

Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud

Informe de Evaluación
y Líneas Prioritarias de
Actuación

Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud

Informe de Evaluación
y Líneas Prioritarias de
Actuación



© MINISTERIO DE SANIDAD
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18, 28014 Madrid

NIPO: 133-21-119-9

<https://cpage.mpr.gob.es>

Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud

Informe de Evaluación
y Líneas Prioritarias de
Actuación



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Coordinación Científica

Rosario García de Vicuña Pinedo. Jefe de Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid

Coordinación Técnica

Teresa Hernández Meléndez. Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Calidad Asistencial

COMITÉ TÉCNICO

Sociedades científicas

Asociación Española de Fisioterapeutas: M^a Eugenia Sánchez Llanos
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria: M^a José Peña Gascón
OpenReuma: Milena Gobbo Montoya
Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor: Rafael Torres Cueco
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria: Francisco V. Martínez García
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria: Alejandro Tejedor Varillas
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia: Rafael Belenguer Prieto
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria: Ildelfonso Hernández Aguado
Sociedad Española de Reumatología: Juan Angel Jover Jover
Sociedad Española de Medicina Interna. Coordinadora del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SEMI: Patricia Fanlo Mateo
Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física: Rafael Peñalver Castellano

Asociaciones de pacientes

Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis: Josep Vergés Milano
Coordinadora Española Asociaciones Espondilitis: Pedro Plazuelo Ramos
Coordinadora Nacional de Artritis y Confederación Española de personas afectadas por reumatismos: Antonio Ignacio Torralba Gómez-Portillo
Fundación Afectados Fibromialgia y Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica: Antonio Collado Cruz.
Fundación Internacional de Enfermedades Osteoarticulares: Josep Vergés Milano
Liga Reumatológica Española: Victoria Romero Pazos

Expertos/colaboradores:

Lydia Abásolo Alcázar
Loreto Carmona Ortells
Celia Iglesias

COMITÉ INSTITUCIONAL

Comunidades autónomas:

Andalucía: José Pérez Venegas
Aragón: Vicente Alcubierre Moreu
Asturias, Principado de: Luis Gago Argüello
Balears, Illes: Eusebio Castaño Riera, Antonio Juan Mas
Canarias: Javier Lobato González
Cantabria: Javier Rueda Gotor
Castilla y León: Belén Alonso Fernández, José Manuel Otto Terrer
Castilla-La Mancha: Carmen Encinas
Cataluña: Xavier Surís Armangué
Comunitat Valenciana: José Román Ivorra
Extremadura: María Teresa Porcel López
Galicia: Susana Romero Yuste

Madrid, Comunidad de: Pilar Sánchez-Pobre Bejarano, Ana Cristina García Álvarez
Murcia, Región de: Josefa Marín López
Navarra, Comunidad Foral de: Concepción Fito Manteca
País Vasco: Alberto Alonso Ruiz
Rioja, La: Juan Antonio López Martín

Ministerio de Ciencia e Innovación

Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT): Joseba Sanmartín Sola

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

Juan Antonio Martínez Herrera

Ministerio de Sanidad

Dirección General Salud Pública: Pilar Aparicio Azcárraga.

Subdirección General de Calidad Asistencial: Yolanda Agra Varela.

Área de Prevención de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención: Soledad Justo Gil.

Jefa de Servicio. Inés Zuza Santacilia. Técnica Superior

Subdirección General de Información Sanitaria: Juan Pablo Gómez Cuadrado. Técnico Superior. Félix Miguel García. Jefe de Área

Observatorio de Salud de las Mujeres: Rosa M. López Rodríguez. Coordinadora de Programas

INGESA (Ceuta-Melilla): Antonia Blanco Galán

Índice

Introducción	11
1. Metodología	13
2. Resultados de los indicadores y conclusiones	17
2.1. Indicadores Globales	17
2.2. Línea estratégica 1. Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad	37
2.3. Línea estratégica 2. Capacitación y autonomía	56
2.4. Línea estratégica 3. Atención sanitaria y social	59
2.5. Línea estratégica 4. Gestión de información sanitaria y sistemas de información	73
2.6. Línea estratégica 5. Formación e investigación	78
3. Líneas de actuación prioritarias	93
4. Abreviaturas y acrónimos	96
5. Bibliografía	97
6. Anexos	
Anexo I. Líneas Estratégicas y Objetivos	99
Anexo II. Fichas técnicas de los indicadores	102
Anexo III. Cuestionario a las CC. AA.	113
Anexo IV. Proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	120
Anexo V. Buenas Prácticas (BBPP)	121
Índice de tablas	122
Relación de gráficos	123

Introducción

La [Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas \(ERyMEs\)](#) fue aprobada por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el 20 de diciembre de 2012, siendo el resultado del trabajo de coordinación y consenso entre instituciones, profesionales y pacientes.

La propia Estrategia incluía la evaluación que ahora abordamos como parte integrante de la misma al entender que las estrategias son documentos dinámicos con una periodicidad determinada, y que el propósito de la evaluación es valorar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos, mediante la obtención de los resultados de los indicadores seleccionados y otros criterios de evaluación.

Tal y como se planteó en la Estrategia, la evaluación ha integrado la perspectiva de género de forma transversal, lo que ha permitido identificar las diferencias entre mujeres y hombres en este ámbito. También, cuando ha sido posible, se han incluido variables socioeconómicas en el análisis, como la clase social, nivel de estudios, u otras que han permitido identificar diferencias o desigualdades en la salud de las personas. La información ha sido proporcionada por las comunidades autónomas (CC. AA.), el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), el Ministerio de Sanidad, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) y expertos de la Estrategia.

Es preciso resaltar los años de trabajo conjunto entre sociedades científicas, asociaciones de pacientes, CC. AA. y Ministerio de Sanidad orientados a hacer efectiva la implantación de esta Estrategia en el Sistema Nacional de Salud (SNS), y con ello conseguir mejorar la calidad de los servicios prestados en todo el territorio nacional y la calidad de vida de las y los pacientes.

1 Metodología

La evaluación de una estrategia del SNS constituye un elemento indispensable dentro de la misma, ya que permite comprobar el resultado de los objetivos propuestos, demostrar su eficacia y conocer el progreso de cada comunidad autónoma.

Para ello, en esta Estrategia, se ha contado con el compromiso indispensable de todos los agentes implicados en su implementación (CC. AA., INGESA, Ministerio de Sanidad, sociedades científicas y asociaciones de pacientes), que han participado en la elaboración de los indicadores.

La información necesaria para la evaluación de los objetivos de la Estrategia se ha obtenido del Ministerio de Sanidad, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Ministerio de Ciencia e Innovación, las CC. AA. e INGESA. La evaluación de la implantación de la Estrategia comprende desde su aprobación en 2012 hasta el último año con datos disponibles.

La información de los indicadores que se presentan en este documento corresponde a los datos recogidos de los siguientes sistemas de información, respetando en todo caso las definiciones y procesos que tengan establecidos internamente:

- Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). (últimos datos del 2017): estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad que recoge, entre otros datos, información sanitaria relativa a toda la población sobre el estado de salud. La ENSE se realiza con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística (INE) y tiene periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud. Ambas encuestas comparten un núcleo común que permite las comparaciones internacionales, ampliado en la versión española para poder responder a las necesidades de información de la administración sanitaria nacional y autonómica.
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). (últimos datos del 2017): recaba anualmente información clínica normalizada sobre la atención prestada por el nivel de atención primaria (AP), procedente de una amplia muestra aleatoria (en torno al 10%) de las historias clínicas de la población asignada a dicho nivel de atención, y es representativa de cada comunidad autónoma.
- Registro de altas de hospitalización (CMBD) (últimos datos del 2017): El Conjunto Mínimo Básico de Datos-Hospitalización (CMBD-H) integra información administrativa y clínica de las y los pacientes ingresados en unidades de hospitalización, la cual es recogida y codificada sistemáticamente en los hospitales, para cada episodio de hospitalización, al alta de cada paciente. Los registros de alta son

enviados al Ministerio de Sanidad por las CC.AA., de acuerdo con el modelo de datos establecido al efecto por acuerdo del CISNS. En estos indicadores se recogen los datos de los hospitales de agudos del SNS (públicos y privados de la red de utilización pública).

- Registro de mortalidad por causa de muerte, elaborado anualmente por el INE. Los datos sobre causas de muerte se obtienen del Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción, el Boletín Estadístico de Defunción Judicial y el Boletín Estadístico de Parto. Proporciona información sobre la mortalidad atendiendo a la causa básica de la defunción, su distribución por sexo, edad, residencia y mes de defunción. También ofrece indicadores que permiten realizar comparaciones geográficas y medir la mortalidad prematura: tasas estandarizadas de mortalidad y años potenciales de vida perdidos. La exhaustividad de la información que ofrece el registro de mortalidad, junto a la objetividad del fenómeno que recoge, convierten a los indicadores de mortalidad en un instrumento adecuado para la monitorización de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias.

Los indicadores necesarios para calcular el impacto de las ERYMEs sobre la Incapacidad Temporal y Permanente se han obtenido directamente de fuentes primarias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, entidad gestora de la Seguridad Social, adscrita al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Los resultados de los indicadores relacionados con la línea estratégica de investigación e innovación se han obtenido en colaboración con:

- FECYT, fundación pública dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación, que recoge, entre otros, los datos de proyectos y resultados de investigación/innovación relativos a la atención a los pacientes con ERYMEs que dependen de convocatorias de organismos estatales e internacionales. Como fuentes de datos se han utilizado la base de datos bibliográfica SCOPUS, los registros de los proyectos de investigación de FECYT, y los del Servicio de Información Comunitario sobre Investigación y Desarrollo de la UE (CORDIS).
- La Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER), red temática de investigación cooperativa en salud creada en 2013. Actualmente está compuesta por 15 grupos de investigación ubicados en hospitales del SNS, Universidades y centros del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de las comunidades de Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia y Madrid. La RIER registra todos los proyectos realizados por sus grupos de investigación en el Plan Nacional de I+D+i, proyectos europeos o internacionales, así como autonómicos y privados, junto a los resultados de investigación.

Además, se ha realizado un cuestionario estructurado (Anexo III) que ha sido cumplimentado por las CC. AA. para recoger datos sobre el grado de cumplimiento de aquellos objetivos para los que no tenemos otra fuente de información disponible.

Al realizar este informe de evaluación se han encontrado las siguientes limitaciones:

- Para calcular el indicador sobre población con discapacidad asociada a enfermedad osteoarticular autodeclarada (artritis/artrosis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante), se decidió inicialmente utilizar los datos de la “Encuesta discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia” del INE, pero el último estudio publicado es de 2008 con datos de 2007, es decir, previo a la implantación de esta Estrategia. El INE tiene previsto publicar en 2021 una nueva encuesta para actualizar los datos sobre personas con discapacidad en España, pero actualmente no disponemos de esos datos. Para subsanar este aspecto se ha utilizado la información de la *Base Estatal de datos de personas con discapacidad*, que, aunque no es un registro oficial de personas con reconocimiento de situación de discapacidad, dispone de información actualizada sobre las características de las personas valoradas a efectos de la calificación de su grado de discapacidad, para la realización de estudios epidemiológicos.
- La asimétrica implicación de representantes institucionales durante el proceso de evaluación ha podido ocasionar que, para algunos indicadores, sobre todo de las líneas estratégicas 1 y 3, la información relacionada con actividades o programas sobre ERYMEs esté infraestimada o no actualizada, y que los resultados obtenidos no sean representativos de todo el territorio.
- El proceso de redacción del informe de evaluación ha coincidido en gran parte con la pandemia COVID-19, lo que ha dificultado y ralentizado la recopilación y contraste de datos con fuentes originales no dependientes de sistemas de información estatales, por lo que la información recogida puede estar incompleta o no actualizada.

Este informe de evaluación ha sido revisado por la Coordinadora Científica de la Estrategia en ERYMEs y por un grupo de personas expertas, así como por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad, y se han tenido en cuenta las aportaciones realizadas por los Comités, Técnico e Institucional, de la Estrategia, con el objetivo de que posteriormente sea publicado en la página web del Ministerio de Sanidad.

2 Resultados de los indicadores y conclusiones

2.1 Indicadores Globales

Con el propósito de tener una visión integral de la evolución temporal de estas enfermedades se establecieron en el documento original de la Estrategia de ERYMEs los siguientes indicadores sobre prevalencia de enfermedad osteoarticular, ingresos hospitalarios relacionados, mortalidad y discapacidad asociada.

2.1.1 Prevalencia de enfermedad osteoarticular autodeclarada

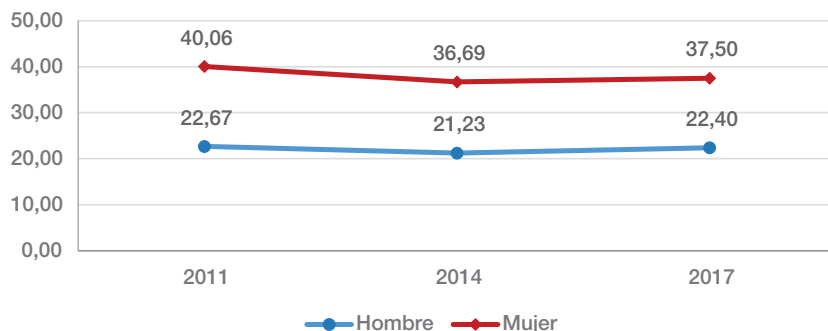
Para calcular este indicador se han obtenido los datos de la ENSE de 2011, 2014 y 2017, desagregados por sexo, de aquellas personas que declaran tener al menos una de las siguientes enfermedades o trastornos/síndromes:

- Artritis reumatoide
- Osteoporosis
- Dolor de espalda crónico (cervical)
- Dolor de espalda crónico (lumbar)

En caso de respuesta afirmativa a alguna de las anteriores, se pregunta a continuación si “lo ha padecido en los últimos 12 meses” y si “le ha dicho un médico que lo padece”, contabilizándose las respuestas que cumplan estos dos requisitos. En el año 2017 se han obtenido además los datos desagregados por las variables sexo, grupo de edad y CC. AA.

Los resultados de la ENSE de 2011, 2014 y 2017 muestran los siguientes valores:

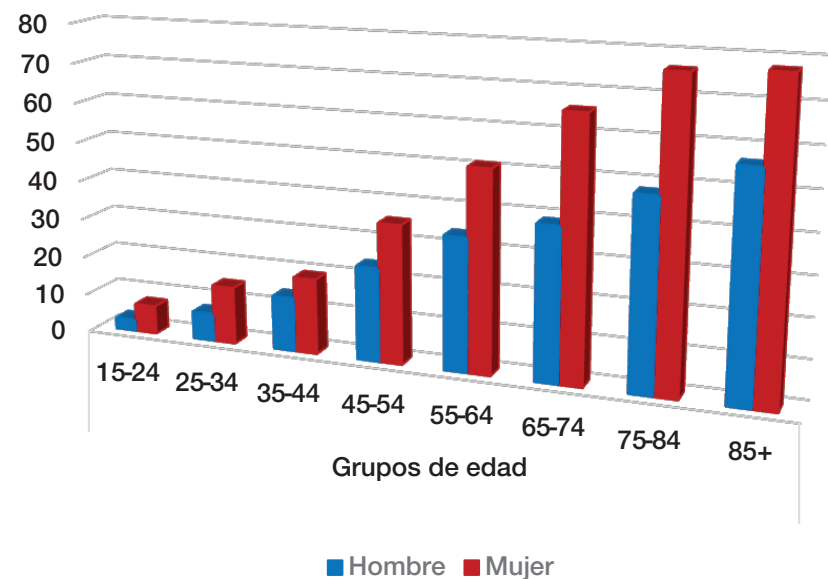
Gráfico 1. Prevalencia de enfermedad osteoarticular auto declarada (16 y más años) por sexo. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE. 2011-2017. MS.

La distribución por grupos de edad muestra, como era esperable, el incremento de la prevalencia al aumentar la edad.

Gráfico 2. Prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada por grupos de edad. España 2017. Tasa por 100 habitantes

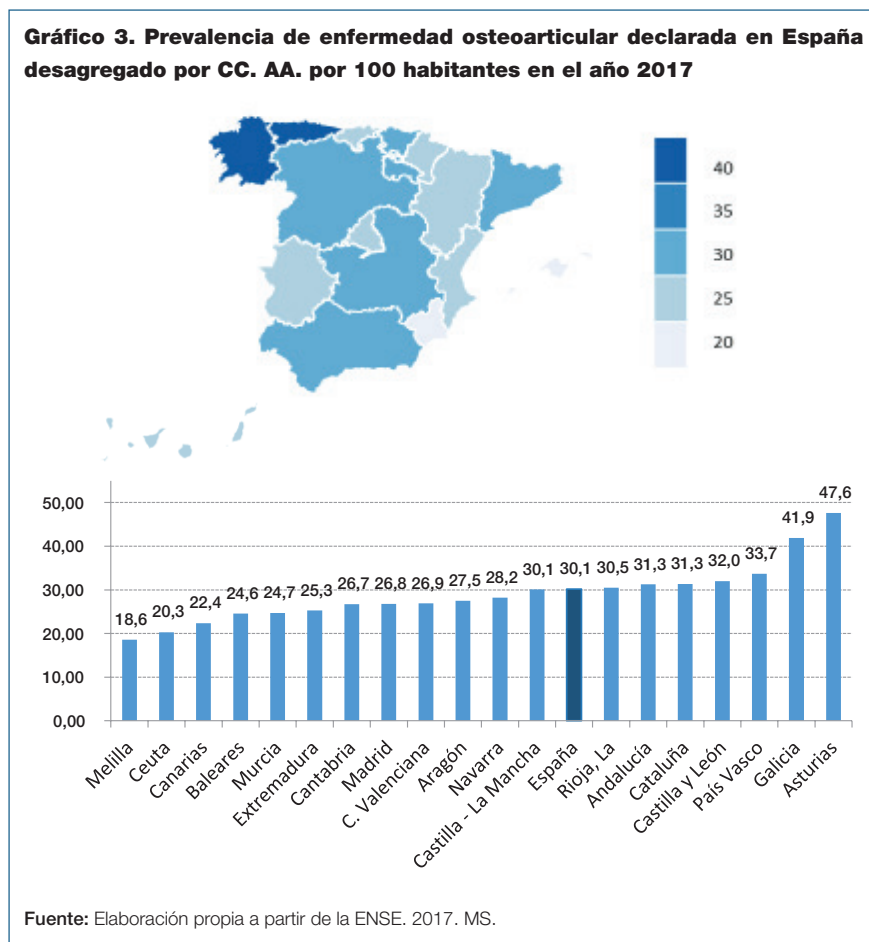


Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE. 2017. MS.

