para garantizar la continuidad asistencial, que puede contribuir, junto con otras medidas, a evitar reingresos y hospitalización potencialmente evitable.

Al relacionar los resultados de estos indicadores del informe, Andalucía destaca en la atención que se realiza a personas mayores en domicilio.

FIGURA 72. VISITA DOMICILIARIA EN POBLACIÓN ASIGNADA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE 80 AÑOS Y MÁS. ESPAÑA 2017



Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.

En el SAS, los 5.369 cupos médico-enfermeros que conforman los equipos básicos de salud de atención primaria prestan atención en el domicilio, junto con 289 Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) de atención exclusiva al ámbito domiciliario y 93 EGC de referencia para el ámbito residencial. Además, estos equipos se complementan con 509 fisioterapeutas y 419 profesionales de trabajo social sanitario.

Esta ha sido la evolución de la atención a domicilio por los equipos básicos de atención primaria del SAS en los últimos cinco años.

TABLA 17. ATENCIÓN A DOMICILIO REALIZADA POR LOS EQUIPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Medicina Domicilio	823.517	810.047	871.168	3.204.958	909.008	1.144.383
Enfermería Domicilio	2.985.874	2.917.217	3.204.958	3.263.505	3.320.670	3.636.494

Fuente: Servicio Andaluz de Salud

También intervienen en el entorno domiciliario, conjuntamente con los equipos básicos de salud de atención primaria, los equipos de soporte de cuidados paliativos.



En la última edición del **Proceso Asistencial Integrado Atención a Pacientes Pluripatológicos (PAI-APP)**, publicado en 2018, se desarrollan propuestas innovadoras en aras de mejorar la calidad de vida de esta tipología de pacientes. La posibilidad que ofrece hoy en día la clinimetría para caracterizar de forma más precisa la situación de salud de la población, ha ayudado a conocer mejor las características de las personas con complejidad, evaluar las intervenciones y desarrollar nuevas herramientas para la valoración integral y la evaluación pronóstica, junto con la consideración de una perspectiva poblacional de la cronicidad.

El PAI-APP incorpora el **Plan de Acción Personalizado (PAP)** para abordar situaciones de mayor complejidad en la cronicidad. Consiste en un modelo de trabajo compartido entre profesionales y pacientes (o personas de referencia) y tiene como objetivo garantizar que los valores de las personas y sus preferencias den forma a la manera en que se gestionan sus problemas de salud a largo plazo. Esta forma de trabajo debe ir extendiéndose a personas diagnosticadas de enfermedades crónicas, sin necesidad de presentar una situación de complejidad.

Desde el año 2020, Andalucía ha dado un paso más, desarrollando un proyecto basado en el seguimiento proactivo domiciliario a personas con cronicidad compleja, incluido en el marco estratégico de atención primaria. La intervención proactiva articula la actuación del conjunto de profesionales sanitarios de referencia de estas personas, básicamente profesionales de atención primaria, profesionales del hospital y profesionales que intervienen en los servicios de urgencias.

Los instrumentos que se utilizan para el desarrollo de esta intervención proactiva se están mejorando a través de un proyecto financiado por **RED.es** (Entidad Pública Empresarial, adscrita al Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, a través de la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial). Estos instrumentos ayudan a los equipos de profesionales a la realización de una valoración integral exhaustiva, para la detección de necesidades de salud de la persona y su entorno, así como el diseño y desarrollo conjunto, con la persona y su familia y/o entorno cuidador, de un PAP.

TABLA 18. PLANES DE ACCIÓN PERSONALIZADOS Y SEGUIMIENTOS PROACTIVOS REALIZADOS A PACIENTES CON CRONICIDAD COMPLEJA PRIORIZADOS. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD 2022

Provincia	Pacientes crónicos complejos	CCP con PAP realizado	% de PAP realizados	CCP en seguimiento proactivo	% de seguimiento proactivo
Almería	13.771	5577	40	4.301	31
Cádiz	25.282	11.987	47	9.645	38
Córdoba	18.228	10.067	55	8.805	48
Granada	19.544	8.641	44	6.748	35
Huelva	11.303	4.321	38	3.431	30
Jaén	13.742	6.911	50	6.238	45
Málaga	31.372	13.301	42	11.170	36
Sevilla	41.600	18.000	43	15.241	37
Total	174.842	78.805	45	65.579	38

CCP: Paciente con Cronicidad Compleja Priorizado; PAP: Plan de Acción Personalizado

Fuente: Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.



Con la finalización del proyecto RED.es se espera la mejora de la comunicación entre profesionales y las personas con enfermedades crónicas complejas, permitiendo el acompañamiento terapéutico y la telemonitorización de estas personas en su domicilio 24 horas al día, 7 días en semana.

El PAP, como modelo de atención integral centrado en las personas en Andalucía, fue reconocido como buena práctica a nivel europeo en marzo de 2021, en respuesta a una convocatoria planteada desde la Comisión Europea.

Este reconocimiento a la atención integral a personas con enfermedades crónicas complejas en el domicilio a través de los PAP, ha dado lugar a un proyecto europeo de transferencia de mejores prácticas en atención primaria, CIRCE-JA, que es una acción conjunta de 36 meses que tiene como objetivo transferir e implementar, de manera efectiva, seis mejores prácticas seleccionadas en atención primaria de salud entre los Estados miembros europeos. El consorcio CIRCE-JA está liderado por el SAS (España) y comprende 49 organizaciones de 14 Estados miembros de la Unión Europea, que representan los sistemas y servicios de salud europeos directamente relacionados con el objetivo general de esta acción conjunta.



6. Participación activa de pacientes y ayuda al afrontamiento: Escuela de Pacientes

La Escuela de Pacientes ha sido otro de los proyectos vinculados a la atención a la cronicidad impulsados por la Consejería con competencias en salud de la Junta de Andalucía. Se puso en marcha 2008, coordinado por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Se dirige a pacientes con enfermedades crónicas con el objetivo de formarles para que mejoren sus autocuidados. Se basa en el enfoque teórico del aprendizaje social y en la estrategia de “formación entre iguales”, con el apoyo de profesionales sanitarios, tanto en atención primaria como en hospitales.

En la actualidad la Escuela de Pacientes desarrolla 39 líneas de formación (aulas temáticas) para personas con enfermedades crónicas.

La formación se realiza en dos modalidades: presencial y/o virtual. La formación presencial se desarrolla de forma descentralizada en las distintas provincias andaluzas, generalmente en centros sanitarios. La formación virtual se lleva a cabo a través de modalidades de formación online: cursos, jornadas, video – chats, podcast y ventanas abiertas (seminarios de formación con expertos). Cada una de las Aulas temáticas dispone de recursos didácticos específicos.

En la Escuela de Pacientes han participado, hasta junio de 2023, más de 45.000 personas, incluyendo pacientes, familiares y personas que cuidan, formadores de pacientes, profesionales y otras personas interesadas en la formación de pacientes con enfermedades crónicas. Desde su inicio, se han realizado más de 1.800 talleres, 277 videochats, 113 podcasts, 13 Foros Provinciales, 8 ediciones del Congreso de la Escuela de Pacientes, 4 escuelas de verano y varias jornadas virtuales.



7. Desarrollo de sistemas de información que faciliten la comunicación entre profesionales y entre profesionales y pacientes

DIRAYA es el ecosistema de aplicaciones asistenciales del SSPA. Está formado por múltiples herramientas tecnológicas interconectadas entre sí, que permiten el registro y el acceso a toda la información clínica de las personas usuarias, posibilitando a su vez una atención integral y coordinada a la persona, colocándola en el centro de la asistencia. Pone las nuevas tecnologías al servicio de profesionales y pacientes, facilitando y agilizando la comunicación entre todos los actores implicados en el proceso asistencial.

Específicamente, en la atención a la cronicidad, estos sistemas de información están orientados al seguimiento terapéutico de pacientes con enfermedades crónicas, fomentando la participación proactiva de la persona y familia en la gestión de su propia salud, recabando información que permita actuar precozmente en caso de descompensaciones y evitar ingresos hospitalarios y visitas a los servicios de urgencias, contribuyendo a poder aportar calidad de vida a la persona y familia.

El conjunto de profesionales que se encarga de la atención dispone de herramientas como la Historia de Salud de Atención Primaria, Estación Clínica en el ámbito hospitalario y Clic Salud Asistencial, entre otras, para realizar el seguimiento de cada paciente.

El Navegador Único de Historia Clínica agrupa toda la información relativa a cada paciente en un único lugar, independientemente de donde se haya producido la atención y, por tanto, el registro, dando una visión global de la historia de la persona usuaria.



El resto de las aplicaciones que intervienen en el proceso de atención, como Constantes, Teleconsulta, Citación, Pruebas de Diagnóstico por Imagen, Módulo de Pruebas Analíticas, etc. están interconectadas y a disposición de distintos perfiles profesionales para completar el proceso asistencial.

Con esta visión, se está desarrollando, además, el Sistema Centralizado de Seguimiento Proactivo (SCSP), que será una pieza más del ecosistema DIRA-YA. Constituye un paso más hacia la calidad en la atención de las personas con enfermedades crónicas complejas, así como a la participación de cada paciente y su familia en los cuidados.

Los programas Telecuidados y Telemonitorización, gestionados en el SCSP, ponen el foco en pacientes especialmente susceptibles de descompensaciones.

En el programa Telecuidados, cada paciente actúa sobre su propia salud de forma proactiva, realizando autoseguimientos y enviando mediciones recomendadas por profesionales desde ClicSalud+ y la aplicación móvil Salud Andalucía, generando información que se evalúa en el SCSP que alertará a los equipos profesionales en caso necesario para que actúen precozmente.

Además, bajo criterio profesional, las personas incluidas en el programa de Telemonitorización, recibirán kits de dispositivos de medición: tensiómetro, pulsioxímetro, báscula, etc. que enviarán las mediciones al SCSP, constituyendo un novedoso sistema de monitorización en el ámbito del SSPA.



a) Iniciativas de mejora para introducir la experiencia y los resultados informados por pacientes (Patient Reported Experience (PREM) y Patient-Reported Outcome Measure (PROM))

Las iniciativas de mejora para introducir la experiencia y los resultados que informa cada paciente, se refieren a esfuerzos y programas diseñados para incorporar de manera efectiva la perspectiva y las evaluaciones de las personas usuarias en la atención sanitaria y la toma de decisiones clínicas.

Proyectos Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS)

En los últimos años, se ha puesto el foco en mejorar la experiencia de cada paciente durante el proceso de la asistencia sanitaria. La persona usuaria es el único agente que experimenta todo el camino, conectando cada paso de su proceso. Con el objetivo de que reciba la mejor atención, se puede mejorar significativamente la calidad del servicio si se exploran y se comprenden los pasos del viaje individual que experimenta¹⁰⁰.

- > Los PROM son medidas de los resultados en salud que repercuten en su calidad de vida y de los cuales informa directamente la persona usuaria.
- > Los PREM son medidas de las experiencias de las que informa cada paciente, relativas a su experiencia durante todo el ciclo de atención (primaria, hospitalaria y social) y relacionadas con aspectos tales como el hecho de recibir información clara y comprensible, si ha habido decisiones compartidas o si los tiempos de espera han sido adecuados.

Desde el Ministerio de Sanidad se ha impulsado, en todas las comunidades autónomas, el desarrollo de un proyecto promovido por el Comité de Salud de la OCDE en el que participan veintiún países. El proyecto PaRIS¹⁰¹, es la primera encuesta internacional que mida los resultados en salud (PROM) y la experiencia (PREM) en atención primaria referidos por la población adulta, con especial interés en pacientes con una o más condiciones crónicas.



El objetivo general es conocer el estado de salud percibido y la experiencia en los servicios prestados por atención primaria, para contribuir a desarrollar sistemas de salud más centrados en las personas, así como desarrollar un conjunto de indicadores fiables, válidos e internacionalmente comparables, relativos a los resultados y experiencias en salud referidas por las personas.

PaRIS es un estudio planificado en 3 fases, cuyo desarrollo abarca desde enero de 2019 hasta diciembre de 2023. La participación de Andalucía se cifra en 1.950 personas y profesionales de 26 zonas básicas de salud de todas las provincias.

b) Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC)

La Consejería con competencias en Salud de la Junta de Andalucía promovió en 2007 la creación de OPIMEC (www.OPIMEC.org). En su desarrollo participan activamente el PAAIPEC y la EASP, así como un creciente número de personas que comparten un gran interés en realizar esfuerzos colaborativos para mejorar mundialmente la atención a personas con enfermedades crónicas, especialmente ante la presencia de pluripatología, a través de un modelo de atención integrada centrada en las personas.

OPIMEC, a través de una web participativa y mediante su comunidad virtual, promueve la colaboración y alianzas entre personas, equipos y organizaciones interesadas en el trabajo conjunto e intercambio de conocimientos, experiencias e información sobre organizaciones excelentes y prácticas innovadoras en Gestión de Enfermedades Crónicas y en la modernización y mejora de los sistemas sanitarios.