La distribución por CC. AA. muestra siempre valores superiores en las mujeres. En el año 2017, la prevalencia de la enfermedad osteoarticular declarada

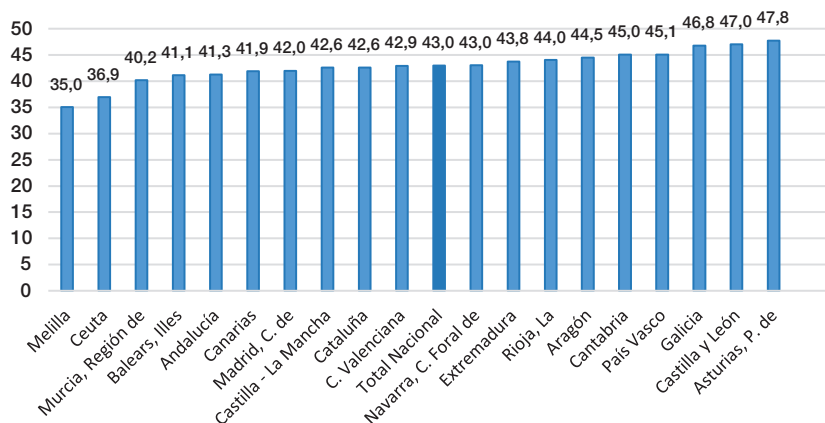
en España es **30,15%**, se observan grandes diferencias territoriales que van desde una prevalencia del 18,6% en Melilla a 47,6% en el Principado de Asturias. Es importante tener en cuenta el posible efecto del envejecimiento de la población, ya que, según el INE, para el año 2017, Asturias es la comunidad autónoma con la edad media de la población más elevada, y Melilla es la que presenta una edad media menor¹.

Gráfico 3. Prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada en España desagregado por CC. AA. por 100 habitantes en el año 2017



¹ <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=3198#!tabs-grafico>

Gráfico 4. Edad media de la población por comunidad autónoma. 2017 INE.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Indicadores de Estructura de la Población 2017. INE.

2.1.2 Prevalencia de enfermedad osteoarticular en atención primaria

La prevalencia de enfermedades osteoarticulares se ha evaluado mediante 5 indicadores:

- Porcentaje de personas con osteoporosis en AP
- Porcentaje de personas con artrosis en AP
- Porcentaje de personas con síndromes lumbares en AP
- Porcentaje de personas con síndromes del cuello en AP
- Porcentaje de personas con artritis reumatoide en AP

Se han incluido en el numerador a todas aquellas personas en cuya historia clínica electrónica (HCE) figuraba el diagnóstico de osteoporosis, artrosis, síndromes lumbares, síndromes del cuello o artritis reumatoide; codificado con alguna de las clasificaciones en uso en AP (CIE9MC², CIE10ES³ o CIAP2⁴). Para la explotación conjunta de los datos se han utilizado los siguientes códigos de la CIAP2:

² Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación clínica

³ Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión, Modificación clínica. Edición española.

⁴ Clasificación Internacional de Atención Primaria, Versión 2.

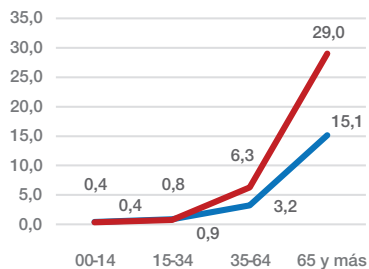
Osteoporosis: código L95
Artrosis: códigos L89, L90 y L91
Síndromes lumbares: códigos L84, L86
Síndromes del cuello: código L83
Artritis reumatoide: código L88

Los porcentajes de estos diagnósticos en AP, según los datos disponibles, han pasado de 2,05 en 2012 a 2,80 en 2017 para osteoporosis (L95); de 5,54 en 2012 a 6,75 en 2017 para artrosis (L89, L90 y L91); de 4,11 a 6,83 en síndromes lumbares (L84, L86); de 2,38 a 3,16 en síndromes del cuello (L83); y de 0,45 en 2012 a 0,71 en 2017 en artritis reumatoide (L88). Los incrementos tal vez podrían reflejar los avances en los registros de AP a la hora de recoger patología osteoarticular.

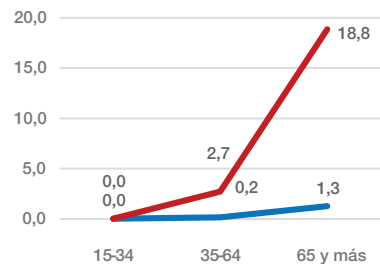
La distribución por grupos de edad y sexo pone de manifiesto una mayor prevalencia en mujeres, y además esta diferencia se incrementa con la edad. En artrosis (gráfico 5) la prevalencia en las mujeres duplica a la de los hombres. La diferencia en la distribución por tramos de edad entre hombres y mujeres es aun más llamativo para la osteoporosis (gráfico 5), así, para el grupo de 35 a 64 años la prevalencia en hombres es de 0,2% frente a 2,7% en mujeres, pero para el grupo de 65 y más años la diferencia se acentúa considerablemente, siendo de 1,3% en hombres frente a 18,8% en mujeres. Los datos relativos a síndromes lumbares en AP siguen señalando una mayor prevalencia en mujeres en todos los grupos de edad (7,2 en hombres vs 10,0 en mujeres para el grupo de 35-64 años, y 10,8 vs 15,0 para el grupo de 65 y más años). En los síndromes del cuello las cifras son superiores en mujeres, aunque la diferencia no es tan marcada, y al aumentar la edad la prevalencia aumenta muy rápidamente en los hombres mientras que en mujeres se ralentiza. En artritis reumatoide las cifras de AP son también mayores en mujeres (1,7 en mujeres vs 1,1 en hombres para el grupo de 65 y más años).

Gráfico 5. Prevalencia de artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares y síndromes del cuello en AP (2017) por grandes grupos de edad y sexo por cada 100 personas asignadas en AP

Artrosis:

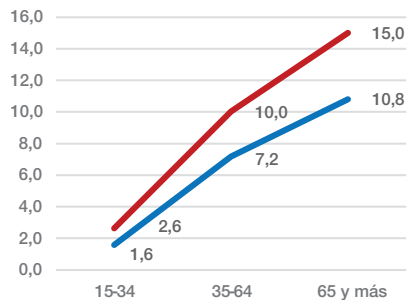


Osteoporosis:

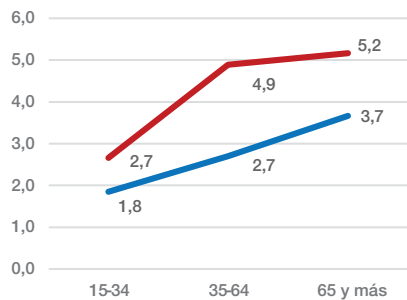


Grupos de edad

Síndromes lumbares:



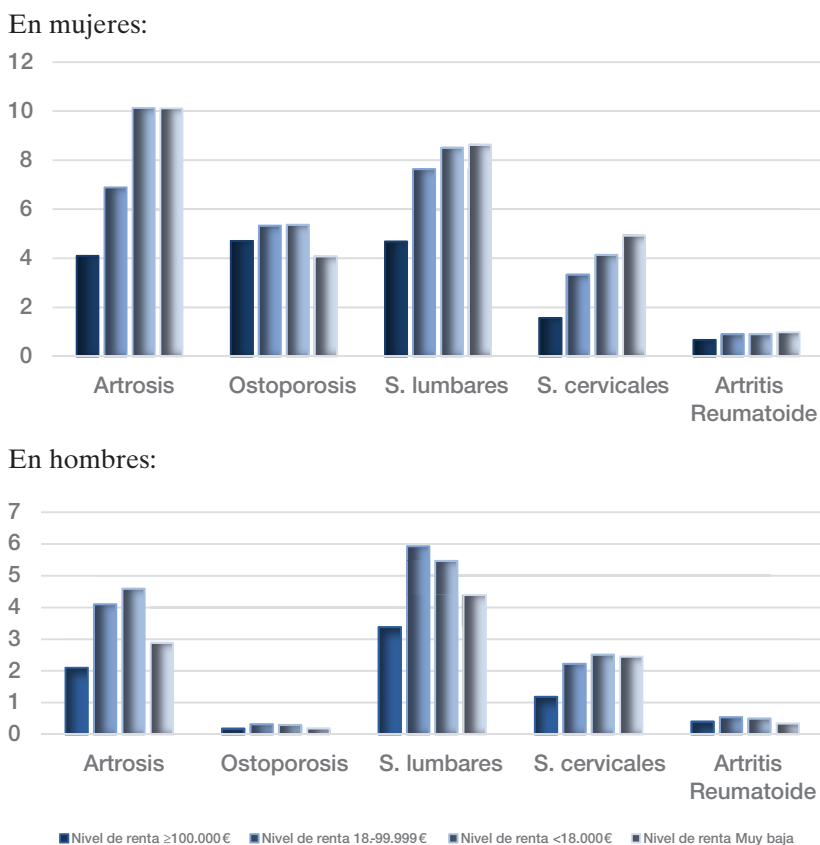
Síndromes del cuello:



— Hombre
— Mujer

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de BDCAP (2017). MS.

Gráfico 6. Prevalencia de artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares, síndromes del cuello y artritis reumatoide en AP (2017) por nivel de renta por cada 100 personas asignadas en AP



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de BDCAP (2017). MS.

Al desagregar por situación laboral se observa que en artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares y síndromes del cuello, los datos son ligeramente superiores en población desempleada, por ejemplo, en mujeres con artrosis la prevalencia en desempleadas es 6,2 frente a 3,9 en aquellas con una situación laboral activa, en varones también es superior en desempleados, aunque la diferencia es menor (3,0 vs 2,3). Sin embargo, en artritis reumatoide, al desagregar por su situación laboral las diferencias son mínimas tanto para hombres (0,4 en activos y en desempleados) como para mujeres (0,8 en activas y en desempleadas). Es importante tener en cuenta que en población activa empleada los episodios de los síndromes agudos en relación con la actividad laboral, algunos tan prevalentes como cervicalgia/dorsalgia/lumbalgia, son

un porcentaje desconocido solo registrado por las Mutuas de Trabajo, y podría alterar la proporción de persona empleada/desempleada.

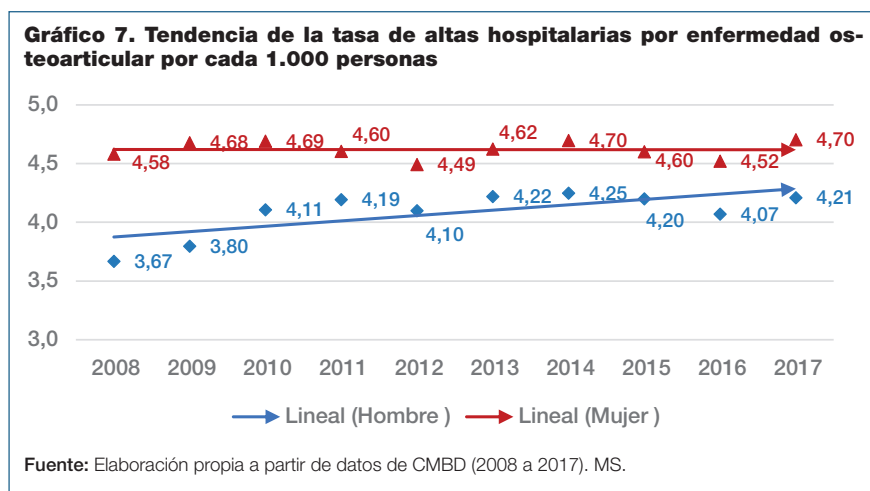
Si desagregamos la prevalencia de estas patologías en AP por nivel de renta⁵ y sexo, se observa que entre las mujeres, a medida que disminuye la renta, va aumentando la prevalencia de artrosis, síndromes lumbares, síndromes del cuello y artritis reumatoide; mientras que en la distribución en hombres no se ve ese patrón.

2.1.3 Tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular

El registro de altas de hospitalización (CMBD) nos ha proporcionado datos de los 10 últimos años disponibles (2008 a 2017) sobre todas aquellas altas hospitalarias con los siguientes códigos de diagnóstico principal:

- hasta el año 2015, los códigos 710-739 de la clasificación CIE9MC
- a partir de 2016, los códigos M00-M99 de la clasificación CIE10ES

En estos 10 últimos años, la tasa presenta una tendencia estable en mujeres y ascendente en hombres.



⁵ La asignación de un determinado nivel económico se realiza a partir del código de aportación farmacéutica contenido en la base de datos de TSI, según lo establecido en el RD-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Diseno_BDCAP.pdf.

Según los datos obtenidos del CMBD esta tasa durante el año 2017 ha sido de 4,46 por 1.000 personas (4,21 en hombres y 4,70 en mujeres). Si desagregamos por grupos de edad, para el de 65 y más años la tasa ha sido 10,53 por 1.000, y al separarla por sexo se observan valores superiores en mujeres (11,73 frente a 8,95 en hombres).

En la tabla siguiente se pueden ver las diferencias territoriales:

Tabla 1. Tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular por 1.000 (2017)

Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	2,62	2,97	2,8
Aragón	6,26	6,73	6,5
Asturias (Principado de)	5,93	6,37	6,16
Baleares (Islas)	3,07	3,65	3,36
Canarias	1,95	2,19	2,07
Cantabria	3,9	4,54	4,22
Castilla y León	4,41	4,71	4,56
Castilla-La Mancha	3,09	3,42	3,25
Cataluña	4,98	5,84	5,42
Com. Valenciana	4,73	4,89	4,81
Extremadura	4,36	5,86	5,12
Galicia	4,41	5,06	4,74
Madrid (Com. de)	4,74	5,4	5,08
Murcia (Región de)	3,14	3,58	3,36
Navarra (Com. Foral de)	7,54	8	7,78
País Vasco	6,54	6,18	6,36
Rioja (La)	4,03	4,09	4,06
Ceuta	1,11	1,53	1,32
Melilla	1,42	1,43	1,43
Total	4,21	4,7	4,46

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD (2017). MS.

2.1.4 Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera

A lo largo de los 5 últimos años con datos, la tendencia de esta tasa ha sido ascendente, pasando de 0,85‰ en 2013 a 0,97‰ en 2017, es decir, en estos cinco años, de 2013 a 2017, la tasa se ha incrementado un 14%.

Según los datos del CMBD esta tasa en el año 2017 ha sido 0,86 en hombres y 1,09 en mujeres, pero si desagregamos por grupos de edad, se observan importantes diferencias entre hombres y mujeres: en el grupo de

35 a 64 años la tasa de altas por artroplastia de cadera en hombres es muy superior a la de las mujeres (0,71 vs 0,38). Para el grupo de 65 y más años la tasa es algo superior en mujeres.

Tabla 2. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera por 1.000 personas (2017) desagregada por edad y sexo

	0-14	15-34	35-64	65 y más	Total
Hombre	0,00	0,03	0,71	3,14	0,86
Mujer	0,00	0,03	0,38	4,31	1,09
Ambos	0,00	0,03	0,54	3,80	0,97

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD (2017). MS

En el siguiente gráfico se pueden observar las diferencias territoriales en el año 2017 en la tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera, se trata de diferencias muy marcadas con un rango que va de 0,39 a 1,73‰ en función de la comunidad o ciudad autónoma. Además, cuando desagregamos por sexo se observa que en casi todas las CC. AA. la tasa de altas hospitalarias por artroplastia es superior en mujeres a excepción de País Vasco y Navarra.

Gráfico 8. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes (2017)

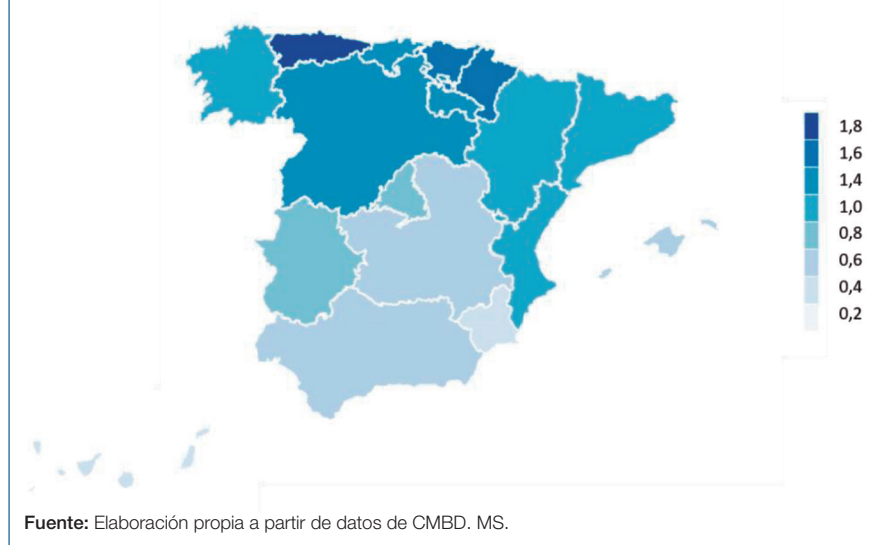
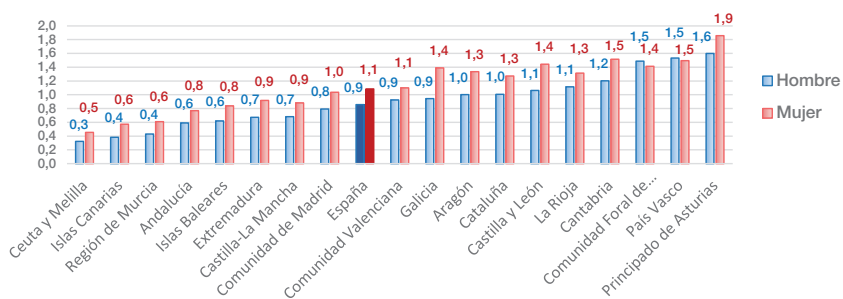


Gráfico 9. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera en España desagregado por CC. AA. y por sexo por 1.000 habitantes (2017)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS.

2.1.5 Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla

Esta tasa en el año 2017 ha sido 1,03%, y de 4,34% para el grupo de 65 y más años. La proporción de altas por artroplastia de rodilla durante el año 2017 ha sido siempre superior en mujeres, incrementándose esta diferencia en el grupo de 65 y más años.

Tabla 3. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla por 1.000 personas (2017) desagregada por edad y sexo

	00-14 años	15-34	35-64	65 y más	Total
Hombre	0,00	0,01	0,39	3,07	0,69
Mujer	0,00	0,00	0,53	5,30	1,36
Ambos	0,00	0,01	0,46	4,34	1,03

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD (2017). MS.

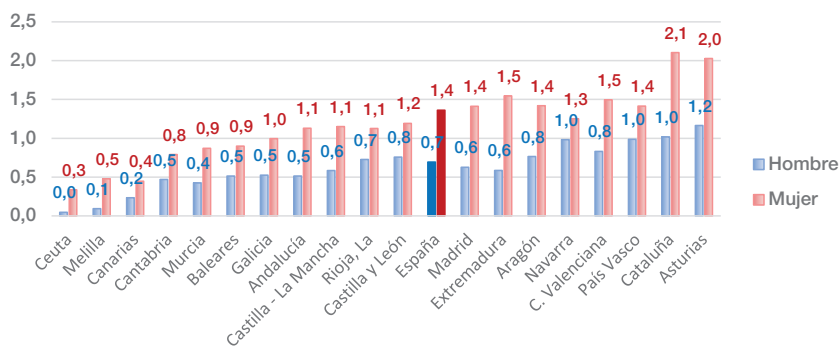
A lo largo de los cinco últimos años esta tasa ha ido aumentando, pasando de 0,88% en 2013 a 1,03% en 2017, lo que supone un incremento de un 17%. En la siguiente Gráfico se pueden observar las diferencias territoriales en el año 2017 cuya variabilidad es superior a la de la artroplastia de cadera, el rango tiene el valor mínimo en 0,19% y un máximo en 1,61%.

Gráfico 10. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes en el año 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS.

Gráfico 11. Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla en España desagregado por CC. AA. y por sexo por 1.000 habitantes en el año 2017



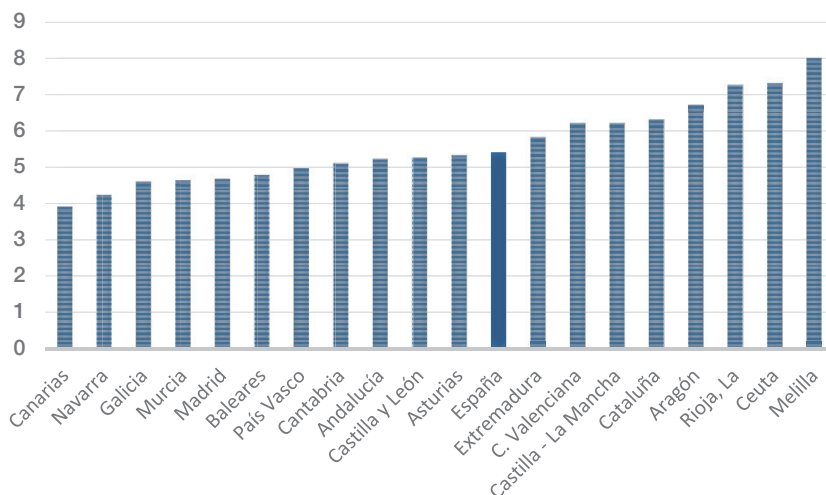
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS.

2.1.6 Tasa de altas por fractura de cadera en ≥ 65 años

Para este grupo la tasa de altas en el año 2017 ha sido 5,41‰ personas de 65 y más años, la tasa en mujeres duplica a la de los hombres (7,06 en mujeres

y 3,24 en hombres). Al desagregar por CC. AA. se observan diferencias territoriales, con un rango que tiene un mínimo en 3,91 y un máximo en 8,01‰ personas de 65 y más años.

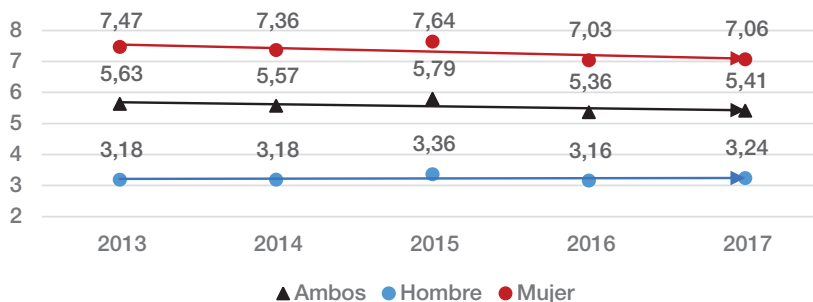
Gráfico 12. Tasa de altas por fractura de cadera en \geq de 65 años desagregada por CC. AA (2017)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS.

La tendencia de la tasa de altas por fractura de cadera en personas mayores, desde la implantación de esta Estrategia, ha sido descendente, y al desagregar por sexo se observa que sobre todo ha bajado la tasa en mujeres mayores de 65 años, que ha pasado de 7,47‰ en 2013 a 7,06‰ en 2017. En la siguiente Gráfico puede observarse la evolución de la tasa en el periodo estudiado:

Gráfico 13. Tendencia de la tasa de altas por fractura de cadera en ≥ de 65 años desagregada por sexo (2013-2017)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS.

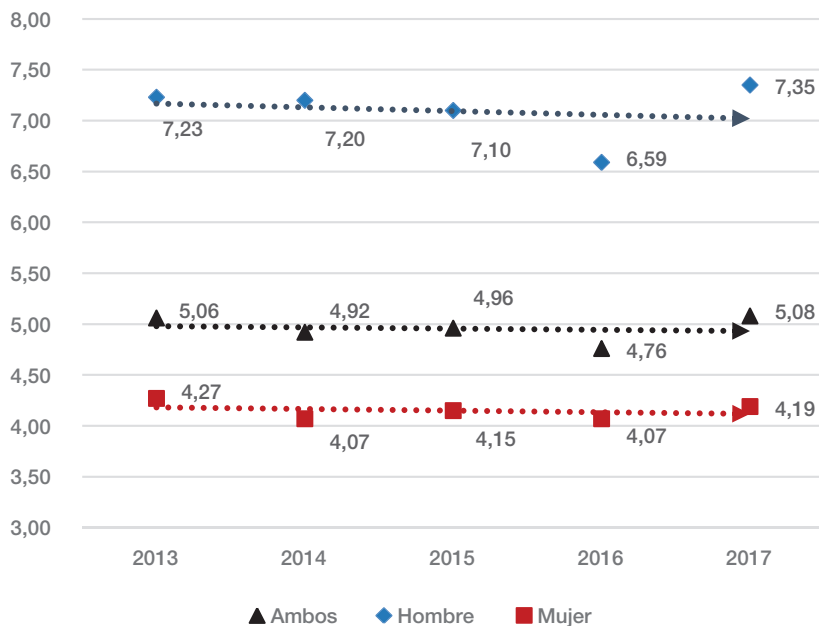
2.1.7 Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera

En el año 2017 la tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera en España ha sido 5,08% (7,35% en hombres y 4,19% en mujeres), al desagregar este dato por grandes grupos de edad para los menores de 35 años es de 0%, para el de 35 a 64 años es de 0,97% y para el de 65 y más años es de 5,43%.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) en su informe [Health at a Glance: Europe 2020 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE](#) incluye el tiempo hasta la cirugía en fractura de cadera como uno de los indicadores de calidad y resultados en la asistencia, y en su informe queda reflejado la mejoría del mismo en España. El porcentaje de pacientes de 65 y más años, que son intervenidos por cirugía por fractura de cadera dentro de los dos días posteriores al ingreso hospitalario, ha pasado de 42,5% en 2012 a 51,9% en 2017.

La mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas con dicho diagnóstico desde el año 2013 al 2017 sigue una tendencia descendente, y al desagregar por sexo, se observa que siempre es más elevada en hombres.

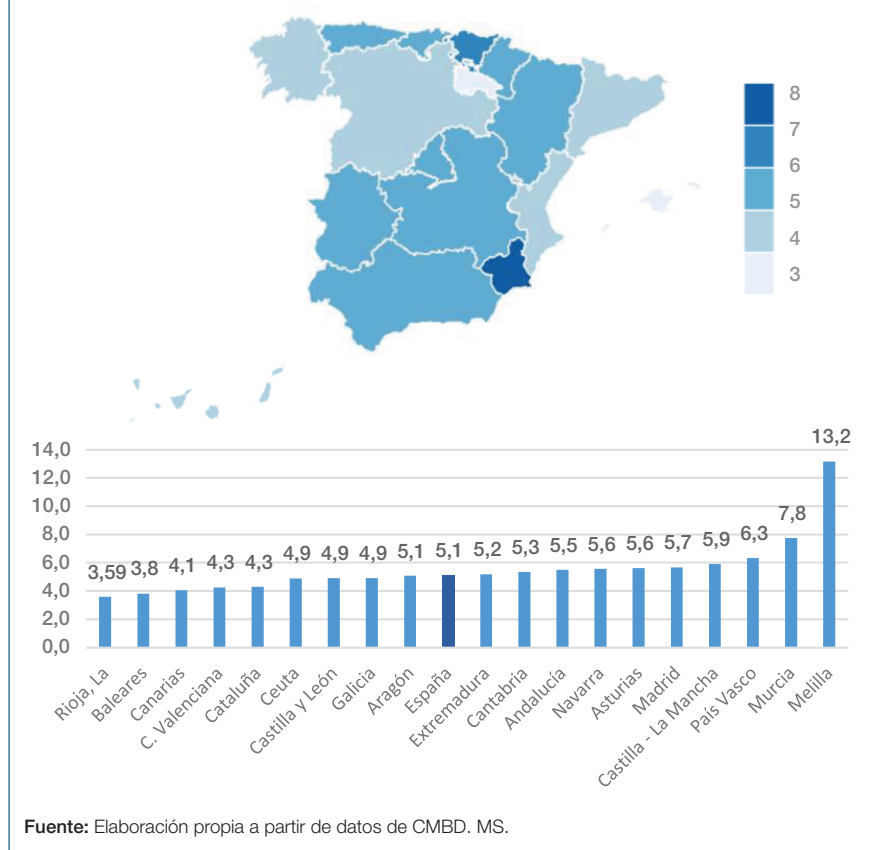
Gráfico 14. Tendencia de la tasa de mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico en España (2013 a 2017)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Registro de Actividad de Atención Especializada RAE-CMBD.MS.

Los datos de mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico en el año 2017 ponen de manifiesto diferencias territoriales, observándose un valor mínimo de la tasa de 3,59% y un máximo de 13,16%.

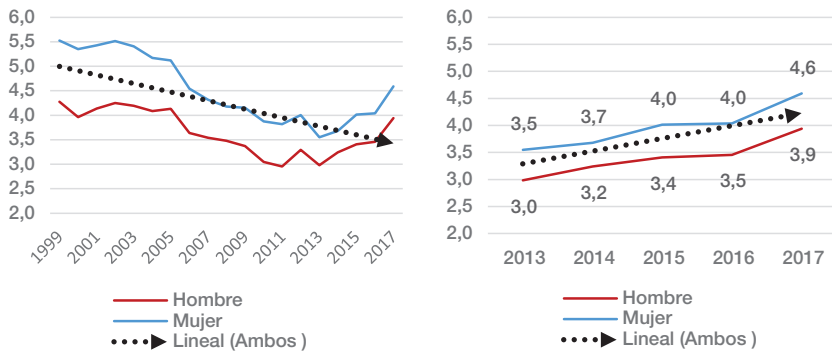
Gráfico 15. Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes en el año 2017



2.1.8 Tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular, ajustada por edad

El número de defunciones por enfermedad osteoarticular durante el año 2017 ha sido 4,35 por 100.000 habitantes, algo mayor en mujeres (4,59) que en hombres (3,94). Al observar la serie se ve una tendencia descendente cuando revisamos los datos de los últimos 20 años, pero, por el contrario, si se observan los datos de los 5 últimos años disponibles (2013 a 2017) el sentido de la tendencia cambia, circunstancia esta última que puede estar relacionada con mejoras en los registros.

Gráfico 16. Tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular ajustada por edad⁶ por cada 100.000 habitantes en España, año 1999 y 2013 a 2017



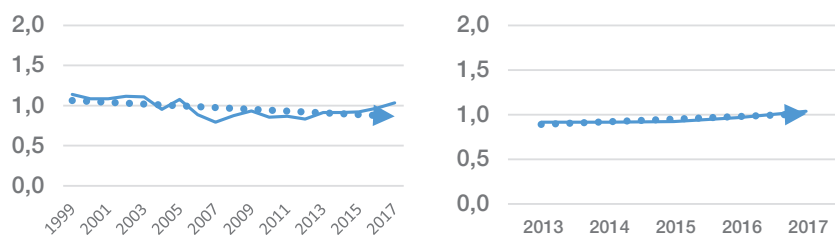
Fuente: Defunciones según causa de muerte, INE y elaboración propia MSSSI.

2.1.9 Tasa de mortalidad prematura por enfermedad osteoarticular

Este indicador hace referencia al número de defunciones en personas menores de 75 años por enfermedad osteoarticular, y su resultado durante el año 2017 ha sido 1,04 por 100.000 habitantes (1,08 en mujeres y 0,99 en hombres). Al observar los datos de los últimos 20 años se ve que la tendencia de la serie es descendente, pero, al igual que sucedía con el indicador anterior, con los datos de los 5 últimos años disponibles (2013 a 2017) el sentido de la tendencia cambia ligeramente.

⁶ <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/D/mortalidad-por-causa-de-muerte/anexos/notas-metodologicas>

Gráfico 17. Tendencia de la tasa de mortalidad prematura por enfermedad osteoarticular por cada 100.000 habitantes en España, año 1999 a 2017 y 2013 a 2017



Fuente: Defunciones según causa de muerte, INE y elaboración propia MS.

2.1.10 Porcentaje de población con discapacidad asociada a enfermedad osteoarticular autodeclarada (artritis/artrosis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante)

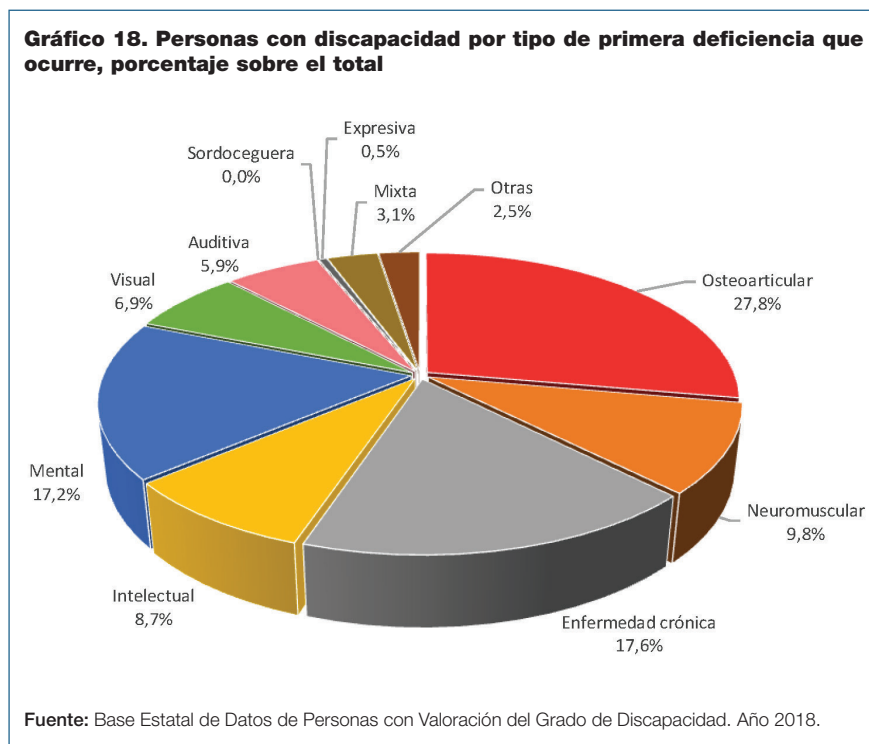
Tienen la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Conforme a ello, las personas en que concurren dichas condiciones y que, por tanto, tienen la consideración de persona con discapacidad a 31 de diciembre de 2018, ascienden a 3.078.350, de las cuales 50,19% son hombres.

La [Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia](#) fue la fuente seleccionada para obtener la información de este indicador, pero la última Encuesta publicada disponible es de 2008, anterior a la implantación de la Estrategia, y actualmente no contamos con sus datos más recientes.

Para subsanar este aspecto se ha utilizado la información de la [Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad, año 2018](#), que recoge información relativa al histórico de las personas que han solicitado el reconocimiento de la situación de discapacidad así como el resultado de las valoraciones, y aunque no es un registro oficial de personas con reconocimiento de situación de discapacidad, dispone de información actualizada sobre las características de las personas valoradas a efectos de la calificación de su grado de discapacidad, para la realización de estudios epidemiológicos. Dicha información es el resultado de la agregación de los datos aportados por todas las comunidades y ciudades autónomas respecto

a las valoraciones de discapacidad efectuadas con vigencia a fecha de 31 de diciembre de 2018.

En la discapacidad de una misma persona puede concurrir más de una deficiencia. Según los datos aportados por la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad de 2018, la deficiencia informada en primer lugar como osteoarticular afecta a 883.296 personas (394.384 hombres y 488.912 mujeres), y supone el grupo más numeroso, **27,9%** sobre el total.



Conclusiones

- La prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada muestra grandes diferencias territoriales y, como confirman los datos registrados en AP, es siempre superior en mujeres.
- Al desagregar por determinantes sociales se observa que la prevalencia de estas enfermedades en AP es superior en población desempleada, aunque estos datos pueden estar sesgados por la falta de información en episodios relacionados con actividad laboral, solo registrados por la Mutuas del Trabajo. Además, en mujeres, la prevalencia de artrosis, sín-

dromes lumbares, síndromes del cuello y artritis reumatoide es mayor en aquellas con menor renta. Se considera necesario profundizar en la influencia de los determinantes sociales, como el género, y su intersección en estas enfermedades.

- La tasa de altas por artroplastia cadera se ha incrementado un 14% en los cinco últimos años estudiados (2013-2017) y, aunque la tasa global es mayor en mujeres, para el grupo de menores de 65 años es muy superior en hombres. La tasa muestra grandes diferencias territoriales.
- La tasa de altas por artroplastia de rodilla también se ha incrementado un 17% en los cinco últimos años con datos. Esta tasa es siempre, en todos los grupos de edad estudiados, mayor en mujeres. Al igual que la de cadera la artroplastia de rodilla presenta una gran variabilidad territorial.
- Desde 2013 la tasa de altas por fractura cadera ha descendido, sobre todo en mujeres mayores de 65 años en las que ha pasado de 7,47‰ en 2013 a 7,06‰ en 2017.
- La tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera sigue una tendencia descendente desde 2013, siempre más elevada en hombres y con diferencias territoriales. La tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular ajustada por edad, sigue una tendencia descendente en los últimos 20 años, aunque se advierte un repunte si observamos los últimos 5 años con datos (2013 a 2017), circunstancia esta última que puede estar relacionada con mejoras en los registros.
- La causa más frecuente de declaración de discapacidad es la osteoarticular. Según los datos consultados, en 2018, las ERyMEs fueron la principal causa de la discapacidad en 883.296 personas. Mejorar el abordaje de la discapacidad de causa osteoarticular debería ser un reto de primer orden para el sistema sanitario.