Este Observatorio va dirigido a personas y organizaciones del ámbito de la práctica profesional, la investigación y la gestión de servicios sociales y sanitarios, interesadas en reducir el impacto de las enfermedades crónicas, con especial énfasis en situaciones de cronicidad compleja, pluripatología, multimorbilidad y fragilidad. En la actualidad, esta plataforma Web pone en contacto a más de 17.400 profesionales en más de 20 países y cuenta con un repositorio de más de 4.700 contenidos, de los que al menos 600 son experiencias o prácticas innovadoras. Esto posibilita a las personas que se unen a OPIMEC no solo acceder a conocimiento abierto, sino también a compartir experiencias con otros/as profesionales.

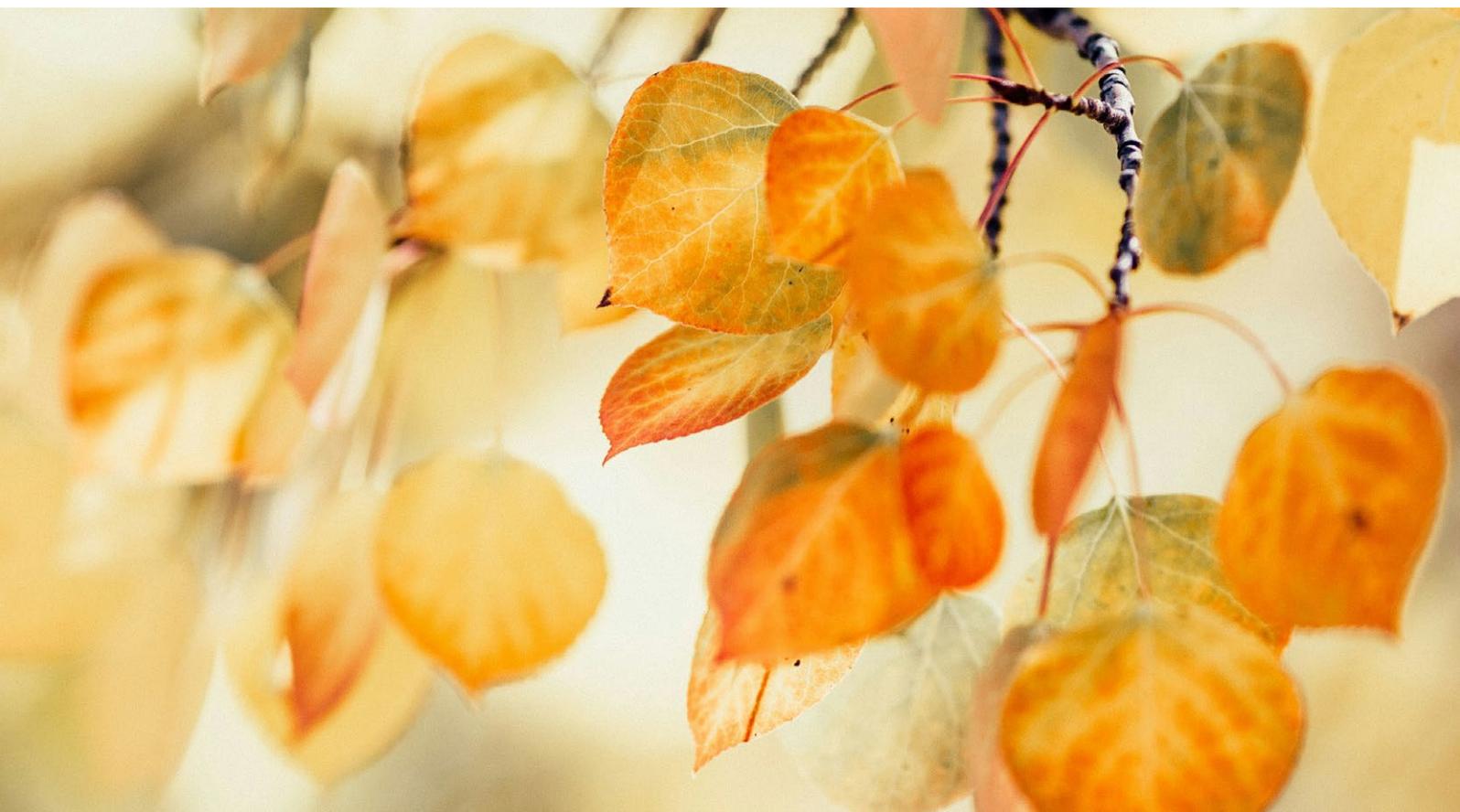
OPIMEC en su larga trayectoria ha facilitado la participación de sus miembros y comunidades en proyectos internacionales, relacionados con la European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (Comisión Europea), el Institute of Global Health Innovation (Imperial College of London), la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI, Estados Unidos), el Centre for Global eHealth Innovation (University Health Network y University of Toronto) o el Bridgepoint Health Hospital (Canadá).

Además, en la parte tecnología, ha sido un referente para otras plataformas que han sido creadas a partir de la misma tecnología que OPIMEC, como la Red Colaborativa en Atención Primaria de Salud de la OPS, así como el proyecto que, como Centro Colaborador de la OMS, desarrolla la EASP para la OMS (“WHO Framework on integrated people-centred Health services”).



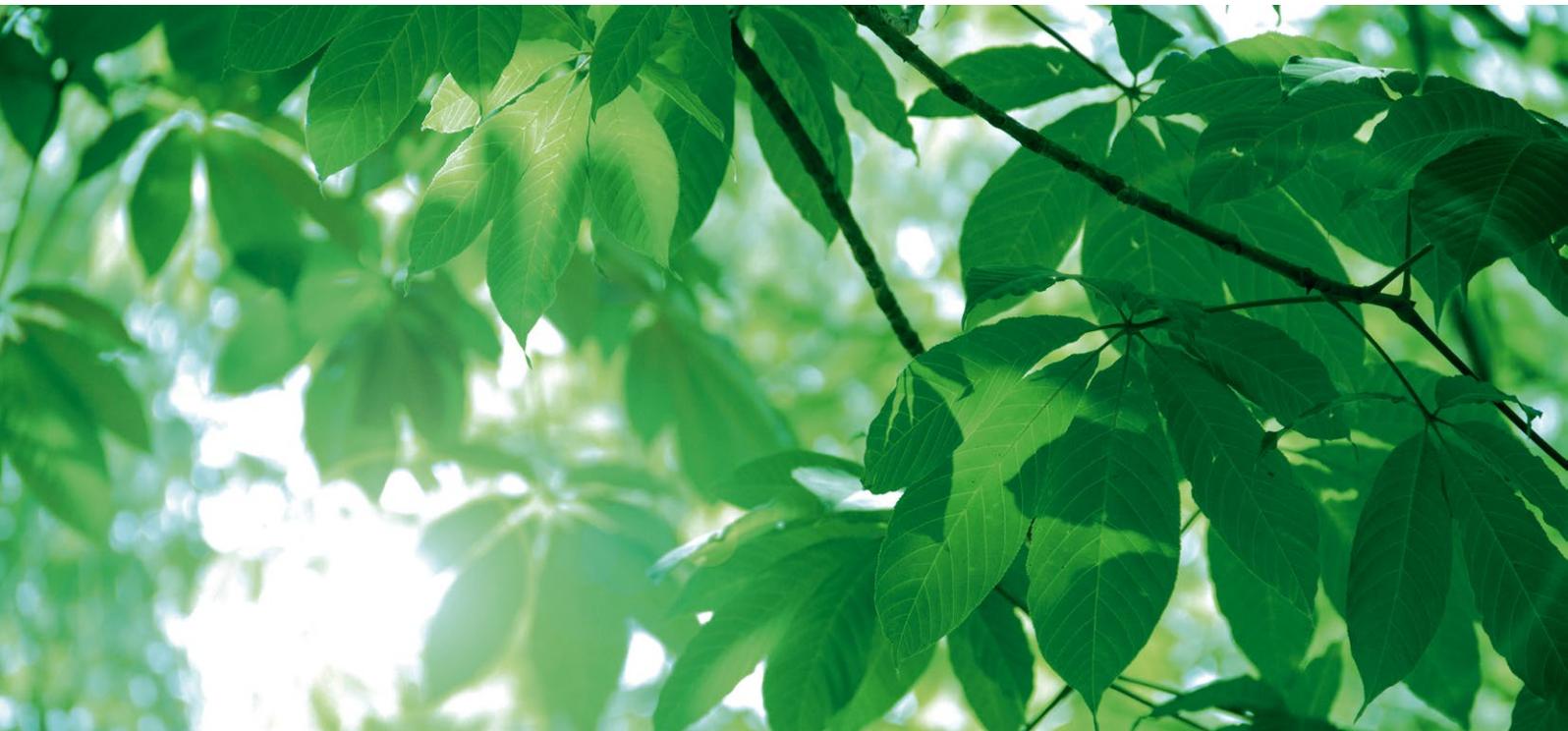
En el marco de los objetivos definidos por el PAAIPEC, en 2013 a través de un trabajo cooperativo entre PAAIPEC y OPIMEC se crea una red profesional que ofrece un espacio compartido y que canalizara la formación de profesionales en las líneas estratégicas del Plan. Dando respuesta a este reto, el Observatorio ha puesto en marcha distintas acciones en coordinación con el PAAIPEC, impulsando el desarrollo de las acciones priorizadas por el mismo y contribuyendo a la formación de profesionales con implicación en la atención a pacientes con enfermedades crónicas.

Asimismo, a través de sus comunidades virtuales, OPIMEC ha generado espacios compartidos de apoyo a la creación colaborativa de conocimiento a través de más de 90 comunidades de práctica virtuales y más de 1.700 miembros, generando una red de profesionales con espacios de participación. Mediante sus comunidades de práctica, el Observatorio ha liderado publicaciones innovadoras y ha apoyado el desarrollo de planes y proyectos para la mejora de atención a la cronicidad.





IDENTIFICACIÓN
DE NECESIDADES
Y EXPECTATIVAS



En el marco de desarrollo de este nuevo Plan, se ha promovido la participación activa de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y profesionales del SSPA, con objeto de contribuir en la identificación de las necesidades y expectativas en la atención a las personas con enfermedades crónicas en Andalucía.

Para recoger la visión aportada por estos colectivos, se realizaron 6 sesiones de trabajo, siendo algunas de ellas sesiones monográficas en las que se analizaron ámbitos específicos. Se muestran a continuación las principales conclusiones obtenidas.



GRUPO 1. SOCIEDADES CIENTÍFICAS*

Ponen en valor del cuidado de las personas con enfermedades crónicas y su empoderamiento. Destacan positivamente el papel de la enfermería de atención primaria en la atención a la cronicidad. Recuerdan la importancia de realizar una valoración integral de la persona, incluyendo la perspectiva social y psicológica, así como atender las necesidades de las personas que cuidan.

Necesidades identificadas:

- > Adoptar un cambio de enfoque de lo que supone la cronicidad.
- > Crear un escenario de atención integrada, centrada en la persona, que incluya todos los perfiles profesionales necesarios.
- > Fortalecer el espacio sociosanitario.
- > Mejorar la coordinación intracentros e interniveles y la continuidad asistencial.
- > Facilitar la interoperabilidad entre las organizaciones, para garantizar la trazabilidad de pacientes vulnerables.
- > Priorizar la atención a pacientes crónicos más complejos y a las personas que les cuidan.
- > Promover la recuperación activa y la promoción de la salud.
- > Renovar el abordaje farmacológico de la cronicidad.
- > Mejorar la eficiencia interna del sistema sanitario público.
- > Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas y de las personas que les cuidan.
- > Evitar agudizaciones que precisen ingreso hospitalario.
- > Implantar de forma operativa el Plan de atención a la cronicidad de Andalucía y dotarlo de los recursos humanos y económicos necesarios.

(*) Sociedades Científicas participantes: SEMERGEN Andalucía; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia - Andalucía (SEMG Andalucía); Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC); Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC); Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA); Sociedad Española de Trabajo Social y Salud; Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI); Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Atención Primaria (SAFAP); Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios (SAFH); Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía (ICPFA); Sociedad de Especialistas en Psicología Clínica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SEPCA); Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).



GRUPO 2. ASOCIACIONES DE PACIENTES*

Destacan, como principal avance en el abordaje de la cronicidad, la universalidad de la atención sanitaria. Ponen en valor, asimismo, el impulso de la atención domiciliaria, la atención sanitaria en las residencias y la educación para la salud entre iguales. Consideran clave el rol de la enfermería de atención primaria y, específicamente, de la enfermería gestora de casos, en la valoración integral y seguimiento de las personas con enfermedades crónicas.

Necesidades identificadas:

- > Escuchar la voz de cada paciente.
- > Garantizar la equidad en la atención.
- > Promover la coordinación sanitaria y social.
- > Crear nuevas estructuras y prestaciones para mejorar la respuesta sanitaria.
- > Avanzar en la multidisciplinariedad de la atención.
- > Reforzar la atención domiciliaria.
- > Medir los resultados en salud.
- > Impulsar la digitalización y acceso a la historia clínica.
- > Motivar y formar a profesionales.
- > Formar a pacientes.
- > Implantar de forma operativa el Plan de atención a la cronicidad de Andalucía.

(*) Asociaciones de pacientes participantes: Alianza General de Pacientes (AGP); Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP); Asociación de Pacientes con Pluripatologías Crónicas.