2.2 Línea estratégica 1. Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Objetivos	Indicadores	Fuente
1.1 Promover la acción intersectorial para desarrollar actuaciones de promoción de la salud y de prevención de las ERYMEs.	Campañas, programas, planes o iniciativas para promoción de la salud musculoesquelética	CC. AA.
1.2 Promover espacios de participación social entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada.		
1.3 Aumentar el conocimiento de las ERYMEs y sus determinantes en la población general y por parte de las personas con responsabilidad en las administraciones públicas y en la población general.		
1.4 Aumentar el conocimiento de las ERYMEs y sus determinantes por parte de los responsables de las empresas y la población trabajadora.		
1.5 Reducir la prevalencia de los factores de riesgo relacionados con las ERYMEs mediante la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo de políticas que promuevan entornos saludables.	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población general. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas con enfermedad osteoarticular declarada. Prevalencia de sedentarismo en personas en población general. Prevalencia de sedentarismo con enfermedad osteoarticular declarada	Encuesta Nacional de Salud
2.1 Promover la equidad en las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población mediante la disminución de desigualdades sociales en salud (por género, nivel educacional, ocupacional, renta o territorio entre otros).		
1.6 Reducir la prevalencia de los factores de riesgos laborales que puedan causar o agravar las ERYMEs.	Prevalencia de trabajadores expuestos a factores de riesgo ergonómicos.	Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo

En 2013, el mismo año en que se puso en marcha la Estrategia de ERYMEs, fue aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS la [Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS \(EPSP\)](#), enmarcada en la [Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del SNS](#), con el objetivo general de fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables.

Los objetivos recogidos en la Estrategia de ERYMEs están alineados con la EPSP, que aborda, con un enfoque de curso de vida, los factores protectores y de riesgo con mayor importancia desde el punto de vista de la cronicidad: alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol, sumando también el bienestar emocional y la seguridad del entorno, con el objetivo de prevenir lesiones no intencionales, y realiza un abordaje por entornos (sanitario, educativo, comunitario). Entre sus líneas estratégicas se incluyen: equidad en salud, reorientación de los servicios

de salud, intersectorialidad en salud, empoderamiento en salud, entornos saludables y seguros, así como participación y acción comunitaria.

Las memorias de implementación de la EPSP⁷ recogen todas las actuaciones, documentación y materiales que se han llevado a cabo, entre las que destacan:

- Documento de [Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria vinculado con recursos comunitarios](#) cuyo objetivo es integrar de manera sistemática la intervención sobre estilos de vida saludable en la práctica clínica de AP. Propone algoritmos de abordaje de los factores priorizados en la EPSP para facilitar la toma de decisiones en la consulta en población adulta.
- [Plan de capacitación](#) de profesionales sanitarios y del ámbito local, que incluye cursos sobre prevención de la fragilidad y las caídas en las personas mayores, estilo de vida, etc.; en los que se han formado 30.896 personas, de las 17 CC. AA. y las 2 Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.
- [Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor y su Guía para desarrollar programas de actividad física multicomponente en recursos comunitarios y locales.](#)
- Desarrollo de la Web de estilos de vida saludable, cuya finalidad es proporcionar información útil y de calidad, ajustada a las diferentes necesidades de la ciudadanía; en ella se pueden encontrar recomendaciones, herramientas interactivas, vídeos y otros materiales y recursos de utilidad para hacer más saludables los estilos de vida.
- Publicación de las [Recomendaciones nacionales para la población sobre actividad física para la salud y reducción del sedentarismo.](#)

2.2.1 Objetivo 1: Disminuir la carga de enfermedad de las ERyMEs

2.2.1.1 Objetivo específico 1.1 Promover la acción intersectorial para desarrollar actuaciones de promoción de la salud y de prevención de las ERyMEs

La intersectorialidad es también una de las líneas estratégicas de la EPSP. La [implementación local de la EPSP](#), tiene el objetivo de adaptar las acciones de la EPSP a la realidad local, fomentar el trabajo intersectorial desde el enfoque de Salud en Todas las Políticas e identificar, coordinar y potenciar los recursos

⁷ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Memoria_Implementacion.htm

comunitarios para la promoción de estilos de vida y entornos saludables. Uno de los requisitos para la adhesión de los municipios es la creación de mesas de coordinación intersectorial donde estén representados, además del sector salud, otros sectores cuyas acciones tengan efectos en la salud de la población.

Para apoyar a los municipios en la puesta en marcha de estas mesas de coordinación intersectorial se elaboró la [Guía para la implementación local](#) y el [curso online Salud Local](#) que ha formado 8.317 profesionales sanitarios y del ámbito local entre 2015 y 2018.

A fecha 30 de octubre de 2020, hay 225 municipios adheridos a la EPSP y 133 en proceso de adhesión, y se han creado 194 mesas de coordinación intersectorial, contribuyendo a que las acciones de promoción de la salud y prevención tengan un enfoque intersectorial.

2.2.1.2 Objetivo específico 1.2 Promover espacios de participación social entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada

La implementación local de la EPSP incluye la Participación Ciudadana como un elemento clave y transversal de las mesas de coordinación intersectorial, a fin de promover la participación social, siendo la ciudadanía uno de los “sectores” priorizados para participar en las mismas. Esta participación está presente en aproximadamente un 60% de las mesas, con distintos grados de colaboración según las distintas modalidades de la Rueda de participación⁸.

Además, con el objetivo de promover la participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades, se han elaborado las guías: “[Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud](#)” y “[Participar para ganar salud](#)”.

2.2.1.3 Objetivo específico 1.3 Aumentar el conocimiento de las ERyMEs y sus determinantes en la población general y por parte de las personas con responsabilidad en las administraciones públicas y en la población general

Para obtener la información sobre la consecución de este objetivo se ha preguntado mediante un cuestionario dirigido a los representantes de la Estrategia en las CC. AA.

⁸ Página 58 de la Guía de la Implementación Local de la EPSP.

Tabla 4. Respuestas al cuestionario sobre la pregunta 1: ¿Existe en su CCAA algún tipo de acción, estrategia, plan, programa, campaña etc, iniciados para al abordaje de las ERYMEs?

¿Existe en su CCAA algún tipo de acción, estrategia, plan, programa, campaña etc., iniciados para al abordaje de las ERYMEs?	¿Incluye las siguientes líneas estratégicas?					
	Equidad y salud en todas las políticas: promoción y prevención	Capacitación y autonomía	Atención sanitaria y social	Gestión de la información sanitaria y Sistemas de Información	Formación e Investigación	
Andalucía	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Aragón	-	-	-	-	-	-
Asturias (Principado de)	-	-	-	-	-	-
Baleares (Islas)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Canarias	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO
Cantabria	-	-	-	-	-	-
Castilla y León	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Castilla-La Mancha	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ
Cataluña	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Com. Valenciana	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO
Extremadura	-	-	-	-	-	-
Galicia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Madrid (Com. de)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Murcia (Región de)	-	-	-	-	-	-
Navarra (C. Foral de)	-	-	-	-	-	-
País Vasco	-	-	-	-	-	-
Rioja (La)	NO					
Ceuta y Melilla	NO					

Fuente: Elaboración propia con datos del Cuestionario dirigido a las CC. AA.

Nueve CC. AA. declaran haber realizado acciones, estrategias, planes, programas o campañas para mejorar el conocimiento de estas enfermedades e incluyen la línea estratégica de equidad y Salud en Todas las Políticas.

Algunas CC. AA. (C. de Madrid, Andalucía⁹ y Cataluña¹⁰) declaran que tienen planes específicos para las ERYMEs, otras las incluyen en Planes Generales.

Canarias y Castilla y León disponen de procesos asistenciales integrados alineados con la Estrategia de ERYMEs, por ejemplo, Castilla y León los tiene para:

- Artrosis coxofemoral.
- Artrosis de rodilla.

⁹ <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAERMV4.pdf>

¹⁰ https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/estrategies_salut/malalties_reumatiques_i_de_laparell_locomotor

- Fibromialgia.
- Proceso asistencial de lumbalgia y/o radiculopatía de EEII.
- Prevención de fracturas por fragilidad.

Únicamente dos CC. AA. (Castilla y León, y Cataluña) informan que han realizado la evaluación de sus planes o actividades y aportan indicadores.

2.2.2 Objetivo 2: Disminuir las desigualdades sociales en salud desde un enfoque de los determinantes sociales de las ERYMEs

2.2.2.1 Objetivo específico 1.5 Reducir la prevalencia de los factores de riesgo relacionados con las ERYMEs mediante la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo de políticas que promuevan entornos saludables y

2.2.2.2 Objetivo específico 2.1 Promover la equidad en las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población mediante la disminución de las desigualdades sociales en salud (por género, nivel educacional, ocupacional, renta o territorio entre otros)

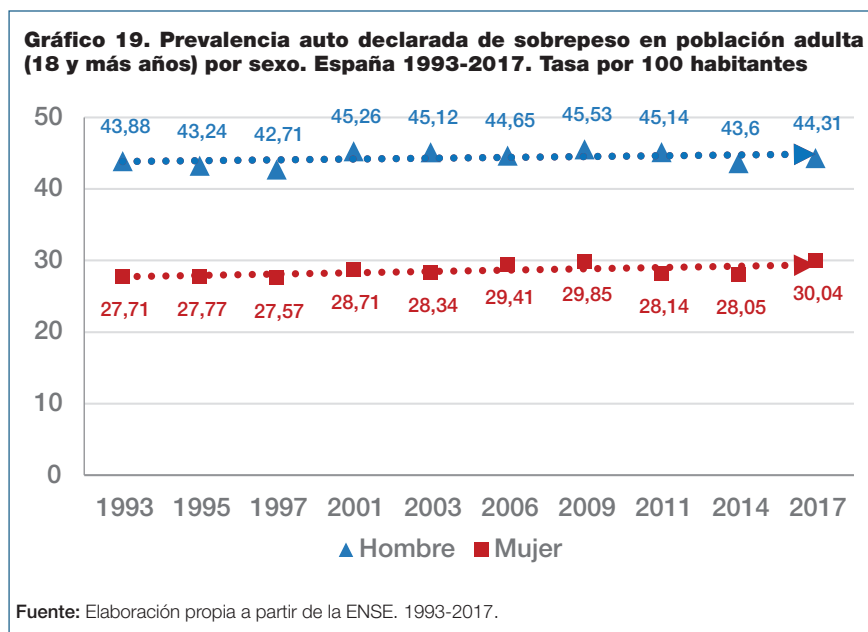
Reducir las desigualdades sociales en salud producidas por razones geográficas, étnicas, culturales, de género, clase social, diversidad funcional u otros determinantes sociales de la salud es un objetivo de la [Estrategia Nacional de Equidad](#) y un principio rector de la EPSP. Para ello, se cuenta con la “[Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud](#)”, que tiene el objetivo de proporcionar una herramienta práctica para facilitar la integración efectiva de la equidad tanto en el sector salud, como en otros sectores. A su vez, en el marco de la implementación local de la EPSP¹¹ ha desarrollado la “[Herramienta breve de reflexión sobre cómo integrar la equidad en las políticas municipales](#)”. Además, desde un punto de vista de equidad en salud, cobran especial importancia las desigualdades sociales en salud existentes en población gitana. Estas desigualdades se analizan en detalle en las dos ediciones de la [Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana](#) realizadas hasta ahora (2006 y 2014), en las que se realiza

¹¹ https://www.msrebs.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Paso3_Avanzando_Implementacion.htm

un análisis comparativo con las Encuestas Nacionales de Salud más cercanas temporalmente a su edición.

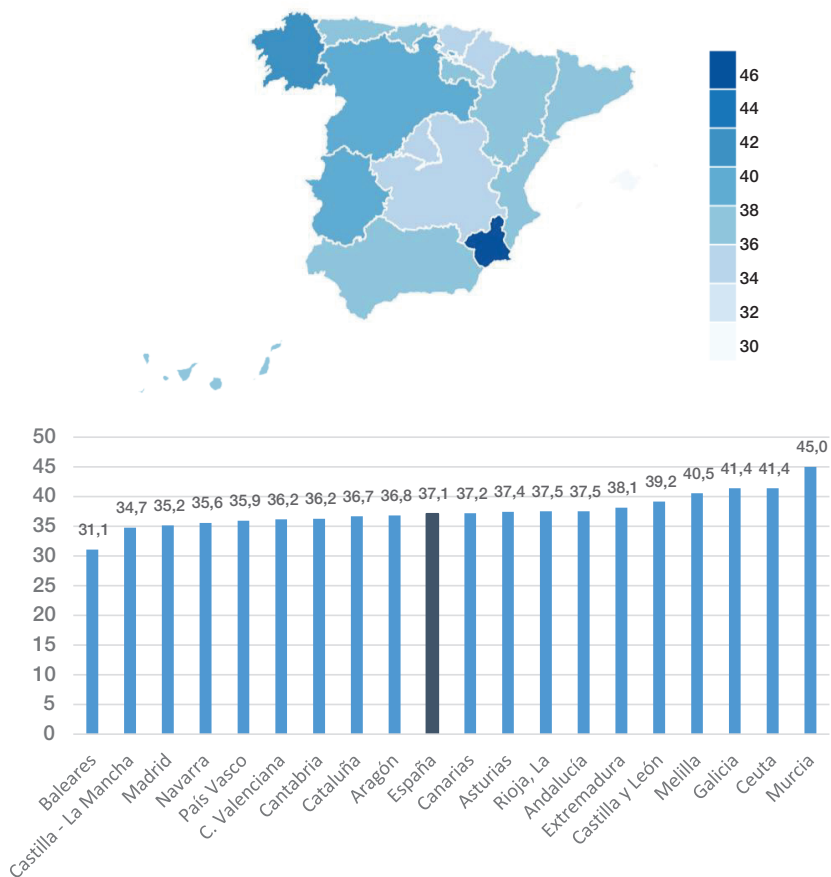
Los indicadores de prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre en la población adulta, se han desagregado por sexo, CC. AA., clase social según ocupación y nivel de estudios cuando ha sido posible.

La prevalencia auto declarada del **sobrepeso** (índice de masa corporal ≥ 25 Kg/m²) en España, desde 1993 hasta 2017, se ha mantenido estable a lo largo de la serie, mostrando siempre valores superiores en hombres.



Para el año 2017 la prevalencia autodeclarada de sobrepeso en España ha sido de 37,07% (44,31 en hombres vs 30,04 en mujeres), al desagregar los datos de ese año por CC. AA. se observan diferencias territoriales que tienen un valor máximo de 44,98 y un mínimo de 31,08.

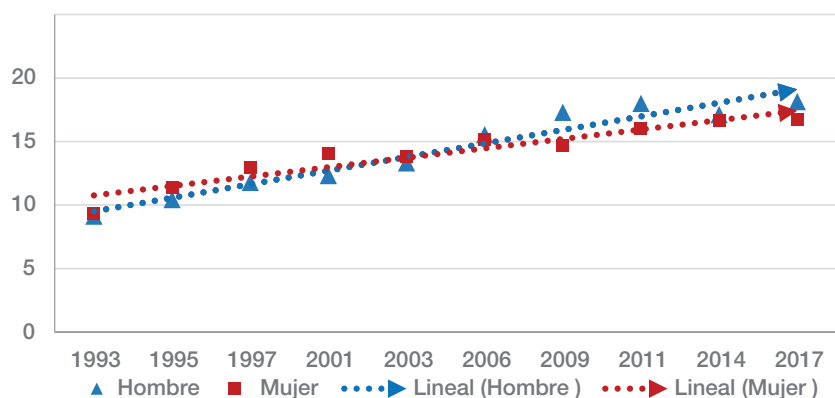
Gráfico 20. Distribución de la prevalencia auto declarada de sobrepeso en población adulta (18 y más años). Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

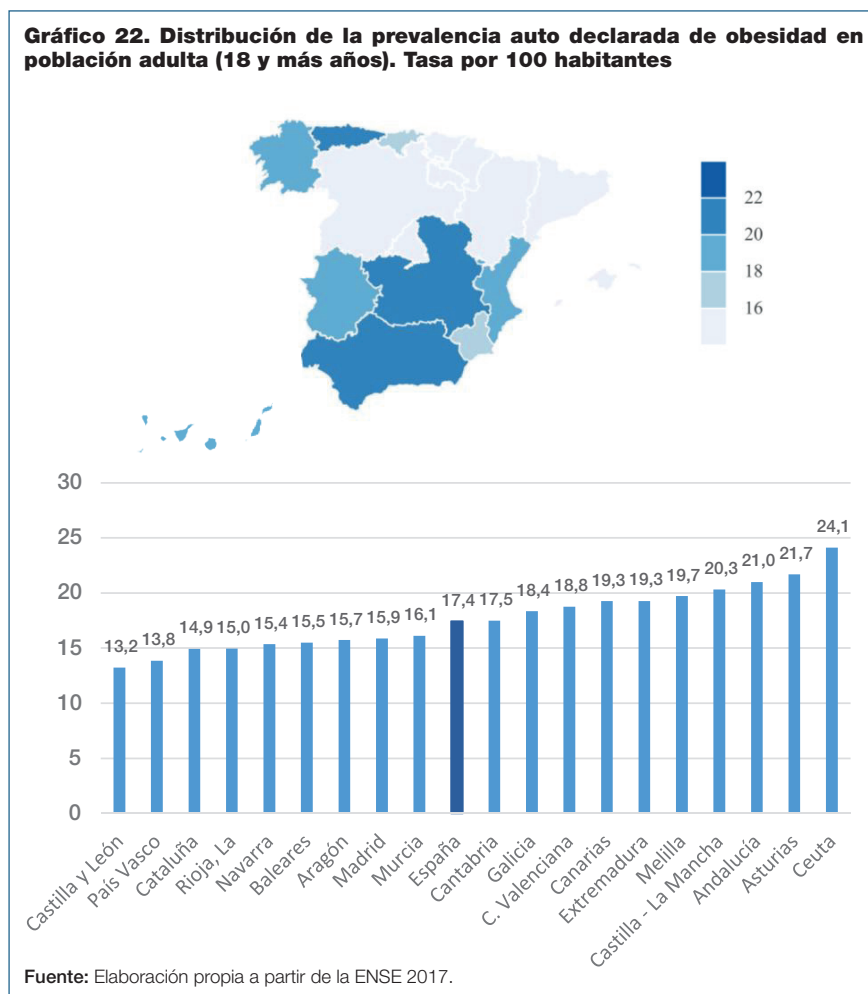
La prevalencia autodeclarada de **obesidad** (índice de masa corporal ≥ 30 Kg/m²) en España, desde 1993 hasta 2017, ha seguido una tendencia claramente ascendente, pasando de 9,22% en 1993 a 17,43% en 2017. Las diferencias entre hombres y mujeres son estrechas, aunque en hombres asciende más rápidamente.

Gráfico 21. Prevalencia auto declarada de obesidad en población adulta (18 y más años) según sexo. España 1993-2017. Tendencia de la tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

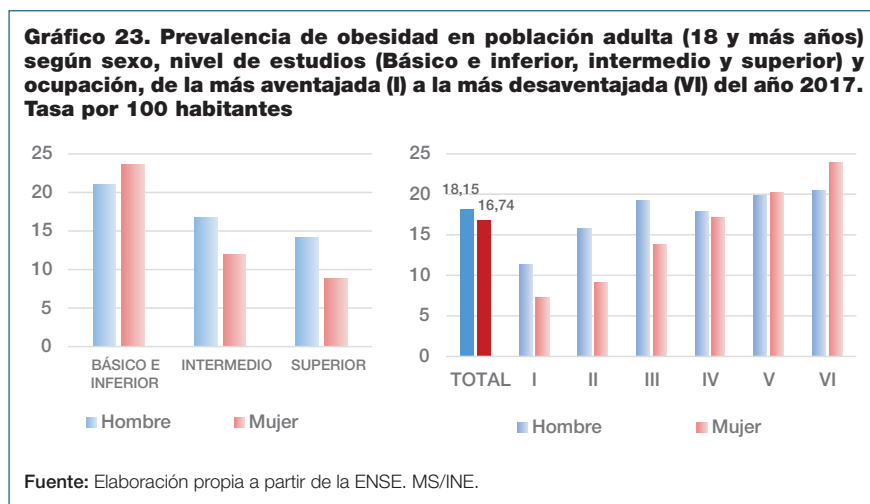
Se observan marcadas diferencias territoriales que quedan reflejadas en el mapa y la Gráfico siguiente:



La distribución de la prevalencia de obesidad en función del nivel de estudios y de la ocupación¹² muestra diferencias notables que reflejan las desigualdades existentes. En mujeres con nivel básico de estudios la prevalencia de obesidad en 2017 es de 23,65% y entre aquellas con nivel superior la prevalencia es 8,8%.

¹² https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_Descrip_variab_comp.pdf

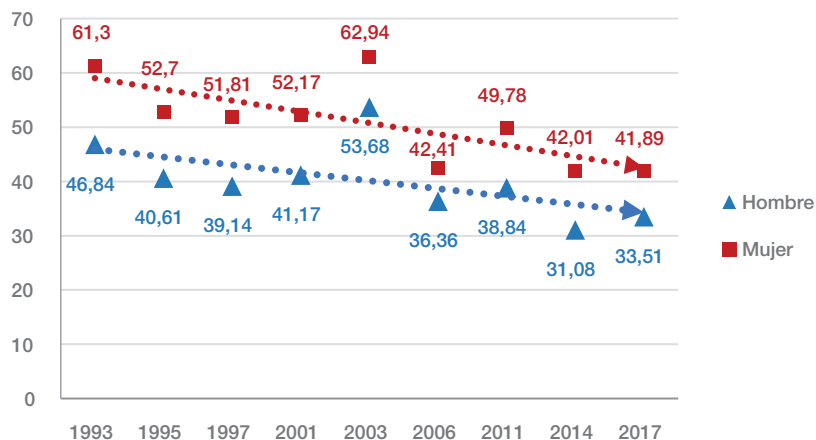
Al no disponer de la serie temporal de estos valores, no es posible determinar si el gradiente, según nivel de estudios y ocupación observado en la distribución de la prevalencia de obesidad, ha ido variando con el tiempo, por lo tanto, no es posible evaluar si las desigualdades se han ido reduciendo, manteniendo o si se han ampliado.



Los datos de la evolución de la prevalencia del **sedentarismo**¹³ durante el tiempo de ocio en España entre los años 1993 a 2017 señalan una disminución de la tendencia, tanto en hombres como en mujeres, aunque los porcentajes de sedentarismo son siempre superiores en las mujeres, diferencia que se mantiene en toda la serie.

¹³ Llamamos sedentarismo a aquellas actividades que realizamos las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas, y que utilizan muy poca energía (Ministerio de Sanidad).

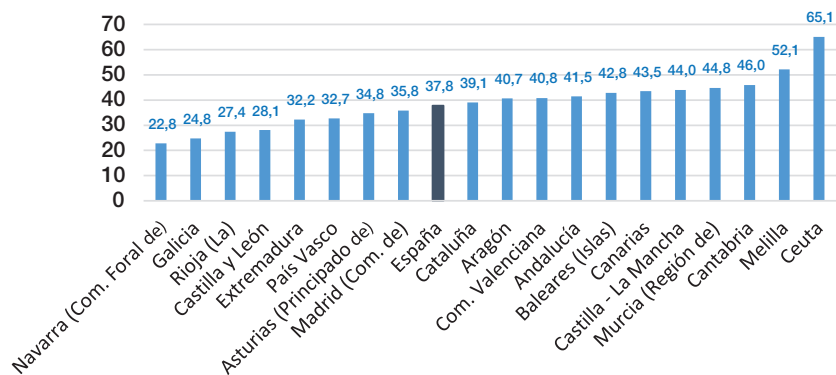
Gráfico 24. Tendencia de la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo de ocio en población adulta por sexo. Tasa por 100 habitantes España 1993-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

La distribución de sedentarismo durante el tiempo de ocio muestra gran variabilidad entre las diferentes CC. AA., en el año 2017 el rango de la distribución tiene el mínimo en 22,79% y el máximo en 65,05%, con una media de 37,81%.

Gráfico 25. Distribución de la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo de ocio en población adulta por CC. AA. en el año 2017 Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

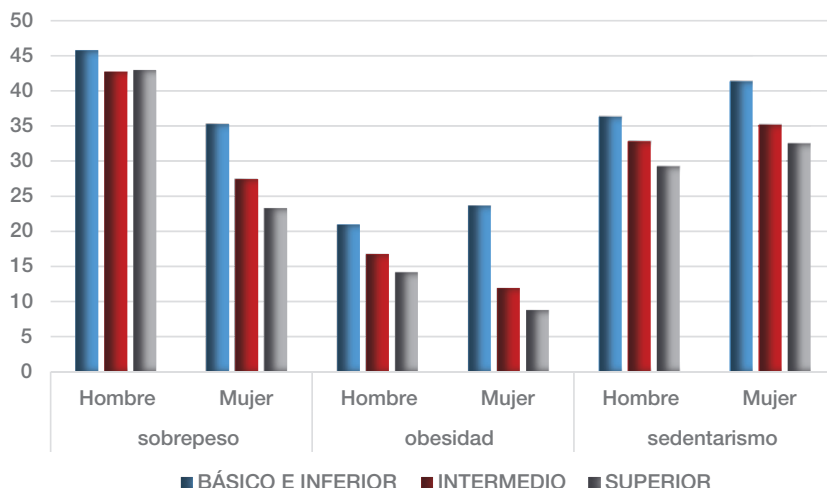
Respecto al sedentarismo en el trabajo o actividad principal, el 38,3% de la población mayor de 15 años, estudiante, trabajadora o dedicada a labores del hogar¹⁴, permanece sentada la mayor parte de la jornada (hombres y mujeres en proporciones similares), y el 40,8% permanece de pie la mayor parte de su jornada laboral, sin efectuar grandes esfuerzos ni desplazamientos (siendo esta proporción mayor en mujeres: 46,6%).

Se observa un aumento de la tendencia de quienes declaran pasar la mayor parte del tiempo sentados: en 2006 eran el 32,7% y en 2017 el 38,3%, siendo este último el dato más elevado de toda la serie desde 1993. El incremento se observa en hombres y mujeres por separado y en todas las clases sociales. En cambio, la proporción de los que declaran pasar la mayor parte de su jornada de pie, ha ido descendiendo desde 1993, manteniéndose estable desde 2006.

Al desagregar los datos de la ENSE de 2017 sobre prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre, en función del nivel de estudios, se observa que en general disminuyen a medida que aumenta el nivel de estudios, y que esta diferencia observada es mayor en mujeres. Así, por ejemplo, la prevalencia de sobrepeso en mujeres con nivel de estudio básico es de 35,25% y para hombres de 45,79%, en cambio para el nivel de estudios superior la prevalencia es de 23,29% en mujeres y de 42,96% para hombres, es decir, que al mejorar el nivel de estudios la diferencia entre hombres y mujeres se incrementa siendo los resultados mucho más favorables para las mujeres. En obesidad y sedentarismo la tendencia es similar (gráfico 26).

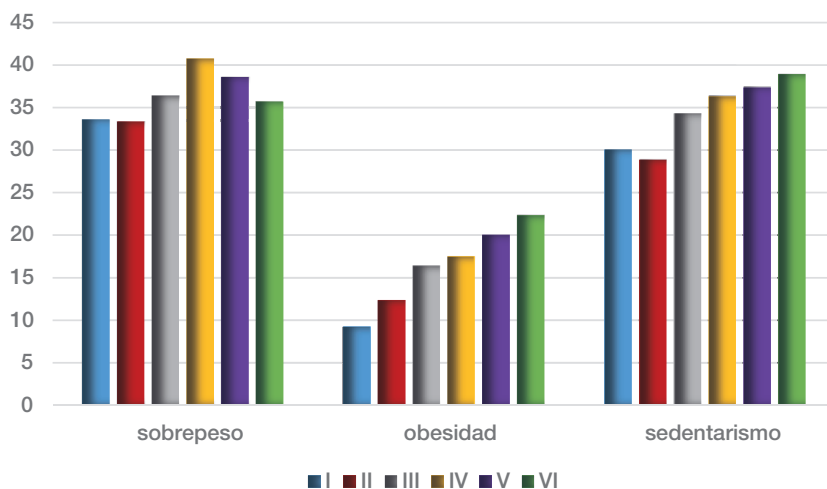
¹⁴ Informe #2 Actividad física, descanso y ocio. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017 Serie informes monográficos. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ACTIVIDAD_FISICA.pdf

Gráfico 26. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en población adulta por sexo y nivel de estudios. España 2017. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ENSE 2017.

Gráfico 27. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre en población adulta por clase social basada en la ocupación, de la más aventajada (I) a la más desaventajada (VI). España 2017. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

Al observar los datos en función de la clase social basada en la ocupación de la persona (ver anexo I), no se ve una relación clara con la prevalencia de sobrepeso, sin embargo, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre siguen un gradiente, de manera que se van incrementando al disminuir la clase social basada en la ocupación.

Al no disponer de la serie temporal de estos valores, no es posible determinar si el gradiente observado en la distribución de la prevalencia de obesidad y sedentarismo en el tiempo libre ha ido variando con el tiempo.

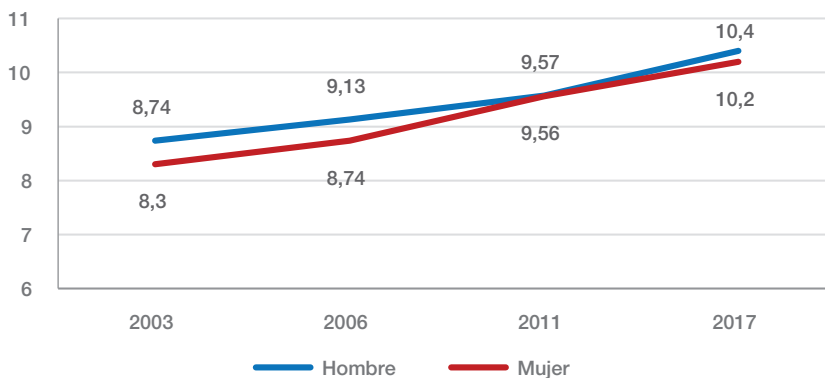
Estos resultados muestran la importancia de seguir favoreciendo que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su lugar de residencia, posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales y estructurales. Para ello, es fundamental identificar los mecanismos que pueden estar generando estas desigualdades, y poner en marcha actuaciones intersectoriales que permitan aumentar el acceso a alimentos saludables y generar entornos físicos y sociales en los que las elecciones saludables sean las más fáciles de tomar, a fin de reducir las desigualdades existentes que contribuyen a una distribución desigual de la carga de las ERYMEs en la población.

Prevalencia de obesidad en población infantil desagregada por sexo, clase social basada en la persona de referencia y CC. AA.

La prevalencia declarada de obesidad en población infantil en España muestra un incremento tanto en niños como en niñas a lo largo de serie de encuestas para las que tenemos resultados (2003 a 2017)¹⁵.

¹⁵ En este indicador el índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla). El IMC aplicable para definir la obesidad entre 2 y 17 años, se calcula en función del sexo y la edad usando los puntos de corte establecidos por Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6).

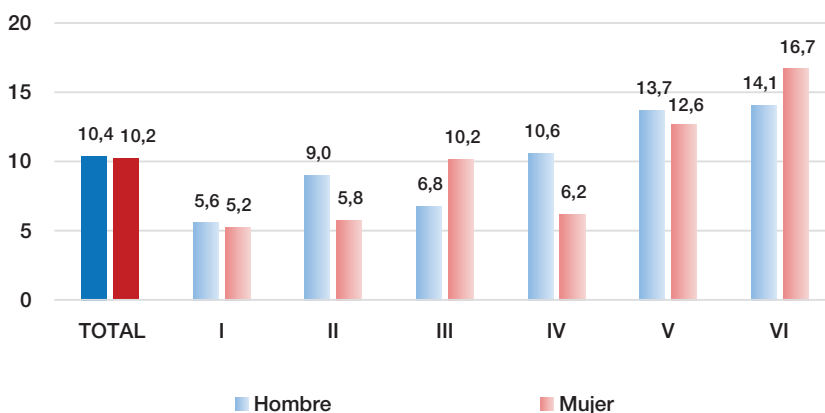
Gráfico 28. Prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años) desagregado por sexo. España 2003-2017. Tasa por 100



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

La distribución de la prevalencia de obesidad infantil en función de la clase social basada en la ocupación de la persona de referencia muestra diferencias muy marcadas, así en la clase social más aventajada (I) la prevalencia de obesidad es de 5,6% en niños y 5,2% en niñas, mientras que para la clase social más desaventajada (VI) es de 14,1% en niños y 16,7% en niñas.

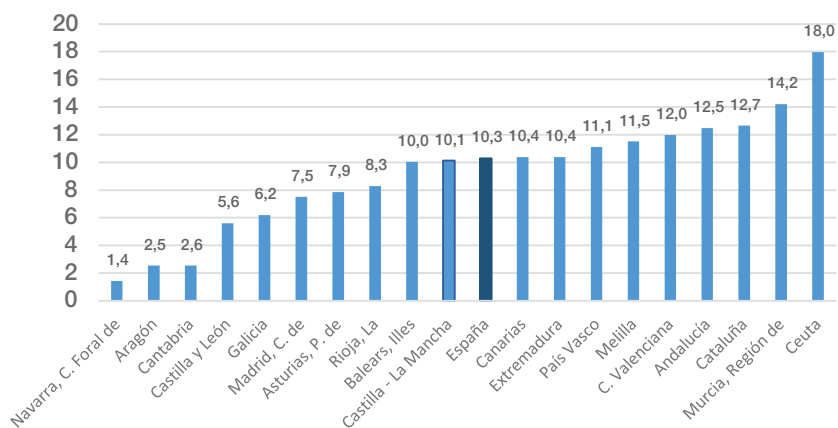
Gráfico 29. Prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años) según sexo, y clase social basada en la ocupación, de la más aventajada (I) a la más desaventajada (VI) del año 2017. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

La distribución de obesidad en población infantil por CC. AA. se ha obtenido con datos de 2017, la media global es de 10,1%, y se observan importantes diferencias territoriales con un rango muy amplio que tiene el mínimo en 1,4% y el máximo en 18%.

Gráfico 30. Distribución de la prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años). Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

En la Encuesta sobre conductas de salud en escolares (estudio HBSC), en los resultados de la edición de 2018¹⁶ se observa que en la adolescencia, entre 11 y 18 años, el 3,1% presenta obesidad y el 14,4% sobrepeso. Siendo mayor el porcentaje de sobrepeso en chicos (16,9%) frente a las chicas (11,8%). Esta tendencia se repite en obesidad, padeciendo los chicos mayor obesidad (3,6%) frente a las chicas (2,6%). Se observa que el sobrepeso es mayor en el grupo de menor edad (11-12 años) con un 15,5%, frente al grupo de mayor edad (17-18 años) que presenta 13,1%; en el caso de la obesidad no se observan estas diferencias. Por otro lado, hay un claro gradiente de mayor sobrepeso u obesidad a menor capacidad adquisitiva de la familia, con un 23,8% en los chicos y las chicas de familias de capacidad adquisitiva baja, 17,7% en los de capacidad adquisitiva media, y 13,5% en los de familias con mayor capacidad adquisitiva. Estas cifras ponen de manifiesto, que además de la educación para la salud, la cuestión relevante en materia de salud pública es la disponibilidad y el coste de la comida sana y nutritiva. Según un informe

¹⁶ Estudio HBSC 2018: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2018/HBSC2018_ResultadosEstudio.pdf

de la OMS, publicado en 2003, el acceso a alimentos buenos y asequibles marca más la diferencia de lo que comen las personas que la educación para la salud que puedan recibir.¹⁷

Es fundamental promover un buen comienzo en la vida con entornos y condiciones de vida que faciliten elegir la opción más saludable desde la primera infancia ya que contribuyen a alcanzar una mejor salud, facilitando adoptar estilos de vida saludables que permanecen en la edad adulta y favorecen un mejor desarrollo personal. Actuar en los primeros años de vida es la forma más eficaz de evitar las desigualdades duraderas. Por ello, es especialmente importante priorizar aquellas políticas e intervenciones con enfoque de equidad, que intervengan desde el embarazo y las edades más tempranas, en las que participen los diferentes sectores involucrados.