GRUPO 3. REFERENTES PROVINCIALES DEL PLAN

Señalan la amplia variabilidad geográfica que existe en la atención a la cronicidad en Andalucía. No obstante, reconocen el esfuerzo que se está realizando para mejorar la continuidad asistencial y la comunicación entre profesionales interdisciplinarios. Entre los avances conseguidos en el marco del PAAIPEC, destacan: la creación de la figura de internista de referencia; la personalización de la atención; el refuerzo de la enfermería gestora de casos como elemento clave de la continuidad asistencial; la creación de hospitales de día y unidades de continuidad asistencial para pacientes con enfermedades crónicas; y la definición de protocolos y vías clínicas.

Necesidades identificadas:

- > Homogeneizar la atención a pacientes con enfermedades crónicas.
- > Adecuar la estratificación de pacientes para orientar las actuaciones.
- > Promover la salud en pacientes con enfermedades crónicas, para retrasar y/o disminuir la dependencia.
- > Reorganizar la atención y los cuidados para prevenir y/o retrasar la cronicidad compleja.
- > Coordinar los recursos sociales de la comunidad y los servicios sanitarios interniveles.
- > Mejorar la continuidad asistencial y de los cuidados.
- > Potenciar la atención domiciliaria.
- > Dirigir la atención en el último año de vida hacia la atención primaria (domicilio, comunidad).
- > Mejorar la comunicación.



GRUPO 4. PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO – VISIÓN GLOBAL

Desde una visión global de la atención a la cronicidad, identifican fortalezas relacionadas con el marco institucional actual, la organización sanitaria pública, el alto nivel de formación de sus profesionales y la apuesta actual para reducir la polimedicación. Ponen en valor la relevancia de la promoción de la salud y prevención de la cronicidad, así como los medios que se están desarrollando para el cuidado y apoyo social de las personas con enfermedades crónicas.

Necesidades identificadas:

- > Promover la salud y prevenir las enfermedades crónicas.
- > Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.
- > Minimizar las desigualdades por territorio geográfico y/o recursos económicos.
- > Contener la cronicidad y la dependencia.
- > Atender a la complejidad, no solo de la enfermedad, sino de la persona.
- > Disponer de programas estables, con desarrollos operativos por zonas y áreas.
- > Dotar de forma adecuada los recursos.
- > Minorar la sobrecarga asistencial.
- > Garantizar la continuidad de la atención.
- > Fomentar la proactividad de pacientes y profesionales.
- > Potenciar el uso de las tecnologías de la información y comunicación, y automatizarlos procesos.
- > Focalizar a profesionales en actividades asistenciales evaluativas y de mejora de la continuidad.
- > Mejorar el uso adecuado de los medicamentos.
- > Minorar el gasto sanitario.
- > Operativizar el Plan andaluz de atención a la cronicidad desde la innovación docente.



GRUPO 5. PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO - PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Desde la perspectiva de la promoción de la salud y la prevención de la cronicidad, se han señalado como fortalezas la apuesta institucional, la organización del sistema sanitario, la motivación profesional, el impulso de la atención personalizada y el desarrollo de los sistemas de información. Asimismo, se ponen en valor los activos en salud y los recursos disponibles en el ámbito comunitario y local, el tejido asociativo o la concienciación de la población sobre los estilos de vida.

Necesidades identificadas:

- > Impulsar la salud en todas las políticas.
- > Fomentar la promoción y educación de la salud a lo largo del ciclo de la vida.
- > Repensar la organización sanitaria.
- > Potenciar la actuación comunitaria y disponer de un registro de intervenciones.
- > Dar protagonismo a la medicina familiar y comunitaria.
- > Lograr una atención primaria enfocada a la comunidad, con la mirada en las desigualdades y determinantes de la salud.
- > Estabilizar a profesionales y plantillas.
- > Promover cambios educativos y culturales.
- > Participar en redes sociales.



GRUPO 6. PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO – NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD BASADOS EN EL VALOR

Se señalan como fortalezas la amplia experiencia de Andalucía en el desarrollo de iniciativas organizativas, el bagaje en gestión sanitaria y la potencialidad que ofrecen sus herramientas, la dotación de recursos profesionales y materiales, y la innovación tecnológica.

Necesidades identificadas:

- > Lograr una estratificación completa, real y actualizada de la población andaluza.
- > Generar un modelo de atención pragmático y resiliente, que se adapte a cambios y a diferentes escenarios.
- > Realizar cambios en la estructura organizativa del sistema sanitario.
- > Garantizar la continuidad entre atención primaria y hospitalaria.
- > Desarrollar la cultura de trabajo en equipo, implicando a todos los perfiles profesionales e integrando al paciente en su proceso de atención.
- > Potenciar las capacidades de todos los perfiles profesionales.
- > Disminuir los actos médicos de escaso valor.
- > Incorporar de forma real la innovación tecnológica en la atención a pacientes con enfermedades crónicas.
- > Fomentar la educación sanitaria.
- > Promover la formación de profesionales y ciudadanía.



DIAGNÓSTICO
ESTRATÉGICO



Del análisis de situación realizado, destacan los siguientes aspectos:

- > España, al igual que los países de su entorno, afronta un importante desafío social y de salud pública vinculado al **envejecimiento progresivo** de su población y al **cambio en el patrón epidemiológico**. Las edades avanzadas se asocian a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (especialmente las osteoarticulares, cardiovasculares y neurodegenerativas), a la limitación en las actividades cotidianas y a los síntomas de depresión. Parte de las circunstancias vitales y de pérdida de autonomía observadas en este grupo de edad, son el resultado de situaciones de inequidades acumuladas a lo largo de la vida.
- > La mejora de la situación social y el éxito de la atención en los sistemas sanitarios sitúan a España, en 2021, como el **tercer país de Europa con mayor esperanza de vida** al nacer: 83,3 años (80 años para los hombres y 86 para las mujeres). De estos años de vida, unos 63 se viven de forma saludable²³. Por tanto, vivimos una parte significativa del final de nuestra vida (aproximadamente 20 años) con distintos grados de limitación de la actividad y el bienestar. Además, 318.500 personas mayores de 65 años viven solas, 2 de cada tres de estas personas³³. La soledad no deseada, es un factor de riesgo muy relevante para padecer enfermedades que limitan la autonomía funcional y cognitiva. La participación comunitaria y el tejido social en red son claves para mejorar la salud y el bienestar.
- > Las **personas mayores** que viven en **centros residenciales** presentan una mayor prevalencia que las que viven en domicilio de su misma edad en lo que respecta a la pérdida de autonomía funcional y cognitiva. Además, estas personas padecen una elevada carga de enfermedad en una situación de alta complejidad. Los actuales modelos de residencias centrados en el déficit no permiten que la persona desempeñe un rol social acorde con sus potencialidades, ni le ofrecen alternativas de participación y desarrollo. El nuevo modelo de atención a personas en centros residenciales de



mayores debe seguir desarrollándose bajo el objetivo de la atención centrada en las personas, en el mantenimiento de la autonomía y en evitar ingresos inapropiados para frenar la dependencia.

- > A estos **condicionantes sociodemográficos** deben sumarse los **determinantes sociales** que influyen en la salud. Los datos muestran que existe un gradiente social en la salud, de manera que las personas que presentan niveles más altos de ingresos, educación y posición social, disfrutan de una mejor salud, una vida más larga, y un mejor pronóstico en caso de enfermar que la población con niveles más bajos. Estas desigualdades son el resultado de la distinta distribución de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas y que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos. En Andalucía el 10,7% de la población viven en zonas desfavorecidas o zonas de transformación social⁴⁹.
- > **Adquirir y mantener hábitos saludables a lo largo de la vida**, empezando por la infancia evitaría, el 80% de los problemas crónicos de salud⁵². Evitar el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y no consumir tabaco ni alcohol, deben ser uno de los objetivos prioritarios de toda la sociedad, ya que estos hábitos están afectados claramente por los determinantes de la salud. Conocer y tener en cuenta la situación de pobreza, las zonas desfavorecidas o de transformación social y realizar intervenciones adaptadas y de mejora de la accesibilidad, empezando por la infancia, es fundamental para contribuir a la equidad en los sistemas sanitarios.
- > El **fomento de los hábitos de vida saludables** y el **abordaje de los factores de riesgo** que dan lugar a la enfermedad crónica en la edad adulta, deben abordarse de forma prioritaria desde la infancia. Poner en marcha intervenciones basadas en la evidencia de forma coordinada desde el sistema sanitario con las familias, sistema educativo, entidades locales y entidades del tercer sector, es la única forma de conseguir que la elección



más saludable sea la más fácil de elegir, promoviendo que las alternativas saludables sean las más baratas, facilitando el acceso de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos a una alimentación más saludable, a la práctica habitual de ejercicio físico y que el “no fumar” y el “no consumo de alcohol” se generalicen en la población adolescente.

- > Más del 50% de la **mortalidad** de la población se debe a enfermedades cardiovasculares y cáncer, siendo la enfermedad de Alzheimer y la EPOC las siguientes en frecuencia⁵⁴. Todas ellas son **enfermedades crónicas no transmisibles** y constituyen las principales causas de discapacidad, mala salud, abandono del trabajo por motivos de salud, a la vez que se asocian a considerables costes sociales y económicos.
- > La **mortalidad cardiovascular** se mantiene a la cabeza en España, siendo Andalucía una de las comunidades autónomas con una mortalidad por enfermedad isquémica del corazón más elevada⁵⁴. El objetivo debe ser promover la salud cardiovascular, facilitando la creación de entornos y la adopción de estilos de vida saludables y sostenibles.
- > La **mortalidad por cáncer** se distribuye entre otros factores, atendiendo a los hábitos de vida, y estos se fundamentan en los determinantes de la salud. La prevención y el abordaje del cáncer se considera una prioridad para la Consejería de Salud y Consumo que, por su relevancia, cuenta con una estrategia específica con líneas de promoción de la salud, prevención y abordaje del cáncer, que promueve la sinergia con otras estrategias nacionales e internacionales existentes. Es por ello que, a pesar de considerarse enfermedad crónica, su abordaje no se desarrolla en este Plan, sino en una estrategia específica.
- > La **salud mental** es un elemento crucial, ya que contribuye al desarrollo de una vida saludable y productiva y al bienestar de las personas. Condiciona la carga de enfermedad, el desempeño laboral, la tasa de desem-



pleo y la jubilación anticipada. La salud mental puede verse especialmente afectada en la población infantil y juvenil, en las mujeres, y en grupos en situación de vulnerabilidad. El abordaje de la salud mental en Andalucía se desarrolla en un Plan Estratégico específico, por lo que no se lleva a cabo su abordaje en este Plan.

- > La **diabetes, las enfermedades respiratorias obstructivas, la insuficiencia cardíaca, las demencias, las enfermedades musculoesqueléticas crónicas** que generan dolor crónico y pérdida de funcionalidad, **la ansiedad y la insuficiencia renal**, son las enfermedades crónicas más prevalentes, excluyendo el cáncer y la enfermedad mental grave⁶⁵. Es imprescindible implementar vías clínicas a nivel local, basadas en los procesos asistenciales integrados de estas enfermedades prevalentes, de forma que se favorezca el diagnóstico precoz, se disminuya la variabilidad clínica, se garantice la continuidad asistencial y el seguimiento proactivo de esta tipología de pacientes y su familia, a través del fomento del autocuidado y la mejora de las TIC.
- > El **seguimiento proactivo** de personas con cronicidad compleja que se ha iniciado en el SSPA, articula la actuación de todos los perfiles profesionales de referencia de estas personas, a través de la realización de planes personalizados. En estos planes se configura el itinerario de cada paciente, conjuntamente entre el equipo de profesionales y la persona/familia, basándose en la mejor evidencia disponible. El seguimiento proactivo 24 horas 7 días a la semana, tiene como objetivo adelantarse a las agudizaciones y garantizar que los valores de las personas y sus preferencias den forma a la manera en que se gestionan sus problemas de salud a largo plazo. Es fundamental seguir avanzando, incorporando instrumentos clínicos y TIC que mejoren los resultados y faciliten la toma de decisiones compartidas, anticipándose a la agudización.
- > Las propuestas que se están poniendo en marcha en la última década se basan en la **reorganización de la atención**, mediante el reforzamiento o la



incorporación de unidades de atención que favorecen la continuidad entre la atención primaria y el hospital, el fomento del protagonismo de las personas con enfermedades crónicas y sus familiares en los cuidados, la prestación de atención personalizada en régimen de hospital de día a través del trabajo de cooperación entre atención primaria, el servicio de medicina interna y las unidades de urgencias, tanto hospitalarias como extrahospitalarias, junto con la incorporación de la teleconsulta entre profesionales de hospital y atención primaria, así como la puesta en marcha de UCA. Todo ello está permitiendo la toma de decisiones compartidas, sin necesidad del traslado de pacientes a entornos hospitalarios. Asimismo, la atención en régimen de estancias de día mejora la calidad percibida y la eficiencia en el sistema.

- > La organización de los hospitales por especialidades médicas y enfocadas al abordaje de lo agudo dificulta la adecuada atención a pacientes con multimorbilidad y cronicidad compleja. **Las UACC ofertan una atención centrada en la persona, integral y encaminada a prevenir la fragilidad y la dependencia**, propiciando la atención con intervenciones proactivas que eviten riesgos derivados de la hospitalización. Se encaminan a prevenir el deterioro funcional y cognitivo, a través de un modelo de gestión de casos y planificación anticipada del alta, que active la coordinación necesaria entre el hospital y la atención primaria, asegurando una adecuada transición de la persona a su entorno habitual.
- > **Las familias con niños/as con enfermedad crónica** sufren un gran **impacto económico, social y de salud mental**, como consecuencia de la enfermedad. Se estima que, en los países desarrollados, los niños y niñas con patología crónica compleja representan un 0,67-5% de la población pediátrica, requiriendo una elevada atención, tanto hospitalaria como de atención primaria y de servicios no sanitarios^{90,91,92,93,94}.



Es necesario implantar un instrumento que sea capaz de identificar los casos más complejos para adecuar las intervenciones. Se precisa lograr una mayor integración y coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales, fundamentalmente en el paso de la atención desde la edad pediátrica a la adulta, así como tras el ingreso hospitalario, con el objetivo de ser más eficientes y proporcionar una atención continuada, integral y proactiva, que tenga el domicilio como centro cardinal de la atención.

- > En un modelo de atención centrada en la persona, alineado con la **atención basada en el valor**, es clave empoderar a las personas con enfermedades crónicas, para que sean ellas quienes informen de los resultados que más les importan. A la vez, es necesario sensibilizar al conjunto de profesionales sobre lo que perciben o sienten las personas usuarias, haciéndoles partícipes de la metodología con la que se identificarán los aspectos que aportan valor a cada paciente. Existen dos elementos que deben introducirse de forma generalizada en todos los procesos crónicos: las medidas de resultados informados por pacientes (PROM), relativas a problemas que repercuten en su calidad de vida y de los cuales informan directamente las personas atendidas; y las medidas de experiencias informadas por pacientes (PREM), relativas a la experiencia que tienen durante todo el ciclo de atención (primaria, hospitalaria y social).
- > El **cambio climático** influye también en la salud de las personas. Los extremos térmicos contribuyen directamente a las defunciones por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, a enfermedades neurodegenerativas y muchas otras variables sanitarias. Es, por ello, prioritario tratar de reducir el impacto sobre la salud de la población de las temperaturas de calor extremas, especialmente en los grupos de riesgo o más vulnerables, entre los que se encuentran las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas y crónicas complejas.



1. ANÁLISIS DAFO

Para afrontar las necesidades identificadas en la atención a las personas con enfermedades crónicas, es necesario realizar un análisis de las **debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades** (análisis DAFO), que oriente la definición de las líneas de trabajo estratégicas que permitan afrontar las amenazas identificadas, corregir las debilidades, potenciar las fortalezas detectadas y aprovechar las oportunidades en la atención a la cronicidad en el SSPA.

A continuación, se recogen los resultados del análisis DAFO realizado, con el que se concluye el análisis de situación del nuevo Plan. La matriz DAFO que se presenta en este documento se nutre de la revisión de la literatura y de las fuentes de información disponibles, así como de las reflexiones y conclusiones aportadas por las sociedades científicas, asociaciones de pacientes y profesionales del sistema sanitario.



Fortalezas

- > Interés institucional y valoración positiva de la sanidad por parte de la ciudadanía.
- > Importante experiencia en Andalucía. Cuerpo teórico sólido y experiencias locales de éxito.
- > Universalidad de la atención sanitaria en Andalucía, accesible en todo el territorio.
- > Diversidad de infraestructuras y recursos, que permiten garantizar la atención sanitaria en toda la geografía andaluza.
- > Apuesta por la atención integrada, centrada en la persona, con equipos multidisciplinarios cercanos a pacientes y familiares que tienen en cuenta sus necesidades, expectativas y valores.
- > Cultura de trabajo por procesos asistenciales y planes de mejora, con multidisciplinariedad de los equipos y experiencias colaborativas muy positivas.
- > Profesionales con alta formación, competencias y capacidad de adaptación, con motivación e implicación en la atención a la cronicidad.
- > Nuevos roles profesionales emergentes.
- > Desarrollo de los sistemas de información y de herramientas digitales para la continuidad asistencial y la monitorización de pacientes. Historia Clínica Digital y la Base Poblacional de Salud, accesibles al conjunto de profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Debilidades

- > Fragmentación de la atención sanitaria, con escasa coordinación y comunicación entre profesionales de atención primaria y hospitalaria.
- > Rigidez de los modelos organizativos actuales.
- > Déficit de coordinación con el espacio sociosanitario, dificultándose el seguimiento y la continuidad asistencial de pacientes con pluripatología o enfermedades crónicas complejas y necesidades sociales.
- > Desigualdad en la dotación de recursos humanos y materiales en el sistema sanitario.
- > Estructura interna poco eficaz, con procesos burocratizados, sobrecarga de tareas y variabilidad en la práctica clínica y en la capacidad de respuesta.
- > Sobrecarga de la atención primaria y abordaje poco preventivo de la enfermedad.
- > Falta de unidades intermedias para la atención a la cronicidad, con equipos multidisciplinarios, que faciliten la continuidad asistencial y la innovación en los cuidados.
- > Deterioro de la motivación profesional y del trabajo en equipo, en un contexto de sobrecarga asistencial, alta rotación de profesionales e inestabilidad laboral.
- > Dificultad para identificar colectivos vulnerables. Insuficiencia y falta de calidad de los registros.



Oportunidades

- > Conciencia social sobre las enfermedades crónicas y la importancia de los hábitos saludables.
- > Valoración en alza del sistema sanitario público y de la labor de sus profesionales, por su labor durante la pandemia.
- > Auge de la alfabetización digital y desarrollo tecnológico. Uso de e-Health, Teleasistencia y Big Data como soportes en la atención a la cronicidad.
- > Medios de comunicación y redes sociales para difundir mensajes de promoción de la salud y de sensibilización.
- > Recursos comunitarios y tejido asociativo.
- > Red de atención social y residencial, como recurso para mejorar la atención a la cronicidad y plantear nuevas alternativas en su abordaje.
- > Experiencia dejada por la pandemia y pospandemia para cambiar el modelo organizativo e innovar en la prestación de servicios sanitarios.

Amenazas

- > Desigualdades sociales e inequidad.
- > Envejecimiento poblacional e incremento de las patologías crónicas complejas.
- > Insuficiencia de recursos sociales para abordar la dependencia.
- > Déficit de soporte familiar. Soledad de las y los pacientes.
- > Falta de educación sanitaria y empoderamiento de la ciudadanía.
- > Coyuntura económica, política y social actual: restricción económica, desempleo, inestabilidad política, visión cortoplacista de la sanidad, conflicto bélico internacional, etc.
- > Riesgo de claudicación familiar o insuficiencia del soporte sociofamiliar en pacientes con pluripatología o enfermedades crónicas complejas. Insuficiente apoyo emocional a pacientes-familiares y de atención a la soledad.



2. RETOS ACTUALES DE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN ANDALUCÍA

Como fruto del análisis de situación y de las necesidades y expectativas expresadas por los diferentes colectivos, se han identificado más de 100 retos de la atención a la cronicidad en Andalucía. Se han aunado las aportaciones realizadas y se han integrado en **15 RETOS** que pueden responderse a través de un Plan de atención a la cronicidad dinámico, pragmático, resiliente y eficiente.

1. Fomentar la **promoción de salud, el autocuidado y la participación de las personas**, sus familias y las comunidades en las que viven, para el desarrollo de una vida saludable desde la infancia.
2. Minimizar las **desigualdades en salud** por territorio geográfico y/o recursos económicos.
3. Mejorar la **calidad de vida** y la **esperanza de vida en buena salud** de las personas con enfermedades crónicas.
4. Avanzar hacia un modelo de atención a la cronicidad basado en el **valor**.
5. Identificar a las personas con enfermedades crónicas en función de su **complejidad**, independientemente de la edad, para establecer las intervenciones y recursos apropiados.



6. Desarrollar **equipos interdisciplinarios integrados** que se coordinan para dar una respuesta integral, que aportan soluciones que eviten la fragmentación y discontinuidad de la atención, evitando traslados e ingresos innecesarios al hospital y siendo la atención primaria el eje vertebrador.
7. Avanzar en el desarrollo de un modelo asistencial de atención a la cronicidad y la cronicidad compleja basado en el desarrollo de **planes personalizados de acción** y un **seguimiento proactivo** de las personas con enfermedades crónicas.
8. Posibilitar **hospitales** más **centrados en** las necesidades de **las personas** con multimorbilidad y cronicidad compleja.
9. Reducir la **variabilidad clínica**, implementando procesos asistenciales y vías clínicas adaptándolos al contexto local, priorizando los procesos más prevalentes y con mayor consumo de recursos
10. Desarrollar **sistemas predictivos** basados en el *big data*, que mejoren los itinerarios personalizados y la coordinación entre ámbitos asistenciales y generen sistemas de alertas adelantándose a la agudización para evitar complicaciones y mejorar la eficiencia.



11. Establecer los mecanismos necesarios para una **coordinación sociosanitaria** efectiva que garantice la continuidad asistencial a los centros residenciales y al domicilio.
12. Potenciar al máximo la **capacidad de resolución** de todos los perfiles profesionales, aportando las herramientas y automatizando los procesos a través de la historia única digital, disminuyendo los actos de escaso valor y la presión asistencial.
13. Operativizar la implantación del Plan desde la **innovación docente**, contemplando la formación de profesionales y la educación sanitaria de la ciudadanía, y generando innovación e investigación que ayude en la mejora de las respuestas y de los resultados.
14. Avanzar en el desarrollo de cuadros de mando con indicadores que visibilicen los **resultados en salud**, incluyendo los resultados y la experiencia reportada por pacientes (PROM y PREM).
15. Permitir el avance de las **TIC** para que faciliten la comunicación y la obtención de los mejores resultados, con acceso digital generalizado a los servicios por las personas con enfermedades crónicas y sus familias, el conjunto de profesionales y los sistemas sanitarios.



OBJETIVO GENERAL



OBJETIVO GENERAL

El Objetivo General del nuevo Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad es

→ Prevenir las enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida de las personas con estas patologías, mediante una nueva organización de la asistencia sanitaria que promueva la personalización de la atención basada en el valor y la adecuación de los recursos a las necesidades y expectativas de cada persona, garantizando la equidad en salud, la eficiencia y la calidad de la atención.

La consecución de este objetivo se enmarca en cinco Líneas Estratégicas, cada una de las cuales se despliegan en un conjunto de Objetivos Específicos (OE) y Acciones del Plan.



**LÍNEAS ESTRATÉGICAS,
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Y ACCIONES**



La consecución del Objetivo General del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad se enmarca en cinco **Líneas Estratégicas**, cada una de las cuales se despliegan en un conjunto de **Objetivos Específicos** (OE) y **Acciones** del Plan.

FIGURA 73. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN ANDALUZ DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD, 2024-2030





LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Aprender a cuidarnos para vivir más años con buena salud desde la infancia

Esta línea estratégica pretende fomentar la salud desde la infancia, a través de la promoción de hábitos saludables y la acción comunitaria. Se implementarán diversas acciones para lograrlo, como la identificación de recursos y activos comunitarios para la salud, la incorporación de la Enfermería Especialista en Salud Familiar, el desarrollo de una red de trabajo para las estrategias de promoción de la vida saludable y salud comunitaria, el fomento de la educación terapéutica y de intervenciones de promoción de la salud dirigidas a la población pediátrica. Se espera que estas acciones mejoren el liderazgo de la atención primaria en la promoción y la acción comunitaria para generar salud, la promoción de una educación terapéutica efectiva y la especial consideración de la infancia y adolescencia en los programas de salud.

OE	Acciones	Indicadores
OE 1.1. LIDERAR DESDE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA LA PROMOCIÓN Y LA ACCIÓN COMUNITARIA PARA GENERAR SALUD		
OE 1.1	<p>1 ▶ Generación y mantenimiento, desde cada unidad, de un listado de recursos principales y activos comunitarios para la salud disponibles que puedan ser útiles para toda la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de mapas de activos en el entorno de los centros de salud para contar con activos registrados en el Mapa de Activos para la Salud de Andalucía (SÍ/NO). ● Porcentaje de personas con enfermedades crónicas a las que se les recomienda activos comunitarios.
	<p>2 ▶ Incorporación del perfil de Enfermería Especialista en Salud Familiar para fortalecer, junto al resto de profesionales de atención primaria, la puesta en marcha del plan de acción local en salud/guía de acción comunitaria, incorporando y priorizando las intervenciones de promoción de la salud con la comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un documento técnico consensuado que defina las funciones de la Enfermería Especialista en Salud Familiar en la promoción de la salud con la comunidad (SÍ/NO). ● Elaboración de un informe de prioridades detectadas e intervenciones propuestas (SÍ/NO).