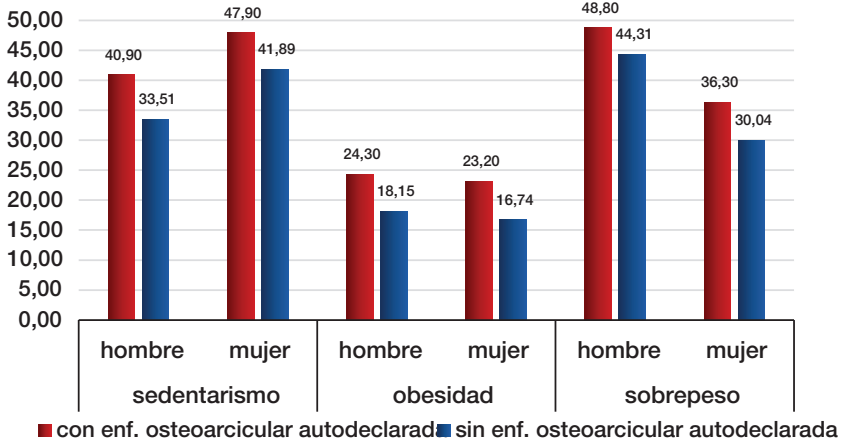
Sobrepeso, obesidad o sedentarismo en el tiempo libre, en personas con enfermedad osteoarticular

La prevalencia de sobrepeso, obesidad o sedentarismo en el tiempo libre en personas con enfermedad osteoarticular incluye a aquellas de 15 y más años que declaran tener al menos una de las siguientes enfermedades: artritis reumatoide, osteoporosis, dolor de espalda crónico (cervical y/o lumbar). En ellas la prevalencia de sobrepeso en 2017 ha sido 40,9%, frente a 37,07% en la población general; la prevalencia de obesidad ha sido 23,60%, seis puntos por encima de la media global (17,43%); y la de sedentarismo en el tiempo libre ha sido 45,40%, también superior a la media global de la población que ha sido 37,81%.

La mayor prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en estos pacientes puede ser un factor de riesgo de las ERYMEs o bien una consecuencia de ellas, en cualquier caso, parece necesario reforzar la promoción de estilos de vida saludable y de ejercicio físico adaptado a las ERYMEs que pudieran beneficiarse de él.

¹⁷ Social determinants of health. The solid facts. Second edition. © Organización Mundial de la Salud, 2003: Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot

Gráfico 31. Distribución de la prevalencia declarada de obesidad, sobrepeso y sedentarismo en personas con y sin enfermedad osteoarticular declarada, desagregada por sexo. Tasa por 100 habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

2.2.2.3 Objetivo específico 1.6 Reducir la prevalencia de los factores de riesgo laborales que puedan causar o agravar las ERYMEs.

Prevalencia de trabajadores expuestos a factores de riesgo ergonómicos

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) realiza periódicamente la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo con el objetivo de aportar información estadística sobre las condiciones de trabajo y salud de los distintos colectivos de personas trabajadoras. Esta encuesta analiza la exposición los siguientes riesgos ergonómicos: posiciones dolorosas o fatigantes, levantar o mover personas, llevar o mover cargas pesadas y realizar movimientos repetitivos de manos o brazos.

Los riesgos de carácter ergonómico más extendidos siguen siendo la exposición, durante al menos una cuarta parte del tiempo de trabajo diario, a movimientos repetitivos de manos o brazos (que afecta al 69% de los trabajadores), las posiciones dolorosas o fatigantes (54%) y llevar o mover cargas pesadas (37%). La actividad de levantar o mover personas implica al 11% de las personas trabajadoras.

El informe de la [Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS-España](#) señala que desde 2010 ha aumentado significativamente la

exposición a tres de los cuatro riesgos estudiados: las posiciones dolorosas o fatigantes (7,2 puntos porcentuales), llevar o mover cargas pesadas (6,1 puntos) y levantar o mover personas (4,2 puntos). También pone de manifiesto que los hombres manejan cargas pesadas en mayor proporción que las mujeres (43% y 29%, respectivamente), mientras que las mujeres levantan o mueven personas en mayor medida que los hombres (17% y 5%, respectivamente). Las actividades que presentan mayor frecuencia de riesgos ergonómicos son construcción, agricultura, comercio y hostelería y salud. El informe también señala que el 88% de las personas trabajadoras manifiesta que están “bien” o “muy bien” informadas sobre los riesgos para la salud y la seguridad en su trabajo, porcentajes similares a los obtenidos en 2010. El informe pone de manifiesto que la falta de información es especialmente frecuente en mujeres, menores de 35 años, personas trabajadoras por cuenta ajena, personas con contrato temporal o que trabajan sin contrato y aquellas que trabajan a tiempo parcial.

Conclusiones

- En el abordaje de las ERYMEs hay importantes diferencias territoriales. Algunas CC. AA. cuentan con planes específicos, otras las incluyen en planes generales y otras tienen procesos asistenciales integrados en línea con esta Estrategia. Casi todas incluyen la equidad, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como línea estratégica en su abordaje. Según la información aportada por las CC. AA. la evaluación de las acciones o planes está poco desarrollada, tan sólo dos comunidades declaran haber evaluado los resultados y aportan los indicadores que utilizan. Hay que señalar que alguno de los Planes específicos es bastante reciente y aún no ha transcurrido el tiempo que ellos mismos han fijado para realizar su evaluación.
- En población adulta, la prevalencia auto declarada del sobrepeso en España, desde 1993 hasta 2017, se mantiene estable y muestra valores superiores en hombres. En relación a la obesidad, se aprecia una clara tendencia ascendente, no existiendo grandes diferencias entre hombres y mujeres. Los datos de la prevalencia del sedentarismo durante el tiempo de ocio señalan una tendencia descendente, tanto en hombres como en mujeres.
- Al desagregar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre por CC. AA., se observan diferencias que son especialmente importantes para la obesidad y el sedentarismo (con un rango de 13,2% a 24,1% y 22,79% a 65,05% respectivamente). Además, al desagregarlos en función de la clase social basada en la ocupación, tanto para la obesidad como el sedentarismo, se observa claramente

un gradiente de manera que la prevalencia se incrementa al disminuir la clase social.

- En relación a la prevalencia declarada de obesidad en población infantil, para el periodo 2003 a 2017 se observa un incremento tanto en niños como en niñas a lo largo de la serie, con diferencias muy marcadas al desagregar por CC. AA. (en 2017 el rango tiene el mínimo en 1,4% y el máximo 18,0%), y por la clase social basada en la ocupación; y al igual que en población adulta, muestra las desigualdades existentes, ya que la prevalencia de obesidad sigue un gradiente siendo mayor en las clases sociales más desaventajadas.
- Dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS se ha avanzado en el abordaje intersectorial, con enfoque de curso de vida y equidad en las acciones de promoción de la salud, particularmente en la promoción de estilos de vida y entornos saludables, así como en la prevención de factores de riesgo de las principales enfermedades crónicas, si bien es preciso continuar avanzando con el trabajo iniciado.
- En pacientes con enfermedad osteoarticular la prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo es superior a la media. Todo esto puede suponer un factor de riesgo de las ERYMEs o ser una consecuencia de ellas, en cualquier caso, parece necesario reforzar objetivos de promoción de estilos de vida saludable en este tipo de pacientes, y en particular incrementar el ejercicio físico adaptado a las ERYMEs que pudieran beneficiarse de él.
- Estos resultados muestran la importancia de seguir favoreciendo que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su lugar de residencia, posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales y estructurales. Por lo tanto, resulta básico reforzar la Línea estratégica 1: Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2.3 Línea estratégica 2. Capacitación y autonomía

Objetivos	Indicadores	Fuente
2.1 Promover programas de educación para la salud dirigidos a enfermos y personas cuidadoras, específicos según patologías y a personas sanas sobre estilos de vida saludables, con especial atención a grupos sociales vulnerables.	Programas de educación para la salud que incorporan a personas cuidadoras de pacientes con ERyMEs por CC. AA.	CC. AA.
2.2 Promover la educación por pares: fomentar la participación de los enfermos y asociaciones de enfermos en la educación dirigida a ellos mismos y a sus cuidadores.	Programa de educación por pares relacionados con ERyMEs.	CC. AA.

2.3.1 Objetivo 3: Fortalecer la capacidad de las personas enfermas y personas cuidadoras para hacerles co-responsables en la gestión de su salud y proporcionarles mayor autonomía

En el **questionario** se ha preguntado acerca de esta línea estratégica y ocho CC. AA. han declarado haber realizado algún tipo de acción, estrategia, plan, programa, campaña etc., para mejorar la capacitación y autonomía de pacientes y personas cuidadoras. Tan solo una comunidad de las que han declarado tener implantada la Estrategia no ha incluido este aspecto de la misma.

El Ministerio de Sanidad cuenta con la Web **Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía** (<https://www.redescuelassalud.es/>) como instrumento de capacitación y autonomía de las personas. Esta propuesta se inauguró a finales de 2015, con el objetivo de promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el empoderamiento de las y los pacientes mediante la mejora de la capacitación en salud y autogestión de la enfermedad, incrementando así el conocimiento y la adquisición de competencias en cuidados y autocuidados, en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Además, tiene la finalidad de poder optimizar los recursos procedentes de las CC. AA. poniéndolos a disposición de pacientes, familiares y personas cuidadoras, con dos premisas esenciales, la actualización y calidad científico-técnica de los contenidos y por otra parte la comprensibilidad por parte de cualquier ciudadana o ciudadano.

La página web de la Red de Escuelas, fue creada a partir de la identificación y priorización de distintos colectivos ciudadanos, y sus aspectos de navegación y diseño fueron formulados por los mismos colectivos.

Desde 2015 se han ido incorporando a la Red nuevos recursos y nuevas entidades, tras la solicitud formal de las CC. AA. y demostrar que satisfacen los requisitos establecidos para formar parte del Comité Técnico de la Red. En el momento actual las entidades incluidas son: Programa Paciente Experto Cataluña, Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, Escuela de Salud del País Vasco, Escuela de Salud de Navarra, Escuela Andaluza de Pacientes, Programa Paciente Activo de I. Baleares, Escuela de Salud de Murcia, Escuela cántabra de salud, Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha, Escuela de Salud de Aragón, Programa Paciente Activo de Asturias, el Programa Paciente Activo de la G. Valenciana y la Escuela Madrileña de Salud.

La siguiente tabla muestra la métrica de la página como seguimiento de su funcionalidad:

Año	Nº total visitas (sin spam)/año	Tiempo medio duración en página	Contenidos/ páginas visitadas	% visitantes mujeres	Dispositivo de consulta (% PC)
2016	5.595	3-10 minutos	20.329	68,2%	76,9%
2017	5.934	3-10 minutos	22.505	67,8%	72%
2018	7.023	3-10 minutos	35.022	68,4%	68,5%

Se observa un incremento en el número total de visitas, a las cuales se les ha filtrado la contabilización del spam, que pueden desfigurar la idea del uso real de la web. Desde el punto de vista demográfico, las personas que usan en mayor medida este recurso son las mujeres de todos los grupos etarios, con la salvedad de más de 64 años, que son hombres. Además, en este periodo 2016-2018, se aprecia una tendencia ascendente en el grupo de 25 a 34 años, y un aumento del uso de dispositivos móviles en detrimento del uso del PC.

Esta página web surge como parte de las acciones de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS y su finalidad es proporcionar información útil y de calidad, ajustada a las diferentes necesidades de la ciudadanía; en ella se pueden encontrar recomendaciones, herramientas interactivas, vídeos y otros materiales y recursos de utilidad para hacer más saludables los estilos de vida.

Específicamente en artritis reumatoide, la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis) con la colaboración de OpenReuma (profesionales relacionados con la atención a ERyME) puso en marcha en 2018 **‘Paciente Activo con Artritis Reumatoide’**, el primer programa formativo que se desarrolla en torno a esta patología, declarado de interés social por la Sociedad Española de Reumatología (SER). <http://www.pacienteactivoconartritis.com/>. El objetivo del programa es promover el rol del paciente como principal responsable del autocuidado en artritis reumatoide, a través de contenidos *on line* y talleres presenciales, facilitando la adquisición de las competencias necesarias para gestionar los síntomas de la enfermedad, mejorar la adherencia, incorporar estilos de vida saludables, y estrategias para enfrentarse al día a día con una mejor calidad de vida.

Conclusiones

- Se observa un incremento del número de visitas a este tipo de contenidos relacionados con la Educación para la Salud lo que puede relacionarse con una mayor demanda de este tipo de formación por parte de pacientes y cuidadores.
- La formación en patología osteoarticular tiene gran importancia en general, y cobra mayor relevancia si se enfoca desde el punto de vista de las posibilidades que tiene para evitar retrasos diagnósticos en patología reumática y músculo esquelética inicialmente reversible.
- La administración debería trabajar conjuntamente con las asociaciones de pacientes y sociedades científicas para mantener la calidad de los contenidos relacionados.
- Las asociaciones de pacientes en materia de salud son un claro aliado y vehículo en la transmisión a los pacientes y ciudadanía en general.

2.4 Línea estratégica 3. Atención sanitaria y social

Objetivos	Indicadores	Fuente
4.2 Facilitar un sistema de derivación urgente o preferencial para los procesos en relación con ERYMEs que esté centrado en el paciente.	Unidades y mecanismos de acceso diferenciado (consultas de artritis precoz...)	CC. AA.
	Nº de fisioterapeutas en equipos de Atención Primaria.	SIAP CC. AA.
4.4 Preservar la capacidad y reducir el impacto que producen las ERYMEs sobre la IT e IP.	Incidencia y prevalencia de IT por ERYME por código CIE.	INSS
	Duración media de las IT por ERYME.	INSS
	Prevalencia de IP por ERYME.	INSS
5.1 Establecer mecanismos de comunicación fluida orientada a compartir información clínica y de pruebas complementarias que garanticen la coordinación efectiva entre ámbitos asistenciales.	Herramientas de coordinación AP-AE: especialista consultor, sesiones compartidas AP-AE, PIC virtual, consultas no presenciales, protocolos de ERYMEs.	CC. AA.
5.2 Consensuar y coordinar los circuitos asistenciales entre los profesionales implicados para los procesos de las ERYMEs de mayor magnitud (mayor prevalencia y/o gravedad).		
6.1 Homogeneizar la práctica clínica, los procesos de diagnóstico y el tratamiento en las ERYMEs evitando la variabilidad no justificada.	Guías integradas de práctica clínica y otras iniciativas de mejora de la práctica clínica (procesos asistenciales integrados, protocolos, consensos) con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS.	CC. AA.
6.3 Mejorar la seguridad de los enfermos con ERYMEs en los tratamientos crónicos.	Dosis diarias de antiinflamatorios no esteroideos por cada mil personas con problemas osteoarticulares.	BDCAP
	Dosis diarias de analgésicos opiáceos por mil personas con problemas osteoarticulares.	BDCAP
6.4 Identificar las necesidades de los pacientes en la esfera biopsicosocial.	Planes que incorporen el abordaje psicosocial de las ERYMEs.	CC. AA.

Esta Línea Estratégica agrupa objetivos específicos y acciones de tres grandes objetivos generales: garantizar la prioridad en derivaciones que se beneficiarían de la intervención precoz, asegurar la continuidad asistencial y proporcionar una práctica clínica segura y de calidad.

2.4.1 Objetivo 4: Garantizar la prioridad de acceso en las derivaciones para procesos agudos con alto riesgo de discapacidad o incapacidad prevenible y con evidencia científica del beneficio de intervención precoz

2.4.1.1 Objetivo Específico 4.2 Facilitar un sistema de derivación urgente o preferencial para los procesos en relación con ERYMEs que esté centrado en el paciente

En el cuestionario dirigido a las CC. AA. nueve han respondido que tienen planes o estrategias para el abordaje de las ERYMEs (tabla 5), y de ellas siete han señalado que tienen desarrollado el objetivo 4 de la Línea Estratégica de atención sanitaria y social, y que tienen mecanismos, estrategias o iniciativas para priorizar en las listas de espera la atención a pacientes con patología inflamatoria que se beneficiarían de una intervención precoz.

Andalucía, I. Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia y C. de Madrid, manifiestan tener iniciativas para priorizar pacientes que podrían beneficiarse de un tratamiento más temprano.

- Galicia cuenta con estrategias para priorizar cualquier artropatía inflamatoria y las autoinmunes que cursen con artritis. Uno de los compromisos de su Estrategia 2020 es favorecer el diagnóstico y abordaje precoz de las enfermedades reumáticas inflamatorias para actuar terapéuticamente antes de que se produzca el daño estructural permanente e irreversible, y facilitar de este modo la remisión de la enfermedad que permita al paciente tener una buena calidad de vida.
- La Comunidad de Madrid, al amparo del convenio INSS/CM (2017-2020) publicado en el «BOE» núm. 271, de 8 de noviembre de 2017, ha puesto en marcha, mediante un piloto para tres zonas de salud, el Programa IT-ME en pacientes con Incapacidad Temporal (IT) de alrededor de una semana de duración y de origen musculoesquelético (ME) por enfermedad común. A estos pacientes se les ha ofertado una intervención temprana en alguno de los tres servicios de Reumatología del proyecto con la intención de mejorar su proceso, siempre en comunica-

ción y coordinación con los médicos de familia y los Centros de Salud correspondientes. La eficacia del programa se ha obtenido comparando la duración de todas las bajas iniciadas en el año anterior y posterior a la implantación del programa, y los resultados han sido satisfactorios. En el Informe de actividades y eficacia del Programa IT-ME 2019-2020 se pone de manifiesto un porcentaje de acortamiento de la duración de todas las bajas IT-ME de alrededor del 6%, con un ahorro estimado de más de 5,5 millones de euros según los SI de la Comunidad de Madrid. El modelo del Programa IT-ME además de derivar los pacientes en base a una sospecha diagnóstica de “enfermedad grave y discapacitante” deriva a pacientes “con discapacidad reciente y reversible”, independientemente del diagnóstico, y complementa los sistemas de derivación precoz. Recientemente ha entrado en vigor el nuevo convenio 2021-2022 que incrementa considerablemente la cantidad destinada a financiar la mejora asistencial de los dos grupos de patologías que más relevancia tienen en términos de IT e IP: patología musculoesquelética y enfermedades mentales.

El desarrollo de este tipo de programas en las CC. AA. podría además impulsar una mejor relación del SNS con el tejido productivo que, en el momento actual, no está encontrando respuestas al enorme problema que supone la discapacidad para el trabajo.

Tabla 5. Respuestas al cuestionario sobre la línea estratégica 3:

Atención sanitaria y social		¿Para qué patologías?				
¿Existe en su CCAA mecanismos, estrategias, iniciativas para priorizar la atención de los pacientes con patología inflamatoria que se beneficiarían de la intervención precoz?		Artritis	Enfermedades autoinmunes	Espondiloartritis	Otras	En caso de otras, nombrar cuales
		Andalucía	SÍ	SÍ	SÍ	
Baleares (Islas)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	S. RAYNAUD FRACTURA OSTEOPORÓTICA
Canarias	NO					
Cantabria	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	CUALQUIER MUSCULOESQUELÉTICA
Castilla y León	NO					
Castilla-La Mancha	SÍ	-	-	-	-	
Cataluña	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	OSTEOPOROSIS
Com. Valenciana	NO					
Galicia	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	CUALQUIER ARTROPATÍA INFLAMATORIA
Madrid (Com. de)	SÍ	-	-	-	SÍ	IT ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO
Rioja (La)	NO					

Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario (Anexo III).