OE	Acciones	Indicadores
OE 1.1	<p>3 ▶ Implantación de una dinámica de trabajo en red con los centros de salud, para el desarrollo local de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía, así como de la futura Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria, coordinado por los perfiles técnicos de promoción de la salud y participación comunitaria ubicados a nivel de cada Distrito-Área Sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un documento técnico consensuado (SÍ/NO). ● Número de Unidades de Gestión Clínica participantes en la dinámica de trabajo en red.
OE 1.2. PROMOVER UNA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EFECTIVA COMO COMPETENCIA ESENCIAL PARA MEJORAR LA GESTIÓN EFICAZ DE LA PROPIA SALUD		
OE 1.2	<p>4 ▶ Desarrollo de intervenciones con metodología grupal en educación terapéutica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Tasa de consultas de intervención grupal en educación terapéutica a personas con enfermedades crónicas.
	<p>5 ▶ Colaboración con escuelas de salud dirigidas a la ciudadanía y pacientes, para mejorar el afrontamiento y la vivencia de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Resultados de encuestas de satisfacción realizadas ad hoc. ● Elaboración de una memoria de contenidos formativos aportados (SÍ/NO). ● Elaboración de una memoria de actividades formativas realizadas (SÍ/NO).
	<p>6 ▶ Colaboración, junto con la Estrategia de Cuidados y la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable, en el diseño de un protocolo centralizado para el desarrollo de intervenciones proactivas, que permitan que este grupo de población mejore sus hábitos y autocuidados orientados a mejorar los resultados en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un documento técnico consensuado (SÍ/NO). ● Porcentaje de personas con enfermedades crónicas a las que se le prescribe ejercicio físico y/o recomendación dietética.



OE	Acciones	Indicadores
OE 1.3. FOMENTAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LA INFANCIA		
OE 1.3	<p>7 ▶ Impulso de la enfermera o enfermero referente de centros educativos que, junto al resto del equipo de atención primaria, desarrolla acciones de promoción de la salud en la infancia, dando visibilidad a su labor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración y difusión de documentación acerca de funciones y competencias de las enfermeras referentes de centros educativos a los equipos de atención primaria (SÍ/NO). ● Elaboración de un protocolo de comunicación entre enfermeras referentes de centros educativos y equipos de atención primaria (SÍ/NO).
	<p>8 ▶ Fomento del desarrollo de intervenciones de promoción de salud y prevención de riesgos, dirigida a la población infantil y adolescente, basadas en los programas de salud implantados en el sistema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un informe de análisis de situación y necesidades de la población infantil y adolescente (SÍ/NO). ● Elaboración de un listado de intervenciones dirigidas según necesidades detectadas (SÍ/NO). ● Porcentaje de población infantil y adolescente beneficiaria de acciones de promoción y prevención de la salud.



LÍNEA ESTRATÉGICA 2

Un modelo de cronicidad que cuenta con las personas y se basa en el valor

Esta línea estratégica pretende mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas a través de un enfoque centrado en las personas y basado en el valor. Se impulsarán diversas acciones para lograr este objetivo, como la identificación y estratificación de pacientes, el desarrollo de sistemas de alertas, la implantación de guías de práctica clínica y la adaptación de procedimientos de atención compartida, la coordinación desde atención primaria de la atención a la cronicidad o el desarrollo de modelos de cuidado con estrategias líquidas para pacientes en edad pediátrica con enfermedades crónicas. Se espera que estas acciones mejoren la organización de los recursos disponibles para un abordaje integral de la cronicidad en la infancia y en la edad adulta.

OE	Acciones	Indicadores
OE 2.1. IDENTIFICAR A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y AGRUPARLAS POR PERFILES DE PACIENTES CON NECESIDADES HOMOGÉNEAS		
OE 2.1	1 ➤ Establecimiento de criterios que mejoren la identificación y estratificación de personas con enfermedades crónicas manteniéndola actualizada.	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un documento técnico consensuado (SÍ/NO). ● Generación trimestral de un listado actualizado de personas con enfermedades crónicas (SÍ/NO).
	2 ➤ Desarrollo de sistemas que ayuden a generar alertas, adelantándose a la agudización.	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de protocolos de medidas biométricas estándar en la aplicación de autocuidados-autoseguimiento (SÍ/NO).
OE 2.2. DESARROLLAR LA IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES Y VÍAS CLÍNICAS A NIVEL LOCAL		
OE 2.2	3 ➤ Implantación de Guías de Práctica Clínica para la atención a personas con enfermedades crónicas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de Guías de Práctica Clínica elaboradas. ● Porcentaje de Unidades de Gestión Clínica en las que se hayan implantado las Guías de Práctica Clínica (un indicador para cada Guía).



OE	Acciones		Indicadores
OE 2.2	4	<p>Adaptación, a nivel local, de los procedimientos de atención compartida multidisciplinaria y entre niveles asistenciales, que permitan la implantación efectiva de los procesos asistenciales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de Unidades de Gestión Clínica en las que se hayan implantado, de manera efectiva, los procesos asistenciales relacionados con la cronicidad (un indicador por PAI).
<p>OE 2.3. REORGANIZAR LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA ADAPTARSE A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS CON UNA VISIÓN BIOPSICOSOCIAL</p>			
	5	<p>Ponderación de los cupos de profesionales, teniendo en cuenta su carga de morbilidad y otros determinantes sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de un documento técnico consensado sobre criterios de ponderación de morbilidad y otros determinantes sociales (SÍ/NO). Porcentaje de cupos de profesionales adaptados a morbilidad y determinantes sociales establecidos.
OE 2.3	6	<p>Fomentar la colaboración y comunicación efectiva entre los miembros del equipo, para un abordaje integral de la cronicidad y una respuesta más eficiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de circuitos de comunicación entre los miembros del equipo implicado en la atención a personas con enfermedades crónicas (SÍ/NO). Porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas con registro, en su historia de salud, de profesionales implicados en su atención.
	7	<p>Coordinación, desde atención primaria, de la atención a las personas con enfermedades crónicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de circuitos de flujo de pacientes desde atención primaria (SÍ/NO).



OE	Acciones	Indicadores
OE 2.4. ABORDAR LA CRONICIDAD DE FORMA INTEGRAL Y ADAPTADA A LA INFANCIA		
OE 2.4	<p>8 ▶ Diseño de un modelo de cuidados con estrategias líquidas que vinculen unidades hospitalarias, atención primaria y entornos escolares para permitir una estrategia de cuidados segura para pacientes en edad pediátrica con enfermedades crónicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración consensuada de una propuesta de modelo de cuidados para pacientes en edad pediátrica con enfermedades crónicas (SÍ/NO).
	<p>9 ▶ Desarrollo de un plan de cuidados psicoemocionales para los hermanos y hermanas de pacientes en edad pediátrica con enfermedades crónicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de pacientes en edad pediátrica con enfermedades crónicas con planes de cuidados personalizados para sus hermanos y hermanas.
	<p>10 ▶ Desarrollo de acciones formativas para personas cuidadoras de población pediátrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un plan anual de formación para personas cuidadoras de población pediátrica (SÍ/NO).
	<p>11 ▶ Desarrollo de herramientas que permitan la identificación de las personas que cuidan a pacientes en edad pediátrica con enfermedades crónicas y la puesta en marcha de modelos de respuesta que aseguren el cuidado a través de estructuras sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de pacientes en edad pediátrica con enfermedades crónicas con registro de la persona cuidadora principal en su historia de salud. ● Elaboración de una hoja de seguimiento que evalúe el cuidado (SÍ/NO).
	<p>12 ▶ Desarrollo de procesos de transición de unidades pediátricas a unidades de personas adultas a través de una adecuada coordinación, que permita la continuidad en la atención durante la adolescencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un protocolo para la transición de unidades pediátricas a unidades de personas adultas a través de las enfermeras gestora de casos, presentando la historia médica del niño o niña (SÍ/NO).
	<p>13 ▶ Potenciar la figura de enfermería especialista en pediatría.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de una propuesta consensuada de funciones de enfermería infanto-juvenil y pediátrica en los procesos de cronicidad (SÍ/NO).



LÍNEA ESTRATÉGICA 3

Conociendo los problemas y necesidades de las personas en situación de cronicidad compleja podremos intervenir de forma anticipada

Esta línea estratégica pretende mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas complejas mediante un enfoque proactivo y personalizado. Se implementarán diversas acciones para lograrlo, como la identificación y priorización de pacientes en edades adulta y pediátrica, la atención domiciliaria, la creación de unidades especializadas, la adecuación del tratamiento farmacológico, la atención integral en residencias, la coordinación socio-sanitaria y el apoyo a las personas que cuidan. Se espera que estas acciones mejoren la calidad de vida de las personas, fortalezcan el sistema de atención a la cronicidad compleja y faciliten la coordinación entre los agentes implicados.

OE	Acciones		Indicadores
OE 3.1. AVANZAR EN EL SEGUIMIENTO PROACTIVO DE LAS PERSONAS CON CRONICIDAD COMPLEJA			
OE 3.1	1	Definición de criterios homogéneos para la identificación y priorización de pacientes con cronicidad compleja.	Elaboración de un documento técnico consensuado (SÍ/NO).
	2	Reorientación e impulso del programa de atención domiciliaria.	Tasa de visitas domiciliarias a pacientes con cronicidad compleja (por perfil profesional).
OE 3.2. POSIBILITAR ESPACIOS SANITARIOS QUE ABORDEN LA COMPLEJIDAD DE FORMA INTEGRAL			
OE 3.2	3	Establecimiento de circuitos de atención preferente en los centros asistenciales que den prioridad a las personas con cronicidad compleja y sus familiares, incluyendo la atención en los servicios de urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de centros de atención primaria con circuito preferente. Porcentaje de servicios de urgencias (de primaria y hospitalaria) con circuito preferente.



OE	Acciones	Indicadores
OE 3.2	<p>4 ▶ Puesta en marcha de Unidades de Continuidad Asistencial (UCA) en el ámbito hospitalario que favorezcan la coordinación con la atención primaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de UCA en funcionamiento. ● Elaboración de un documento técnico consensado que defina composición y funcionamiento de las UCA (SÍ/NO).
	<p>5 ▶ Puesta en marcha de Unidades de Alta Complejidad de Cuidados (UACC).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de UACC en funcionamiento. ● Elaboración de un documento técnico consensado que defina composición y funcionamiento de las UACC (SÍ/NO).
OE 3.3. AFRONTAR LA CRONICIDAD COMPLEJA DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA		
OE 3.3	<p>6 ▶ Definición de criterios homogéneos para la identificación y priorización de pacientes en edad pediátrica con cronicidad compleja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un documento técnico consensado (SÍ/NO).
	<p>7 ▶ Consolidación de la visita domiciliaria pediátrica desde atención primaria, así como la hospitalización a domicilio adaptada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Tasa de visitas domiciliarias a pacientes en edad pediátrica con cronicidad compleja (por perfil profesional). ● Tasa de hospitalizaciones a domicilio de pacientes en edad pediátrica con cronicidad compleja. ● Razón de hospitalizaciones a domicilio respecto a ingresos en el hospital de pacientes en edad pediátrica complejos.
OE 3.4. DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: ADECUACIÓN/CONCILIACIÓN DE PRESCRIPCIÓN		
OE 3.4	<p>8 ▶ Incorporación, en los planes de cuidados personalizados, de la conciliación de la medicación y la adecuación del tratamiento en personas polimedicadas con cronicidad compleja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de planes de cuidados personalizados, para personas polimedicadas con cronicidad compleja, con conciliación de medicación. ● Elaboración de un documento técnico consensado del circuito de comunicación y/o teleconsulta con la unidad de farmacia de atención primaria (SÍ/NO).



OE	Acciones	Indicadores
OE 3.4	<p>9 ▶ Potenciación del seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico en consulta de enfermería para el seguimiento de personas con enfermedades crónicas complejas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas complejas con, al menos, una consulta de enfermería con seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico. ● Porcentaje de consultas de enfermería de pacientes con enfermedades crónicas complejas en las que se haya realizado seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico.
OE 3.5. ATENCIÓN INTEGRAL EN RESIDENCIAS		
OE 3.5	<p>10 ▶ Diseño de los modelos organizativos y procesos de atención necesarios para establecer un marco común en la atención a la cronicidad compleja en el ámbito residencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de documentos técnicos consensuados (SÍ/NO).
	<p>11 ▶ Colaborar en el desarrollo de Unidades de Residencias multidisciplinarias, que contribuyan a la mejora de la calidad de la atención y la seguridad clínica en los centros residenciales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de Unidades de Residencias en funcionamiento.
OE 3.6. FOMENTAR LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EFICAZ		
OE 3.6	<p>12 ▶ Participación en las comisiones locales sociosanitarias de las direcciones de centro y profesionales de referencia, para mejorar el apoyo al cuidado y a necesidades de carácter social de las personas con enfermedades crónicas complejas que son atendidas en su domicilio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de comisiones locales sociosanitarias con participación de direcciones de centros. ● Porcentaje de comisiones locales sociosanitarias con participación de profesionales de referencia (por perfil profesional).



OE	Acciones		Indicadores
OE 3.6	13	Desarrollo de un plan de intervención para personas con cronicidad compleja en situaciones de soledad no deseada, o que vivan solas sin apoyo al cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un plan de intervención consensuado (SÍ/NO).
OE 3.7. MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN			
OE 3.7	14	Realización de talleres de ayuda mutua para personas cuidadoras, que incorporen el enfoque de recuperación del proyecto vital de la persona.	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de talleres de ayuda mutua realizados para personas cuidadoras. ● Número de personas cuidadoras participantes en talleres de ayuda mutua.
	15	Impulso de estructuras orientadas a la formación de las personas que cuidan.	<ul style="list-style-type: none"> ● Puesta en marcha de estructuras de formación para personas que cuidan (SÍ/NO).
OE 3.8. REDUCIR EL IMPACTO DE LOS EFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS			
OE 3.8	16	Incluir a las personas con enfermedades crónicas complejas priorizadas en el Plan Andaluz de Prevención contra los Efectos de las Temperaturas Excesivas sobre la Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ● Incorporación de las personas con enfermedades crónicas complejas priorizadas como pacientes frágiles del Plan Andaluz de Prevención contra los Efectos de Temperaturas Excesivas sobre la Salud (SÍ/NO) ● Porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas complejas priorizadas a las que se les ha hecho una valoración de riesgo de exposición a altas temperaturas.



LÍNEA ESTRATÉGICA 4

¿Cómo mejoramos los resultados en salud? Innovación, investigación y transferencia del conocimiento

Esta línea estratégica pretende mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas a través de la investigación, la innovación y la transferencia del conocimiento. Se implementarán diversas acciones para lograrlo, como facilitar la participación de profesionales en proyectos de investigación, impulsar la investigación en red, premiar la investigación y la innovación en la atención a la cronicidad, difundir resultados clave de la investigación, fomentar la colaboración interdisciplinar, fomentar la participación en proyectos internacionales, diseñar un plan de formación anual y desarrollar una versión web del Plan. Se espera que estas acciones mejoren la generación y transferencia del conocimiento, y potencien el desarrollo competencial de los profesionales.

OE	Acciones	Indicadores
OE 4.1. IMPULSAR LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD		
OE 4.1	1 ▶ Desarrollo de mecanismos concretos que faciliten la participación de profesionales en proyectos de investigación e innovación.	<ul style="list-style-type: none"> ● Puesta en marcha de mecanismos para facilitar la participación en investigación e innovación (SÍ/NO). ● Número de profesionales que participan en proyectos de investigación e innovación en la atención a la cronicidad (por perfiles).
	2 ▶ Impulso de la investigación en red para mejorar la atención a la cronicidad en Andalucía.	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje de proyectos de investigación sobre cronicidad en los que participen profesionales del SSPA de distintos centros o distintas instituciones (por entidad financiadora).
	3 ▶ Creación de un "Premio de investigación e innovación" como reconocimiento a proyectos o buenas prácticas en relación con la atención a la cronicidad en Andalucía.	<ul style="list-style-type: none"> ● Creación del "Premio de investigación e innovación" (SÍ/NO).



OE	Acciones	Indicadores
OE 4.2. TRANSFERIR LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y EVIDENCIAS DISPONIBLES PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA		
OE 4.2	<p>4 ▶ Establecimiento de mecanismos para identificar y difundir resultados clave de la investigación y de las evidencias relevantes disponibles en la atención a personas con enfermedades crónicas, aprovechando el entorno clínico como fuente de generación de ideas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mecanismos puestos en marcha (SÍ/NO, listar).
	<p>5 ▶ Fomento de la colaboración interdisciplinar entre investigadores y profesionales para facilitar la aplicación práctica de los resultados obtenidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Creación de Espacios de Encuentro Interdisciplinarios (SÍ/NO). ● Porcentaje de proyectos de investigación sobre cronicidad en Andalucía en los que participen profesionales del ámbito sanitario y académico. ● Número de publicaciones sobre cronicidad en los que participen profesionales de Andalucía del ámbito sanitario y académico.
	<p>6 ▶ Fomento de la participación en proyectos internacionales relacionados con la atención a la cronicidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de una memoria de proyectos internacionales que lidera o en los que participa Andalucía (SÍ/NO).



OE	Acciones	Indicadores
OE 4.3. POTENCIAR EL DESARROLLO COMPETENCIAL DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO		
OE 4.3	<p>7 ▶ Diseño de un plan de formación anual del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad para la mejora competencial de los perfiles profesionales implicados en la atención a la cronicidad que sensibilicen a cargos intermedios y profesionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un Plan de Formación anual en colaboración con OPIMEC (SÍ/NO). ● Número de actividades realizadas en el marco del Plan de Formación. ● Número de participantes en el Plan de Formación anual (por perfiles).
	<p>8 ▶ Desarrollo de una versión web del Plan que permita la transferencia efectiva de conocimiento actuando como un recurso centralizado para mejorar la accesibilidad, la difusión y la monitorización de acciones impulsadas por el Plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Creación de la versión Web del Plan (SÍ/NO).



LÍNEA ESTRATÉGICA 5

La salud digital al servicio de las personas

Esta línea estratégica pretende mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas mediante la implementación de herramientas digitales. Se impulsarán diversas acciones para lograrlo, como la creación de un cuadro de mando con indicadores sociales y de resultados en salud, la protocolización en el uso de la telemedicina, la incorporación de herramientas de ayuda a la toma de decisiones en la historia clínica electrónica, la integración de datos de salud y/o biomédicos registrados por pacientes, el fomento del autocuidado a través de tecnologías móviles y la incorporación de encuestas de calidad. Se espera que estas acciones mejoren los sistemas de información en el contexto de la atención de la cronicidad, la eficiencia del sistema sanitario y la satisfacción de las personas.

OE	Acciones	Indicadores
OE 5.1. MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN COMO APOYO A LA GESTIÓN CLÍNICA Y LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS EN SALUD MEDIBLES EN EL CONTEXTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS		
OE 5.1	1 ▶ Diseño e implementación de un cuadro de mando con análisis interniveles y con indicadores de gestión clínica y de medición de resultados en salud accesible para cualquier profesional incorporando indicadores sociales.	<ul style="list-style-type: none"> ● Creación de un cuadro de mando vinculado a la atención a la cronicidad (SÍ/NO).
	2 ▶ Desarrollo y monitorización de indicadores que visibilicen los resultados en salud, incluyendo la experiencia reportada por el/la paciente (PROMs y PREM)s.	<ul style="list-style-type: none"> ● Definición de indicadores de resultados en salud (SÍ/NO). ● Porcentaje de Unidades de Gestión Clínica que monitoricen indicadores de resultados en salud.



OE	Acciones	Indicadores
OE 5.2. AVANZAR EN EL USO DE LA TELEMEDICINA EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS		
OE 5.2	<p>3 ▶ Impulso y protocolización conjunta de la teleconsulta, así como otros canales de asistencia no presenciales, entre profesionales de distintos ámbitos y entre profesionales y personas usuarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un protocolo consensuado de teleconsulta entre atención primaria y hospitalaria (SÍ/NO). ● Elaboración de un protocolo consensuado de teleconsulta entre profesionales y personas (SÍ/NO). ● Porcentaje de Unidades de Gestión Clínica con implantación de teleconsulta entre atención primaria y hospitalaria para la atención a pacientes con enfermedades crónicas (diferenciando entre teleconsulta-aplicación y teleconsulta telefónica). ● Porcentaje de Unidades de Gestión Clínica con implantación de teleconsulta telefónica entre profesionales y personas usuarias. ● Resultados de encuestas de satisfacción realizadas ad hoc.
	<p>4 ▶ Promoción de la coordinación sanitaria, social y comunitaria con el apoyo de las tecnologías de la información y comunicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Creación de un canal de comunicación sanitaria y social (SÍ/NO). ● Número de municipios con canal de comunicación sanitaria y social.



OE	Acciones	Indicadores
<p>OE 5.3. INCORPORAR EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA HERRAMIENTAS DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA QUE DISMINUYAN LA VARIABILIDAD CLÍNICA NO JUSTIFICADA</p>		
<p>OE 5.3</p>	<p>5 ▶ Incorporación de herramientas de ayuda a la toma de decisiones para apoyar a los profesionales en su actividad asistencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración consensuada de un listado de herramientas que puedan ayudar al profesional a la toma de decisiones (SÍ/NO). ● Incorporación de herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas a los sistemas de información asistenciales (SÍ/NO).
	<p>6 ▶ Desarrollo e implementación de una herramienta que dé acceso a bibliografía científica relevante, que permita la actualización de la evidencia y que pueda ser compartida por los perfiles profesionales que participan en el seguimiento y toma de decisiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollo e implementación de una herramienta de acceso a bibliografía científica relevante (SÍ/NO).
	<p>7 ▶ Desarrollo de la historia clínica de urgencias para poder utilizarla en atención domiciliaria y residencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Incorporación de la historia clínica de urgencias (SÍ/NO).



OE	Acciones	Indicadores
<p>OE 5.4. INCORPORAR LOS DATOS REGISTRADOS POR LOS PACIENTES A LA HISTORIA CLÍNICA PARA QUE ESTÉN DISPONIBLES PARA LA TOMA DE DECISIONES DE LOS PROFESIONALES</p>		
<p>OE 5.4</p>	<p>8 ▶ Incorporación al portal del paciente de la funcionalidad de registro de datos de salud y/o biométricos por parte de la persona y su integración con la historia clínica electrónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollo, dentro de los portales de pacientes del SAS, de las funcionalidades que les permitan registrar datos biométricos y/o formularios de autoseguimiento (SÍ/NO).
	<p>9 ▶ Potenciación del uso de nuevas tecnologías y aplicaciones móviles para mejorar el autocuidado y la autogestión de la enfermedad, así como la comunicación no presencial con profesionales de referencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Incorporación en la web del plan instructivos para mejorar el autocuidado (SÍ/NO).
	<p>10 ▶ Incorporación de resultados de encuestas de calidad y percepción sobre los servicios sanitarios recibidos que permitan la auditoría del acto sanitario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de encuestas de calidad (SÍ/NO). ● Porcentaje de Unidades de Gestión Clínica que incorporan encuestas de calidad. ● Porcentaje de Unidades de Gestión Clínica con resultados positivos en las encuestas de calidad.



**SEGUIMIENTO
Y EVALUACIÓN**

Para la correcta transparencia y rendición de cuentas del Plan, es necesario contar con un sistema de seguimiento y evaluación:

- > El propósito del seguimiento es verificar que las acciones se ejecutan conforme a lo planificado y que los indicadores evolucionan en la dirección establecida y deseada. Con ello, se pretende aprender de la experiencia para mejorar la ejecución del Plan en las siguientes etapas.
- > Con la evaluación del Plan se valorará la consecución de los objetivos planteados en cada línea estratégica y los resultados obtenidos.

Ambos procesos son complementarios, ya que el seguimiento aporta la información básica para la evaluación, y la evaluación permite identificar si es necesario mejorar las acciones previstas para lograr los objetivos, revisar la selección de indicadores o adaptar otras herramientas en el proceso de seguimiento, en un proceso continuado de adecuación y control.

Periodicidad

En el seguimiento y evaluación del Plan se emitirán distintos informes, acordes con los momentos del proceso:

- > **Informes anuales de seguimiento**, en los que se analizará el grado de avance de cada una de las líneas estratégicas.
- > **Informes de evaluación intermedia**, en los que se valorará el grado de avance de la ejecución del Plan, los recursos aplicados y los resultados intermedios que se van alcanzando. Con ello, se tomará el pulso a la implementación efectiva del Plan y, si fuera necesario, se impulsarán los cambios necesarios corregir los objetivos, acciones o indicadores en los que hubiera detectado una desviación.
- > **Informe de evaluación final**, que se realizará una vez finalizado el período completo de ejecución del Plan (2025-2028). Su propósito principal es la rendición de cuentas y la obtención de conclusiones para reformular un nuevo plan de atención a la cronicidad de Andalucía que responda a los retos de periodos futuros.

Sistema de seguimiento y evaluación

El Comité Director del Plan designará una Comisión responsable del seguimiento y evaluación del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad, con carácter de grupo de trabajo y con la participación de los diferentes agentes implicados.

Esta Comisión tendrá las siguientes funciones:

- > Establecimiento de los mecanismos de seguimiento y evaluación del Plan.
- > Recopilación, tratamiento y análisis de la información relativa al sistema de indicadores.
- > Recopilación, tratamiento y análisis de la información de la organización que fuera necesaria para la evaluación de la implementación del Plan.

- > Propuesta, al Comité Director, de las modificaciones y mejoras a incorporar en las actuaciones previstas en el Plan.
- > Elaboración de los informes anuales de seguimiento y de los informes de evaluación intermedia.
- > Elaboración del informe de evaluación final.

Herramientas

Durante la puesta en marcha del Plan se diseñarán y pondrán en funcionamiento:

- > **Instrumentos y mecanismos efectivos** que garanticen la comunicación entre los diferentes agentes implicados en el desarrollo del Plan.
- > **Sistemas que garanticen la recogida de información** para el seguimiento del Plan, procurando que el mayor número de ellos sea de forma informatizada y automática. La recogida, tratamiento y análisis de la información se realizarán integrando la perspectiva de género, con el propósito de abordar las eventuales desigualdades que pudieran observarse.
- > **Espacios estables de encuentro** entre los agentes involucrados en la atención a las personas con enfermedades crónicas.