La población de edad avanzada, en la que las enfermedades musculoesqueléticas son la principal causa de discapacidad reversible, también se beneficiaría de la derivación de estos pacientes a programas específicos.

Potenciar la comunicación permanente entre AP, especializada e inspección, y mejorar la integración de los diferentes niveles asistenciales en los sistemas de información debería ser una de las líneas prioritarias de actuación.

El número de plazas de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales integradas en la red asistencial de AP, que desarrollan funciones de atención directa, excluyendo las plazas de fisioterapeutas propios de los Servicios de Rehabilitación de AE, ha sido de 1.557 en 2017 y 1.585 en 2018.

Tabla 6. Número de plazas de Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional en AP (2017 y 2018)

Comunidad Autónoma	2017	2018
Andalucía	311	308
Aragón	50	53
Asturias	78	72
Baleares	46	47
Canarias	41	53
Cantabria	64	61
Castilla y León	143	144
Castilla-La Mancha	162	130
Cataluña	-	-
C. Valenciana	186	185
Extremadura	85	85
Galicia	114	158
Madrid	188	200
Murcia	55	58
Navarra	10	7
País Vasco	0	0
Rioja, La	14	14
Ceuta y Melilla (INGESA)	10	10
España	1.557	1.585

Fuente: Elaboración propia. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MS.

Las desigualdades territoriales que se observan podrían explicarse por la diferente organización de la provisión del servicio en las CC. AA., ya que no en todas estos profesionales dependen de AP.

Sería aconsejable incorporar indicadores de utilización de terapias no farmacológicas.

2.4.1.2 Objetivo Específico 4.4 Preservar la capacidad y reducir el impacto que producen las ERYMEs sobre la Incapacidad Temporal (IT) e Incapacidad Permanente (IP)

Incidencia de IT por ERYMEs por código CIE

Las enfermedades del capítulo CIE9.MC correspondiente a “Enfermedades del Sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo” son las que ocasionan **mayor número de procesos de IT**. En 2014 se recogieron 3.977.656 procesos de IT, y de ellos 922.343 correspondieron a este apartado, es decir, el 23,2% de todos. Los tres diagnósticos más frecuentes en los procesos de IT durante ese mismo año fueron lumbago (259.388 procesos), cervicalgia (99.462) y ciática (84.600).¹⁸

Para evaluar este indicador se han obtenido los datos de los tres últimos años (2017,2018 y 2019) del número de procesos de IT por los siguientes diagnósticos CIE9.MC:

LUMBAGO-724.2

CERVICALGIA-723.1

CIATICA-724.3

ARTRITIS REUMATOIDE-714.0

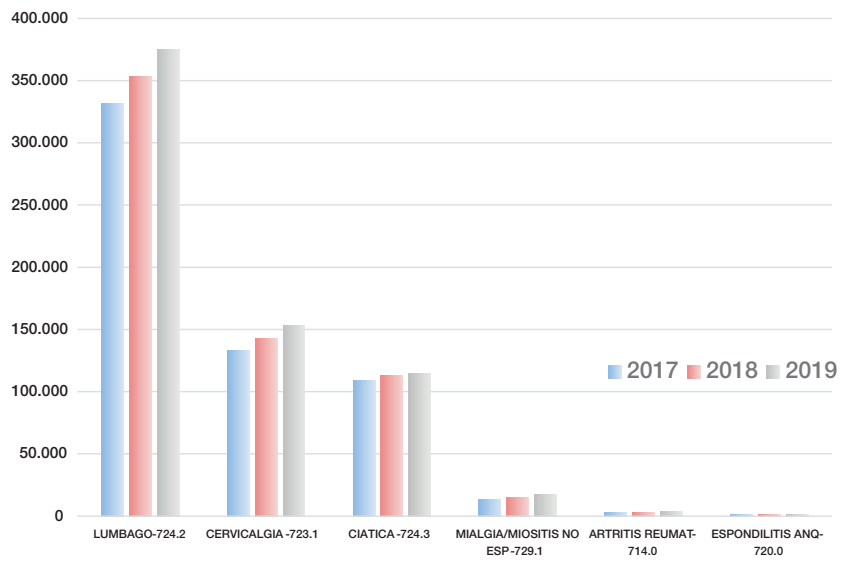
MIALGIA Y MIOSITIS NO ESPECIFICADO-729.1 (Fibromialgia M79.7 en CIE10MC)

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE-720.0

En todos estos códigos de clasificación se observa una **tendencia ascendente** en el número de procesos de IT en el periodo analizado, así en fibromialgia (mialgia y miositis no especificado) se detecta un incremento del 28% en estos tres años (13.574 en 2017 a 17.411 en 2019), en espondilitis anquilosante un 20% (1.016 en 2017 a 1.220 en 2019), y en cervicalgia un 15% (de alrededor de 130.000 procesos en 2017 a más de 150.000 en 2019).

¹⁸ Instituto Nacional de la Seguridad Social. Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal, 4ª edición. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2017. Disponible en: http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/d24cc76a-e1f4-49b6-b36f-fb8fc00a32a7/Manual+Tiempos+%C3%93ptimos+IT_Castellano_v4.0_+Accesibilidad.pdf?MOD=AJPERES&am-p;CVID=

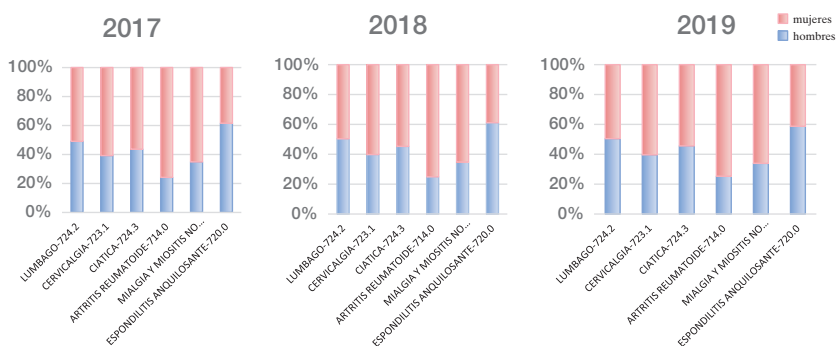
Gráfico 32. Número de procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INSS.

En general los datos de IT para estas patologías muestran cifras mayores en mujeres, siendo esta diferencia más marcada en algunos diagnósticos como artritis reumatoide y fibromialgia.

Gráfico 33. Distribución del porcentaje entre hombres y mujeres de los procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INSS.

El capítulo de dolor del esqueleto axial (lumbago, cervicalgia, ciática) es el que mayor número de procesos de IT ha generado, el número de procesos de cervicalgia y ciática ha sido superior en mujeres a lo largo de toda la serie. En los datos de estos tres años (2017 a 2019) se observa que las mujeres tienen más procesos de artritis reumatoide y fibromialgia, y los hombres de espondilitis anquilosante.

Tabla 7. Número de procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)

Diagnóstico	2017		2018		2019	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
LUMBAGO-724.2	162.479	168.939	177.862	175.165	189.342	185.939
CERVICALGIA-723.1	52.261	81.202	56.701	85.709	60.812	92.678
CIÁTICA-724.3	47.452	61.342	51.347	61.991	52.369	62.512
ARTRITIS REUMATOIDE-714.0	783	2.461	817	2.463	908	2.678
MIALGIA Y MIOSITIS NO ESPECIFICADO-729.1	4.725	8.849	5.267	9.861	5.908	11.503
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE-720.0	625	391	628	399	717	503

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INSS.

Duración media de las IT por ERYMEs

Se ha obtenido la duración media en días de los procesos descritos en el epígrafe anterior (LUMBAGO, CERVICALGIA, CIÁTICA, MIALGIA/MIOSITIS, ARTRITIS REUMATOIDE, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE) para los años 2017, 2018 y 2019. Con estos datos se advierte que en

general la duración media ha ido aumentando, únicamente se ve una tendencia descendente en la duración media de IT por espondilitis anquilosante.

Tabla 8. Duración media en días de procesos de IT por lumbago, cervicgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)

Diagnóstico	2017	2018	2019	
LUMBAGO-724.2	34	34	36	
CERVICALGIA-723.1	37	37	38	
CIÁTICA-724.3	60	59	62	
ARTRITIS REUMATOIDE-714.0	47	50	51	
MIALGIA Y MIOSITIS NO ESPECIFICADO-729.1	84	81	83	
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE-720.0	89	82	79	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INSS.

Al desagregar por sexo también se observa un descenso en la duración media de los procesos de IT por artritis reumatoide en hombres, pasando de 85 días en 2017 a 78 en 2019.

Tabla 9. Duración media en días de procesos de IT desagregado por sexo para lumbago, cervicgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019)

Diagnóstico	Sexo	2017	2018	2019	
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE-720.0	hombre	87	80	76	
	mujeres	91	85	83	
MIALGIA Y MIOSITIS NO ESPECIFICADO-729.1	hombre	27	28	28	
	mujeres	57	62	62	
ARTRITIS REUMATOIDE-714.0	hombre	85	81	78	
	mujeres	83	81	85	
CIÁTICA-724.3	hombre	58	56	59	
	mujeres	61	62	64	
CELVICALGIA-723.1	hombre	33	34	34	
	mujeres	39	40	41	
LUMBAGO-724.2	hombre	28	28	29	
	mujeres	40	41	42	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INSS.

En general, para los diagnósticos revisados, la duración media de los procesos de IT es superior en mujeres, sobre todo en los procesos por fibromialgia, lumbago y cervicalgia.

IP por ERyMEs

Se han obtenido los datos de IP de los años 2018 y 2019, y al desagregar por sexo se observa que en espondilitis anquilosante y dorsalgia el número de procesos es superior en hombres, y en fibromialgia y artritis reumatoide en mujeres. El grupo más numeroso de incapacidades permanentes es por dorsalgia (entendida como dolor del esqueleto axial). En total, el número de trabajadores con incapacidad permanente por estas enfermedades durante el año 2018 fue de 4.970, y en 2019 de 4.725.

Tabla 10. Procesos de Incapacidad permanente por ERyMEs (años 2018 y 2019)

	2018			2019		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Artritis psoriásica	85	85	170	89	62	151
Fibromialgia	29	182	211	18	182	200
Espondilitis anquilosante	193	93	286	200	93	293
Artritis reumatoide	189	388	577	249	434	683
Dorsalgia	2.227	1.499	3.726	1.960	1.438	3.398
Total	2.723	2.247	4.970	2.516	2.209	4.725

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INSS.

2.4.2 Objetivo 5: Garantizar la continuidad asistencial mediante el impulso de una atención multidisciplinar coordinada e integrada entre diferentes profesionales, ámbitos asistenciales y sectores

2.4.2.1 Objetivos específicos 5.1 y 5.2

Objetivo específico 5.1 Establecer mecanismos de comunicación fluida orientada a compartir información clínica y de pruebas complementarias que garanticen la coordinación efectiva entre ámbitos asistenciales Y

Objetivo específico 5.2 Consensuar y coordinar los circuitos asistenciales entre las y los profesionales implicados para los procesos de las ERYMEs de mayor magnitud (mayor prevalencia y/o gravedad).

En el cuestionario se ha preguntado sobre la existencia en la comunidad autónoma de alguna herramienta de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) que pudiera servir para facilitar las derivaciones y consultas desde la AP y permitir priorizar dichas derivaciones. Seis CC. AA. han respondido que tienen desarrolladas estas herramientas (Andalucía, I. Baleares, Castilla-La Mancha, C. Valenciana, Galicia y C. de Madrid).

- En Andalucía han puesto en marcha vías de derivación WEB/FAX en patología de alto impacto y consultas de telemedicina.
- Baleares utiliza en AP un programa informático que estima la posibilidad de presentar una enfermedad inflamatoria articular y emplaza a solicitar exploraciones complementarias en AE.
- La C. de Madrid ha implantado en los últimos años la derivación de pacientes desde AP a AH mediante tres modalidades: derivación normal, valoración previa por el especialista (VPE), y sospecha de malignidad (SM). Los volantes tipificados como VPE o SM son valorados en el día por un especialista que decidirá cuándo debe ser citado el paciente. Este sistema permite agilizar la atención precoz de pacientes con patologías que así lo requieran. Además, tiene la eConsulta, interconsulta clínica no presencial, que supone una solución transversal y centralizada que facilita la comunicación, transmisión de información clínica

entre profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales y toma de decisiones ágiles a través de las tecnologías de información y comunicación (TIC). Estas herramientas permiten detectar de forma precoz problemas de salud que pueden ser atendidos de forma más eficiente en consultas monográficas o de alta resolución en el hospital. Existen consultas monográficas y unidades de experiencia que permiten citar al paciente de forma precoz en artritis precoz, artritis reumatoide de reciente comienzo, reumatología infantil, uveítis, espondiloartritis precoz, enfermedades autoinmunes sistémicas, centros de enfermedades inflamatorias mediadas por inmunidad, consultas de transición y consultas de embarazada con enfermedad reumática.

Las CC. AA. que han contestado afirmativamente tienen algún medio, implementado en su HCE, para solicitar valoración en otros ámbitos asistenciales, y cuentan con la posibilidad de priorizar dicha derivación.

2.4.3 Objetivo 6: Garantizar una práctica clínica de calidad, segura y basada en la evidencia científica disponible en los procesos diagnósticos y de tratamiento de personas con ERyMEs

2.4.3.1 Objetivo Específico 6.3. Mejorar la seguridad de las personas enfermas con ERyMEs en los tratamientos crónicos

Para evaluar este objetivo se ha propuesto obtener el número de dosis diarias definidas (DDD)¹⁹ de antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos (AINE) y analgésicos opiáceos por cada 1000 personas y año, en personas con problemas osteoarticulares, en comparación con dicho consumo en la población general, lo que permite ver las diferencias entre ambos grupos.

La información se ha obtenido de BDCAP. Los datos aportados corresponden a 2017 y pertenecen a 12 CC. AA. (23,2 millones usuarios), esta información se refiere a medicamentos prescritos y dispensados.

¹⁹ El número de DDD puede interpretarse como el número de días para los que se ha prescrito un medicamento a una dosis estándar, asumiendo que la dosis diaria prescrita es la dosis estándar, que es fijada por la OMS para cada principio activo.

Tabla 11. Dosis diarias de AINE y analgésicos opiáceos por cada mil personas con y sin problemas osteoarticulares

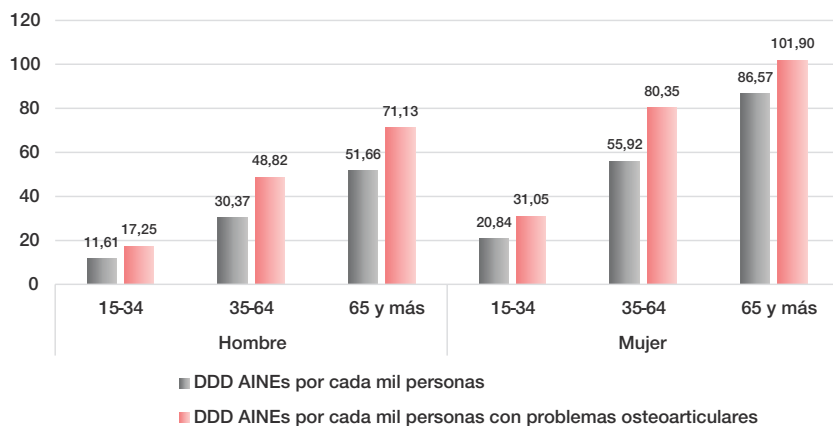
CC.AA.	Dosis diarias de AINE		Dosis diarias de analgésicos opiáceos	
	por cada mil personas con problemas osteoarticulares	por cada mil personas	por cada mil personas con problemas osteoarticulares	por cada mil personas
Aragón	62,01	37,1	24,59	13,55
Asturias (Principado de)	59,41	37,58	19,44	11,86
Baleares (Islas)	43,34	26,47	21,59	12,31
Canarias	61,99	42,84	26,28	17,11
Cantabria	68,78	39,22	19,09	10,37
Castilla y León	78,12	51,28	25,84	16
Castilla-La Mancha	131,98	53,38	48,43	18,06
Extremadura	147,38	69,2	61,96	23,46
Galicia	100,06	56,24	43,39	22,81
Madrid (Com. de)	34,49	20,68	16,39	8,84
Navarra (Com. Foral de)	48,1	29,23	12,53	7,21
País Vasco	54,53	32,09	18,17	9,82

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de BDCAP (2017). MS.

Durante el periodo 2013-2016 el consumo extra hospitalario de AINE en España ha pasado de 43,12 dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día (DHD) en el año 2013 a 37,89 DHD en el año 2016²⁰. Según la información de 2017 de BDCAP la tasa de consumo media de AINE de las DDD por cada mil personas en 2017 ha sido de 38,2 (26,48 en hombres y 49,19 en mujeres), sin embargo, y según esta misma fuente, en las personas con problemas osteoarticulares el consumo de AINE en 2017 ha sido 62,24 (44,72 en hombres y 75,62 en mujeres) es decir, se incrementa un **63%**. En todos los tramos de edad el consumo es superior en mujeres, y como era esperable, tanto en las personas con problemas osteoarticulares como en las que no los tienen, al desagregar por grupos de edad se observa que las dosis de AINE se incrementan a medida que aumenta la edad (gráfico 34).

²⁰ <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antiinflamatorios-AINEs-periodo-2013-2016.pdf?x27133>

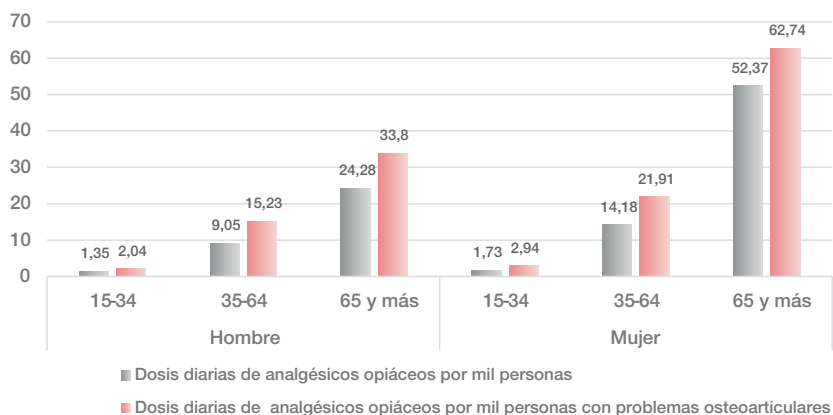
Gráfico 34. DDD de AINEs. Desagregado por sexo y grupos de edad por cada 1.000 personas sin y con problemas osteoarticulares



Fuente: Elaboración propia con datos de BDCAP 2017 (MS).

En el consumo de analgésicos opiáceos, en 2017 se observa un comportamiento similar, las DDD de analgésicos opiáceos por cada mil personas han sido 13,94, y en personas con problemas osteoarticulares 24,55, es decir un **76% superior**, tanto en hombres (16,03 vs 8,9) como en mujeres (31,05 vs 18,58). El número de DHD es muy superior en las mujeres en todos los grupos de edad, y hay un marcado incremento del número de dosis al aumentar la edad de las personas (gráfico 35).

Gráfico 35. DDD de analgésicos opiáceos. Desagregado por sexo y grupos de edad por cada 1.000 personas sin y con problemas osteoarticulares



Fuente: Elaboración propia con datos de BDCAP 2017 (MS).

El consumo de estos medicamentos, o lo que sería más exacto, la prescripción y venta de estos medicamentos, es más elevada en mujeres para cualquier grupo de edad.

Conclusiones

- El desarrollo de los sistemas de información de atención primaria, en concreto de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria, ha permitido obtener datos que han servido para construir nuevos indicadores de evaluación para esta línea estratégica.
- Parece necesario impulsar la intercomunicación entre ámbitos asistenciales, entre atención primaria y atención especializada, y reforzar el desarrollo de herramientas que lo favorezcan.
- Andalucía, I. Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia y C. de Madrid, declaran tener iniciativas para priorizar pacientes que podrían beneficiarse de un tratamiento más temprano.
- Las desigualdades territoriales que se observan respecto al número de plazas de fisioterapeutas podrían explicarse por la diferente organización de la provisión del servicio en las CC. AA., ya que no en todas estos profesionales dependen de AP.
- Las ERYMEs son el capítulo que más procesos de IT producen, además, a lo largo de los tres últimos años con datos (2017 a 2019) la tendencia del número de procesos por los diagnósticos estudiados: lumbago, cervicalgia, ciática, artritis reumatoide, fibromialgia y espondilitis anquilosante, ha sido ascendente. En general los datos de IT para estas patologías muestran cifras mayores en mujeres, siendo esta diferencia más marcada en algunos diagnósticos como fibromialgia y artritis reumatoide.
- En el periodo observado la duración media de los procesos de IT por los diagnósticos reumatológicos más frecuentes (lumbago, cervicalgia y ciática) ha ido aumentando. En general, la duración media de estos procesos de IT por ERYMEs es superior en las mujeres. Se observa una tendencia descendente en la duración media de los procesos de IT para enfermedades inflamatorias como artritis reumatoide y espondilitis anquilosante, probablemente alineado con un control más estricto de estas patologías.
- En IP el número de procesos es superior en hombres en espondilitis anquilosante y dorsalgia (dolor del esqueleto axial), y en mujeres en fibromialgia y artritis reumatoide.
- Potenciar la comunicación permanente entre atención primaria, especializada e inspección, y mejorar la integración de los diferentes niveles asistenciales en los sistemas de información debería ser una de las líneas prioritarias de actuación.

- El desarrollo de programas en las CC. AA., complementarios a los sistemas de derivación precoz, podría impulsar una mejor relación del SNS con el tejido productivo y contribuir en la mejora del problema que supone la discapacidad para el trabajo.
- Seis CC. AA. declaran tener herramientas TIC para facilitar y priorizar las derivaciones y consultas desde AP en estas enfermedades.
- Las DDD de antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos opiáceos por cada mil personas con problemas osteoarticulares son 63% y 76% respectivamente superiores a las DDD en las personas sin estas patologías, es decir, el consumo de ambos grupos de medicamentos aumenta considerablemente en las personas con problemas osteoarticulares. Además, el consumo es siempre, en todos los grupos de edad, muy superior en mujeres.

2.5 Línea estratégica 4. Gestión de información sanitaria y sistemas de información

2.5.1 Objetivo 7: Promover la adecuación y desarrollo de las TIC aplicadas a la gestión y la atención sanitaria y social de las ERYMEs

Objetivos	Indicadores	Fuente
7.3 Reforzar los sistemas de información electrónicos para garantizar la seguridad de los pacientes.	Herramientas de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERYMes.	CC. AA.

2.5.1.1 Objetivo específico 7.1 Promover la consolidación de la Historia Clínica Digital compartida e interoperable para facilitar la coordinación en cada ámbito asistencial y entre ellos en tiempo real

La Historia Clínica Digital compartida e interoperable constituye un sistema de interoperabilidad que permite la comunicación de contenidos extraídos de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y otros sistemas de información de las CC. AA., que posibilita que la información clínica de cada paciente esté accesible tanto para profesionales autorizados como para la propia ciudadana, en cualquier lugar del territorio nacional o del exterior.

Constituye un elemento de cohesión dentro del SNS, que contribuye a la mejora de la calidad de la atención sanitaria, la seguridad clínica y la continuidad asistencial.

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) está compuesta por varios documentos:

- Historia Clínica Resumida (HCR)
- Informe de Atención Primaria (ICAP)
- Informe de Urgencias (ICU) Informe Alta Hospitalaria (ICA)
- Informe Consulta Externa Especialidades (ICC)
- Informe Pruebas de Laboratorio (IRPL)
- Informe Pruebas de Imagen (IRPI)
- Informe Cuidados de Enfermería (ICE)
- Informe Otras Pruebas Diagnósticas (IROPD)

Entre los anteriores destaca la HCR, que es un conjunto mínimo de datos que incluye aquellos aspectos sobre la salud de cada paciente que pueden resultar más relevantes para garantizar una atención sanitaria segura. Se orienta en mayor medida hacia la atención asistencial de pacientes no programados, como casos de urgencia o accidente. La información que contiene es fundamentalmente la siguiente:

Información general sobre los datos del paciente.

Resumen médico de datos clínicos más relevantes (alergias, problemas médicos actuales, implantes médicos o intervenciones quirúrgicas de los últimos seis meses).

Listado actualizado de medicamentos.

Se trata de un documento de contenido dinámico que se genera en tiempo real, a demanda de un/una profesional o la/el paciente, a partir de contenidos clínicos previamente almacenados en la HCE, y presenta los datos considerados relevantes para una asistencia sanitaria no programada.

En España, la HCR se corresponde con la contemplada en el R.D. 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS.

En la Estrategia no se establecieron indicadores para evaluar el objetivo de *promover la consolidación de la Historia Clínica Digital compartida e interoperable para facilitar la coordinación en cada ámbito asistencial y entre ellos en tiempo real*, pero es importante señalar el gran desarrollo que desde la aprobación de la Estrategia en diciembre de 2012 ha tenido la HCDSNS. En la que a finales del año 2012 se encontraban integradas 10 CC. AA., con diferente grado de desarrollo en cada una de ellas, de manera que existía información clínica de 15.710.888 personas en condiciones de interoperabilidad²¹, y que en enero de 2021 permite que todas las CC. AA. estén interconectadas, siendo la singularidad que una de ellas está pendiente de poder

²¹ Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012 Edición revisada. Junio de 2015
<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infnsns2012.pdf>

consultar la información de usuarios de otras CC. AA. y que no permite la consulta de pruebas diagnósticas.

Tabla 12. Situación de la HCDSNS a 31/01/2021

Comunidad Autónoma	Versión HCDSNS	Documentos										Total	Máximo	Aportación	Previsiones		
		HCR	ICAP	ICU	ICA	ICC	IRPL	IRPI	ICE	IROPD	EUPS						
Andalucía	10	1			1							1	3	10		33%	
Aragón	9.5	1						1					2	10		22%	
Principado de Asturias	10	0	0	1	1	1					1		4	10		44%	ICAP + HCR en pruebas
Islas Baleares	9.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1			9	10		100%	
Canarias	9.5	1		1	1	1							4	10		44%	ICAP + IRPL + IRPI + ICE
Cantabria	9.5	1											1	10		11%	
Castilla y León	9.5	1		1	1	1	1	1					6	10		67%	ICE
Castilla-La Mancha	10	1											1	10		11%	ICU + ICA
Cataluña	9.5	1											1	10		11%	
Comunidad Valenciana	10	1	1	1	1	1	1	1	1		1		9	10		100%	
Extremadura	9.5	1		1	1	1	1	1	1				7	10		78%	
Galicia	9.5	1											1	10		11%	ICU + ICA + ICC + ICE
Comunidad de Madrid	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1			9	10		100%	
Región de Murcia	9.5	1		1	1	1					1		5	10		56%	
Navarra	9.5	1	1	1	1	1							5	10		56%	IRPL
País Vasco	10	1								1			2	10		22%	IRPL+ ICU
La Rioja	9.5	1	1	1	1	1	1	1	1				8	10		89%	
INGESA	9.5	1		1	1	1					1		5	10		56%	
Total:		17	5	11	12	11	6	7	7	4	2		82	180		46%	

Tipos de documentos en emisión:	82	documentos x agentes
De un total de:	180	tipos autorizados posibles
Cobertura de emisión:	45,56%	

Documentos	
HCR	Historia Clínica Resumida
ICAP	Informe Clínico de Atención Primaria
ICU	Informe Clínico de Urgencias
ICA	Informe Clínico de Alta
ICC	Informe Clínico de Consulta
IRPL	Informe de Resultados de Pruebas de Laboratorio
IRPI	Informe de Resultados de Pruebas de Imagen
ICE	Informe de Cuidados de Enfermería
IROPD	Informe de Resultados de Otras Pruebas Diagnósticas*
EUPS	EU Patient Summary**

Notas: * No incluido en RD 1093/2010 - CMDIC

** En desarrollo

Estados	
	Servicio activado, para Ciudadano y Profesional
	Documento en pruebas
	Sin servicios
	Esta versión cambiará próximamente

Fuente: Sistema HCDSNS. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Informe de Situación 31/01/2021. MS²²

²² Sistema HCDSNS Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Informe de Situación 31.012021. https://www.msbs.gob.es/profesionales/hcdns/contentoDoc/Inf_sit_HCDSNS_enero_2021.pdf

El 93% de la población de la base de datos de tarjeta sanitaria (BDTS-SNS) tiene referencia a algún contenido en la HCDSNS. Se estima que en la misma se encuentran disponibles más de 200 millones de documentos accesibles. La situación en 2021 puede observarse en la tabla 12.

2.5.1.2 Objetivo específico 7.2 Reforzar la existencia de herramientas de apoyo a la decisión clínica en formato electrónico para garantizar la calidad de la atención de las y los pacientes Y

2.5.1.3 Objetivo específico 7.3 Reforzar los sistemas de información electrónicos para garantizar la seguridad de las y los pacientes

Para evaluar este objetivo, en el cuestionario dirigido a las CC. AA. se ha preguntado acerca de la existencia de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica basados en la evidencia e integradas en la HCE, específicas para las enfermedades reumáticas. De forma afirmativa han contestado siete CC. AA.

Baleares, Castilla-La Mancha, Galicia y La Rioja declaran contar con herramientas de apoyo a la decisión clínica, integradas en la HCE para ERyMEs, mediante alertas en la petición de pruebas radiológicas; y sólo Andalucía, C. Valenciana y Galicia responden que tienen alertas coste efectividad en la prescripción, tanto de atención primaria como de atención hospitalaria.

Teniendo en cuenta las respuestas se observa que el grado de implantación de estas herramientas de ayuda es muy limitado, y parece necesario reforzar el desarrollo de estos instrumentos que por una parte permiten generar e incorporar conocimiento y por otra incrementan las garantías de seguridad de las y los pacientes.

Tabla 13. ¿Existe en su CCAA disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs tanto en atención primaria como en atención hospitalaria?

CC. AA.	¿Existe en su CCAA disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs?	Si en su CCAA existe disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, contestar si están incluidas las siguientes opciones:			
		¿Alertas de coste efectividad en la prescripción?	¿Alertas en la petición de pruebas complementarias radiológicas?		
			Alertas sobre repetición de radiografías simples	Alertas sobre repetición de TAC	Alertas sobre repetición de Resonancia Magnéticas
Andalucía	SÍ	SÍ	NO	NO	NO
Aragón	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Asturias (Principado de)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Baleares (Islas)	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Canarias	NO	NO	NO	NO	NO
Cantabria	NO	NO	NO	NO	NO
Castilla y León	NO	NO	NO	NO	NO
Castilla-La Mancha	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Cataluña	NO	NO	NO	NO	NO
Com. Valenciana	SÍ	SÍ	NO	NO	NO
Extremadura	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Galicia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Madrid (Com. de)	SÍ	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Murcia (Región de)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Navarra (Com. Foral de)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
País Vasco	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Rioja (La)	SÍ	NO	SÍ	NO	NO
Ceuta y Melilla	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cuestionario.

Conclusiones

- Es importante destacar el desarrollo que, desde la aprobación de la Estrategia en diciembre de 2012, ha tenido la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, en la que a finales del año 2012 se encontraban integradas 10 CC. AA. con diferente grado de desarrollo en cada una de ellas, y que en enero del 2021 permite que todas las CC. AA. estén interconectadas.
- Parece necesario reforzar el desarrollo de herramientas de apoyo a la toma de decisiones basadas en la evidencia para su integración en la HCE, así como incorporar sistemas de alerta electrónicos sobre petición de pruebas radiológicas y prescripción, todo ello permitirá generar conocimiento y elevar las garantías de seguridad de las y los pacientes.

2.6 Línea estratégica 5. Formación e investigación

Objetivos	Indicadores	Fuente
8.1 Sensibilizar a los profesionales y administraciones sanitarias acerca de la importancia de la prevención y adecuada atención de las ERYMEs.	Jornadas formativas realizadas en relación con ERYMEs.	CC. AA.
8.2 Promover y facilitar actividades de formación continuada de los profesionales implicados en la prevención y atención sanitaria y social de las ERYMEs desde un modelo biopsicosocial y una perspectiva multidisciplinar.	Nº profesionales que han recibido formación continuada acreditada en relación con las ERYMEs.	CC. AA.
8.4 Incorporar la perspectiva de determinantes sociales de la salud, incluido el género, en todos los ámbitos de formación en estas enfermedades.	Número de profesionales formados en determinantes sociales de la salud.	CC. AA.
9.1 Potenciar redes de centros y/o grupos de excelencia en investigación en ERYMEs, que estén interconectados de una manera coordinada y cooperativa.	Nº de redes acreditadas y grupos de investigación sobre ERYMEs.	MS/ISCIII CC. AA.
9.3 Favorecer los estudios epidemiológicos incluyendo la investigación sobre determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud que estén relacionados con las ERYMEs en los diferentes grupos de población y la evaluación del impacto en salud.	Porcentaje de publicaciones que incluyan la investigación en determinantes sociales de entre los publicados en ERYMEs.	MS/ISCIII CC. AA.
	Porcentaje de proyectos de investigación en ERYMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género.	MS/ISCIII CC. AA.
9.4 Promover la investigación clínica y de resultados en salud de estas patologías.	Porcentaje de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social.	MS/ISCIII CC. AA.

La línea 5 de la Estrategia aborda la formación en el diagnóstico, valoración y manejo de las ERYMEs, así como la promoción de la investigación de calidad en estas enfermedades.

2.6.1 Objetivo 8: Mejorar la formación de las y los profesionales implicados en el cuidado de las ERYMEs

Objetivos específicos:

2.6.1.1 Objetivo específico 8.1.: Sensibilizar a las y los profesionales y administraciones sanitarias acerca de la importancia de la prevención y adecuada atención de las ERYMEs

Con el propósito de evaluar este objetivo se ha preguntado a las CC. AA. sobre las actividades de formación llevadas a cabo por la administración, es decir, actividades institucionales para profesionales que se han realizado en

los últimos cinco años (2015 a 2019). Se han recibido once respuestas, y los resultados señalan que en nueve comunidades autónomas se han realizado actividades específicas sobre el manejo de las enfermedades reumáticas en el ámbito de la AP y, además, en cinco de ellas se han realizado jornadas para la difusión del conocimiento sobre las ERYMEs, dirigidas tanto a profesionales como a responsables asistenciales y equipos directivos.

Tabla 14. Resultado del cuestionario a las CC. AA. sobre el objetivo de mejorar la formación de las y los profesionales implicados en el cuidado de las ERYMEs

CC. AA.	¿Se han realizados en los últimos cuatro años en su CCAA acciones formativas para los profesionales de atención primaria sobre el manejo de las ERYMEs?	¿Se han realizado alguna jornada para la difusión en los últimos cuatro años sobre las ERYMEs?
Andalucía	SÍ	SÍ
Aragón	-	-
Asturias (Principado de)	-	-
Baleares (Islas)	SÍ	SÍ
Canarias	NO	-
Cantabria	SÍ	-
Castilla y León	SÍ	NO
Castilla-La Mancha	SÍ	NO
Cataluña	SÍ	NO
Com. Valenciana	NO	NO
Extremadura	-	-
Galicia	SÍ	SÍ
Madrid (Com. de)	SÍ	SÍ
Murcia (Región de)	-	-
Navarra (Com. Foral de)	-	-
País Vasco	-	-
Rioja (La)	SÍ	SÍ
Ceuta y Melilla	-	-

Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario a las CC. AA.

2.6.1.2 Objetivo específico 8.4.: Incorporar la perspectiva de determinantes sociales de la salud, incluido género, en todos los ámbitos de formación de estas enfermedades

Para evaluar este objetivo se propuso recoger el número de profesionales que se habían formado en determinantes sociales de la salud (DSS). Desde el año 2015 al 2018 se ha instruido a 8.317 profesionales, sanitarios y del

ámbito local, en DSS mediante el [curso de Salud Local](#) de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, que incluye amplia formación en equidad y en DSS, y está acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias en el SNS.

En la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III, se celebró en 2019 en colaboración con el Observatorio de Salud de las Mujeres del MS, la edición correspondiente del Diploma de Salud Pública y Género para profesionales de los servicios sanitarios del conjunto del SNS, designados desde sus CCAA, para luego ser formadoras y formadores en su territorio.

2.6.2 Objetivo 9: Promover y reforzar las líneas de investigación de calidad sobre la atención de las ERyMEs

Objetivos específicos

2.6.2.1 Objetivo específico 9.1 Potenciar redes de centros y/o grupos de excelencia en investigación en ERyMEs, que estén interconectados de una manera coordinada y cooperativa

Las Redes temáticas de investigación cooperativa en salud ([RETICS](