Sistema de indicadores

En el presente Plan, se recogen los indicadores de ejecución vinculados a las acciones propuestas para la consecución de los objetivos definidos en cada una de las líneas estratégicas. Dichos indicadores se construirán, en su caso, con enfoque de género, a fin de identificar y evaluar posibles desigualdades. A estos indicadores podrán sumarse otros indicadores de contexto y de impacto que defina la Comisión de seguimiento y evaluación del Plan.





Siglas y acrónimos

AGP: Alianza General de Pacientes

AROE: At Risk Of Poverty and/or Exclusion

ASANEC: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

ASENHOA: Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía

AVAC: Año de Vida Ajustado por Calidad

BPS: Base Poblacional de Salud

DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades

EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública

EDADES: Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España

EGC: Enfermeras Gestoras de Casos

EIR: Enfermero Interno Residente

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

EPSA: Escuelas Promotoras de Salud

ERACIS: Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social. Intervención en Zonas Desfavorecidas

Eurostat: Oficina Europea de Estadística

GMA: Grupos de Morbilidad Ajustados

GRUSE: Grupos Socioeducativos en Atención Primaria

HBSC: Health Behaviour in School-aged Children

HHVS: Programa para la Innovación Educativa, Hábitos de Vida Saludable

ICPFA: Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía

IECA: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

INE: Instituto Nacional de Estadística

NHLBI: National Heart, Lung and Blood Institute

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OE: Objetivo Específico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPIMEC: Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAAIPEC: Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas

PAI: Proceso Asistencial Integrado

PAI-APP: Proceso Asistencial Integrado Atención a Pacientes Pluripatológicos

PAP: Plan de Acción Personalizado

PARAC: Proyecto de Apoyo a la Revitalización de la Atención Primaria – Activos para la Salud Comunitaria



PaRIS: Patient-Reported Indicators Surveys

PedCom®: Escala para la identificación del paciente pediátrico crónico complejo

PIB: Producto Interior Bruto

POP: Plataforma de Organizaciones de Pacientes

PREM: Patient Reported Experience

PROM: Patient-Reported Outcome Measure

RELAS: Red de Acción Local en Salud

SADEMI: Sociedad Española de Trabajo Social y Salud; Sociedad Andaluza de Medicina Interna

SAFAP: Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Atención Primaria

SAFH: Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios

SAMFyC: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SCSP: Sistema Centralizado de Seguimiento Proactivo

SEMergen: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

SEMG Andalucía: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia - Andalucía

SEPCA: Sociedad de Especialistas en Psicología Clínica del Sistema Sanitario Público de Andalucía

SNS: Sistema Nacional de Salud

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía

TRIC: Tecnologías de la Relación, la Información y la Comunicación

UACC: Unidades de Alta Complejidad de Cuidados

UBE: Unidad de Bebida Estándar

UCA: Unidades de Continuidad Asistencial



Bibliografía

Marco normativo

- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, número 311, (29 de diciembre de 1978).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102, (29 de abril de 1986).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, número 128, (29 de mayo de 2003).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, número 299, (15 de diciembre de 2006).
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, número 240, (5 de octubre de 2011).
- Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 247, (18 de diciembre de 2007).
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Boletín Oficial del Estado, número 185, (4 de agosto de 1998).
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. Boletín Oficial del Estado, número 68, (20 de marzo de 2007).
- Decreto 48/2006, de 1 de marzo, de ampliación y adaptación de medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 42, (3 de marzo de 2006).



Estrategias, Planes y Programas

- Atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas: Estrategia de implantación. Sevilla: Consejería de Salud; 2016. 28p.
- Atención a Pacientes Pluripatológicos: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2018. 136p.
- Atención a Pacientes Pluripatológicos: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2018. 136p.
- Carmona Calvo J, et al. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2016 [consultado 10 Feb 2024].
- CHRODIS PLUS [Internet]. European Commission Initiative; 2017-2020 [consultado 16 Feb 2024].
- CUIDARTE: Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI. Sevilla: Consejería de Salud; 2007. 50p.
- Desarrollo competencial de las enfermeras y enfermeros en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud; 2018. 24p.
- El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2015. 32p.
- En buena edad [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud [consultado 6 Mar 2024].
- Estrategia Atención Primaria. Plan Estratégico 2020-2022. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias; 2021. 22p.
- Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Sanidad; 2015. 193p.
- Estrategia de Atención a la Población con Enfermedad Crónica. Oviedo: Consejería de Sanidad; 2017.
- Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la Rioja. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2014. 84p.



- Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Valladolid: Consejería de Sanidad.2020. 96p.
- Estrategia de Atención Primaria. Plan Estratégico 2020-2022. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2021. 21p.
- Estrategia de bioética del sistema sanitario público de Andalucía: plan estratégico de calidad del sistema sanitario público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2020. 84 p.
- Estrategia de Cuidados: Nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía. Sevilla: Consejería de Salud; 2015. 113p.
- Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura. Mérida: Consejería de Sanidad y Políticas Sociales; 2017. 90p.
- Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía. 2020-2023. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo; 2023. 181p.
- Estrategia de promoción de una vida saludable en Andalucía:2024-2030. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo; 2024. 182p.
- Estrategia de Seguridad del Paciente: Plan estratégico de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2019. 123p.
- Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidad; 2018. 94p.
- Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos. Pamplona: Departamento de Salud; 2013. 282p.
- Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi. Bilbao: Departamento de Sanidad y Consumo; 2010. 71p.
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. 78p.
- Estrategia para la Atención a la Cronicidad. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2013.



- Estrategia para la Atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2014. 128 p.
- Estrategias para la renovación de la Atención Primaria. Sevilla: Consejería de Salud; 2016. 36p.
- Examen de salud para mayores de 65 años. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2008. 60p.
- Fomento del envejecimiento activo a través de soluciones digitales FEDER [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública [consultado 6 Mar 2024].
- Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE)[Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo [consultado 6 Mar 2024].
- Guía Farmacoterapéutica de Atención Primaria al día. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2022. 211p.
- III Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía [Recurso electrónico]. Sevilla: Consejería de Salud; 2010. 112 p.
- IV Plan Andaluz de Salud [Recurso electrónico]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013. 142 p.
- Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud: Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la Gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud; 2017. 44 p.
- Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Sevilla: Consejería de Salud; 2012. 122p.
- Plan de Atención a la cronicidad de Cantabria. Santander: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2015. 134p.
- Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021: El reto del sistema sanitario. Palma de Mallorca: Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2017. 74p.
- Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025. Madrid: Consejería de Sanidad; 2022. 167p.
- Plan de Calidad del SSPA [Internet]. Junta de Andalucía; [consultado 9 Feb 2024].



- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. 73p.
- Plan Estratégico para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Andalucía 2022-2028. [Recurso electrónico]. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2022. 129 p.
- Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Estrategia de humanización compartida. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2021. 80p.
- Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017. Toledo: Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM); 2015. 152p.
- Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Sevilla; Consejería de Salud y Consumo; 2022. 53p.
- Planes Integrales [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Consumo. Fecha de actualización 22/05/2023. [consultado 13 Feb 2024].
- Proceso de Atención a los pacientes crónicos complejos en Aragón. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud; 2019. 49p.
- Programa Marco de Actuaciones Conjuntas de las Direcciones Territoriales del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) para una atención socio-sanitaria integral en la ciudad de Melilla. Melilla: Área de Salud de Melilla; 2007. 11p.
- Programa para la Innovación Educativa Hábitos de Vida Saludable (HHVS) [Internet]. Sevilla: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional; Consejería de Salud y Consumo; Consejería de Agricultura, Pesca, Agua y Desarrollo Rural [consultado 6 Mar 2024].
- Proyecto CIRCE-JA: transferencia de mejores prácticas en atención primaria [Internet]. Varsovia: SCIROCCO Exchange Capacity-building for integrated care [consultado 6 marzo 2024].
- Recomendaciones sobre Hábitos Saludables en Atención Primaria: Modelo de atención para promover la actividad física y la alimentación equilibrada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2020.
- Red Local de Acción en Salud (RELAS) [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo [consultado 6 Mar 2024].
- Uso Racional del Medicamento (URM) [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [consultado 6 Mar 2024].



Referencias

1. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risk. Geneva: World Health Organization; 2009.
2. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS) [consultado 7 mar 2024].
3. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. New York: World Health Organization; 1946.
4. Berry JG, Hall M, Cohen E, O'Neill M, Feudtner C. Ways to Identify Children with Medical Complexity and the Importance of Why. *J Pediatr*. 2015 Aug;167(2):229-37. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.04.068. Epub 2015 May 28. PMID: 26028285; PMCID: PMC5164919.
5. Burns KH, Casey PH, Lyle RE, Bird TM, Fussell JJ, Robbins JM. Increasing prevalence of medically complex children in US hospitals. *Pediatrics*. 2010 Oct;126(4):638-46. doi: 10.1542/peds.2009-1658. Epub 2010 Sep 20. PMID: 20855383.
6. Simon TD, Cawthon ML, Stanford S, Popalisky J, Lyons D, Woodcox P, Hood M, Chen AY, Mangione-Smith R; Center of Excellence on Quality of Care Measures for Children with Complex Needs (COE4CCN) Medical Complexity Working Group. Pediatric medical complexity algorithm: a new method to stratify children by medical complexity. *Pediatrics*. 2014 Jun;133(6):e1647-54. doi: 10.1542/peds.2013-3875. Epub 2014 May 12. PMID: 24819580; PMCID: PMC4035595.
7. Wagner EH. Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited. *Milbank Q*. 2019 Sep;97(3):659-664. doi: 10.1111/1468-0009.12416. Epub 2019 Aug 19. PMID: 31424130; PMCID: PMC6739608.
8. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998 Aug-Sep;1(1):2-4. PMID: 10345255.
9. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q*. 1999 Summer;7(3):56-66. PMID: 10620960.



10. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jan-Feb;28(1):75-85. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.75. PMID: 19124857; PMCID: PMC5091929.
11. Kaiser Permanente [Internet]. Pleasanton: Kaiser Foundation Health Plan, Inc.; 2024. [consultado 15 Feb 2024].
12. Goodwin N, Curry N. Methods for predicting risk of emergency hospitalization. In: 8th INIC Annual Conference. Gothenburg; 7th March 2008.
13. Population health systems: Going beyond integrated care. London: The King's Fund; 2015. 40p.
14. Miller R, Eastwood J. Integrating Health- and Social Care Systems. En: Amelung V et al. *Handbook Integrated Care*. 2ed. New York: Springer; 2021. pp 81–103.
15. Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions. Geneva: World Health Organization (WHO); 2002. 117p.
16. Goodwin N, Curry N. Methods for predicting risk of emergency hospitalization. In: 8th INIC Annual Conference. Gothenburg; 7th March 2008.
17. Framework on integrated people-centred health services. Copenhagen: World Health Organization; 2016.
18. SELFIE Project [Internet]. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management; 2024. [consultado 15 Feb 2024].
19. National Association of Primary Care (NAPC) [Internet]. London: NAPC; 2024. [consultado 15 Feb 2024].
20. Atención Primaria de Salud. Resolución WHA72.2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
21. Ollero Baturone M et al. «Declaración de Sevilla» conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Rev Clin Esp*. 2011;211(11):604-606. DOI: 10.1016/j.rce.2011.09.007



22. INEbase [Internet]. Índice de Envejecimiento. Madrid: Instituto Nacional de Estadística [consultado 29 Feb 2024].
23. Eurostat [Internet]. Healthy life years at birth by sex. Luxemburgo: Unión Europea [consultado 29 Feb 2024].
24. Proyecciones de la Población de España 2022-2072. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE); 2022.
25. IECA [Internet]. Padrón municipal de habitantes. Cifras oficiales de población municipal. Sevilla: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía [consultado 29 Feb 2024].
26. INEbase [Internet]. Esperanza de Vida al Nacimiento por comunidad autónoma, según sexo. [Andalucía, Ambos sexos, Todas las edades]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística [consultado 29 Feb 2024].
27. IECA [Internet]. Censos de Población y Viviendas 2021 [Andalucía, Ambos sexos, Todas las edades]. Sevilla: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía [consultado 29 Feb 2024].
28. IECA [Internet]. Censos de Población y Viviendas 2021 [Andalucía, Ambos sexos, Todas las edades]. Sevilla: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía [consultado 29 Feb 2024].
29. INE [Internet]. Esperanza de vida en buena salud. Madrid: Instituto Nacional de Estadística [consultado 29 Feb 2024].
30. WHO [Internet]. Age-friendly World. Geneva: World Health Organization [consultado 29 Feb 2024].
31. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Aspectos destacados. Madrid: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España; 2021.
32. Eurostat [Internet]. Encuesta Europea de Ingresos y Condiciones de Vida (EU-SILC). Luxemburgo: Unión Europea [consultado 29 Feb 2024].



33. López Doblas J, Díaz Conde MP. El aumento de las personas mayores solas en Andalucía y España. Informe cuantitativo. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces. Consejería de la Presidencia, Administración Pública e Interior de la Junta de Andalucía; 2021.
34. García-González JM, Grande R, Montero I, Águila J, Rivera P. Estudio sobre soledad no deseada en personas de 55+ años en Andalucía. Sevilla: Dirección General de Personas Mayores y Pensiones no Contributivas. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía; 2020.
35. Casal Rodríguez B, Rivera Castiñeira B, Rodríguez-Míguez E. El coste de la soledad no deseada en España. Madrid: Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (Soledades); 2021.
36. Información Estadística del SAAD en Andalucía. Sevilla: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía; 2023.
37. Estrategia Andaluza para la coordinación sociosanitaria. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo; Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad; 2022.
38. Base de datos de personas usuarias del SSPA (BDU). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2023.
39. Jiménez-Martín S, Viola A. Estudios sobre la Economía Española - 2020/20. La asistencia residencial en España y COVID-19. Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA); 2020.
40. CQC. [Internet]. Newcastle: Care Quality Commission [consultado 29 Feb 2024].
41. Sancho Castiello M. Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional. *Rev. int. estud. vascos* 2020; 65 (1): 180–225.
42. InfoWeb [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [consultado 24 mar 2024].
43. NICE: National Institute for Health and Care Excellence. Mental wellbeing of older people in care homes. Manchester: NICE; 2013 [consultado 10 Feb 2024].



44. Modelo de organización de la atención sanitaria en los centros residenciales de personas mayores y otros centros sociosanitarios de Andalucía: 13 medidas para mejorar la atención sociosanitaria. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía; 2020 [consultado 10 Feb 2024].
45. Avanzando hacia la equidad Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España; 2015.
46. Casseti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social e Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018.
47. Informe AROPE 2022 (At-Risk-of-Poverty and/or Social Exclusion). Madrid: EAPN España (Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en España); 2022.
48. IECA [Internet]. Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Sevilla: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía [consultado 29 Feb 2024].
49. Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inserción Social. Intervención en Zonas Desfavorecidas. Sevilla: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales; 2018.
50. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad [Internet]. Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS) [consultado 29 Feb 2024].
51. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la Salud; Ottawa 17-21 nov. 1986.
52. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras [consultado 29 Feb 2024].
53. INE. Defunciones según la Causa de Muerte. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2023.
54. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Madrid: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España; 2022.



55. IECA. [Internet]. Estadísticas de Defunciones por Causas de Andalucía (EDCA). Sevilla: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía [consultado 29 Feb 2024].
56. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad [consultado 29 Feb 2024].
57. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021.
58. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing; 2019.
59. Estudio ALADINO 2019: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo del Gobierno de España; 2019 [consultado 10 Feb 2024].
60. Encuesta sobre alcohol, tabaco y drogas en España (EDADES) 1995-2019/2020. Madrid: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; 2021. 243p.
61. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021: Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. [consultado 10 Feb 2024].
62. Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en Andalucía. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020.
63. IECA. Prevalencia de Hipertensión arterial en la población usuaria del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía; 2022.
64. IECA. Prevalencia de dislipemia en la población usuaria del Servicio Andaluz de Salud según sexo por provincias. Sevilla: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía; 2022.
65. Base Poblacional de Salud (BPS) del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2023.



66. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.
67. EGPRN [Internet]. Maastricht: European General Practice Research Network [consultado 29 Feb 2024].
68. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) [Internet]. El 40% de los pacientes hospitalizados en Medicina Interna tiene dos o más patologías y fragilidad clínica (Nota de prensa). Madrid: SEMI [consultado 29 Feb 2024].
69. Informe del proyecto de Estratificación de la Población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014-2016). Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
70. Grembowski D, Schaefer J, Johnson KE, Fischer H, Moore SL, Tai-Seale M, Ricciardi R, Fraser JR, Miller D, LeRoy L; AHRQ MCC Research Network. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Med Care*. 2014 Mar;52 Suppl 3:S7-S14. doi: 10.1097/MLR.0000000000000045. PMID: 24561762.
71. Davis AC, Osuji TA, Chen J, Lyons LJL, Gould MK. Identifying Populations with Complex Needs: Variation in Approaches Used to Select Complex Patient Populations. *Popul Health Manag*. 2021 Jun;24(3):393-402. doi: 10.1089/pop.2020.0153. Epub 2020 Sep 17. PMID: 32941105.
72. Schaink AK, Kuluski K, Lyons RF, Fortin M, Jadad AR, Upshur R, Wodchis WP. A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework. *J Comorb*. 2012 Oct 10;2:1-9. doi: 10.15256/joc.2012.2.15. PMID: 29090137; PMCID: PMC5556402.
73. Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol*. 2012 Oct;65(10):1041-51. doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.05.005. PMID: 22910536.
74. Zullig LL, Whitson HE, Hastings SN, Beadles C, Kravchenko J, Akushevich I, Maciejewski ML. A Systematic Review of Conceptual Frameworks of Medical Complexity and New Model Development. *J Gen Intern Med*. 2016 Mar;31(3):329-37. doi: 10.1007/s11606-015-3512-2. Epub 2015 Sep 30. PMID: 26423992; PMCID: PMC4762821.



75. Núñez-Montenegro AJ, Martín-Yañez V, Roldan-Liébana MÁ, González-Ruiz FD, Fernández-Romero R, Narbona-Ríos C; en representación del grupo EPADI. Diseño y validación de la escala para valorar la fragilidad de los pacientes crónicos [Design and validation of the scale to assess the fragility of chronic patients]. *Aten Primaria*. 2019 Oct;51(8):486-493. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2018.06.002. Epub 2
76. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años [Spanish language adaptation and validation of the Pfeiffer's questionnaire (SPMSQ) to detect cognitive deterioration in people over 65 years of age]. *Med Clin (Barc)*. 2001 Jun 30;117(4):129-34.
77. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel [Disability evaluation: Barthel's index]. *Rev Esp Salud Publica*. 1997 Mar-Apr;71(2):127-37. Spanish. Erratum in: *Rev Esp Salud Publica* 1997 Jul-Aug;71(4):411. PMID: 9546856.
78. GERHONTE: Sistema de Información de Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud [Intranet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [consultado 5 abril 2024].
79. Mapa de servicios sanitarios públicos de Andalucía [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [consultado 5 marzo 2024].
80. Ferro Expósito AB, Morejón García E, De Cote Delgado C, Valdibia Labajos MT, Ramírez Mejías ME, López Blázquez A, Roldán Liébana MA, Roldán Liébana M Ángel. Implantación de un programa de hospitalización de crónicos de alta complejidad En un hospital comarcal. Análisis de efectividad. Comunicación oral presentada en: 43º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna; 2022 Nov 23-25; Gijón.
81. Ferro Expósito AB, De Cote Delgado C, Morejón García E, Ramírez Mejías ME, Valdibia Labajos MT, Roldán Liébana MA, López Blázquez A, Roldán Liébana M Ángel. Evaluación de una escala de clasificación de fragilidad en el paciente crónico complejo. Póster presentado en: 43º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna; 2022 Nov 23-25; Gijón.



82. Ferro Expósito AB, Valdibia Labajos MT, De Cote Delgado C, Ramírez Mejías ME, Roldán Liébana MT, García Ordóñez MA. Efectividad de una unidad de hospitalización de pacientes crónicos de alta complejidad. Comunicación oral presentada en: 26ª Congreso Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Efectividad de una unidad de hospitalización de pacientes crónicos de alta complejidad; 2022 Nov 16-18; El Ejido, Almería.
83. García Ordoñez MA, Fontalba Navas A. Experiencia desde las unidades de crónicos y servicios de Medicina Interna. Comunicación oral presentada en: Mesa redonda 3 del de la XII reunión grupo de trabajo paciente pluripatológico y edad avanzada; 2021 Jun 17-18; virtual.
84. Salud Comunitaria basada en activos: Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2019.
85. LOCALIZAsalud: Mapa de recursos para la salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad [consultado 6 Mar 2024].
86. Red de Escuelas Promotoras de Salud de Andalucía [Internet]. Sevilla: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional [consultado 6 Mar 2024].
87. MTI-citas [Intranet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud [consultado 6 Mar 2024].
88. Conlin MP, Navarro B, Espinosa Almendro JM, Rodríguez Gómez S, Cabrera-Léon A. Programa examen de salud para personas mayores de 65 años en Andalucía: estudio descriptivo de participantes [Health Exam for Adults Over 65 program in Andalusia: descriptive study of participants.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2021 Oct 20;95:e202110178. Spanish. PMID: 34668490.
89. Cancer - Screening and early detection [Internet]. Geneva: World Health Organization [consultado 6 Mar 2024].
90. Berry JG, Hall M, Neff J, Goodman D, Cohen E, Agrawal R, Kuo D, Feudtner C. Children with medical complexity and Medicaid: spending and cost savings. *Health Aff (Millwood)*. 2014 Dec;33(12):2199-206. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0828. Erratum in: *Health Aff (Millwood)*. 2015 Jan;34(1):189. PMID: 25489039; PMCID: PMC5164920.



91. Braddock ME, Leutgeb V, Zhang L, Koop SE. Factors influencing recurrent admissions among children with disabilities in a specialty children's hospital. *J Pediatr Rehabil Med*. 2015;8(2):131-9. doi: 10.3233/PRM-150326. PMID: 26409866.
92. Dunbar P, Hall M, Gay JC, Hoover C, Markham JL, Bettenhausen JL, Perrin JM, Kuhlthau KA, Crossman M, Garrity B, Berry JG. Hospital Readmission of Adolescents and Young Adults With Complex Chronic Disease. *JAMA Netw Open*. 2019 Jul 3;2(7):e197613. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.7613. PMID: 31339547; PMCID: PMC6659144.
93. Simon TD, Berry J, Feudtner C, Stone BL, Sheng X, Bratton SL, Dean JM, Srivastava R. Children with complex chronic conditions in inpatient hospital settings in the United States. *Pediatrics*. 2010 Oct;126(4):647-55. doi: 10.1542/peds.2009-3266. Epub 2010 Sep 20. PMID: 20855394; PMCID: PMC2962571.
94. Cohen E, Berry JG, Camacho X, Anderson G, Wodchis W, Guttmann A. Patterns and costs of health care use of children with medical complexity. *Pediatrics*. 2012 Dec;130(6):e1463-70. doi: 10.1542/peds.2012-0175. Epub 2012 Nov 26. PMID: 23184117; PMCID: PMC4528341.
95. Godoy-Molina E, Fernández-Ferrández T, Ruiz-Sánchez JM, Cerdón-Martínez A, Pérez-Frías J, Navas-López VM, Nuñez-Cuadros E. A scale for the identification of the complex chronic pediatric patient (PedCom Scale): A pilot study. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2022 Sep;97(3):155-160. doi: 10.1016/j.anpede.2021.10.004. Epub 2022 Jul 20. PMID: 35871152.
96. Brenner M, O'Shea MP, McHugh R, Clancy A, Larkin P, Luzi D, Pecoraro F, Olaso EM, Lignou S, Alma M, Satherley RM, Tamburis O, Warters A, Wolfe I, Hilliard C, Berry J, Alexander D, Rigby M, Blair M. Principles for provision of integrated complex care for children across the acute-community interface in Europe. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018 Nov;2(11):832-838. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30270-0. PMID: 30336897.
97. Tschudy MM, Raphael JL, Nehal US, O'Connor KG, Kowalkowski M, Stille CJ. Barriers to Care Coordination and Medical Home Implementation. *Pediatrics*. 2016 Sep;138(3):e20153458. doi: 10.1542/peds.2015-3458. Epub 2016 Aug 9. PMID: 27507894.



98. Climent Alcalá FJ, García Fernández de Villalta M, Escosa García L, Rodríguez Alonso A, Albajara Velasco LA. Unidad de niños con patología crónica compleja. Un modelo necesario en nuestros hospitales [Children's medically complex diseases unit. A model required in all our hospitals]. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2018 Jan;88(1):12-18. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2017.04.002. Epub 2017 May 9. PMID: 28499736.
99. Glassgow AE, Martin MA, Caskey R, Bansa M, Gerges M, Johnson M, Marko M, Perry-Bell K, Risser HJ, Smith PJ, Van Voorhees B. An innovative health-care delivery model for children with medical complexity. *J Child Health Care*. 2017 Sep;21(3):263-272. doi: 10.1177/1367493517712063. Epub 2017 Jun 5. PMID: 29119824.
100. Gualandi R, Masella C, Viglione D, Tartaglini D. Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience? *PLoS One*. 2019 Dec 5;14(12):e0224899. doi: 10.1371/journal.pone.0224899. PMID: 31805061; PMCID: PMC6894823.
101. Encuesta de Resultados en Salud. Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019.
102. Plan Andaluz para la Prevención de los Efectos de las Temperaturas Excesivas sobre la Salud 2023 [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo; Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad; Consejería de la Presidencia, Interior, Diálogo Social y Simplificación Administrativa; Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional; 2022. 66p.
103. Estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: transformación necesaria para mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y el bienestar mediante la creación de ambientes saludables [Internet]. En: 72.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. 5p/WHA72(9).
104. Convención Marco de las Naciones Unidas. COP21 [diciembre de 2015] En: Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. París: Protocolo de Kyoto; 2015.
105. Naciones Unidas. UN Climate Change Conference COP 25 - December 2019 [Internet]. Bonn: Naciones Unidas; 2019. [Consultado 13 Jun 2024].





Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo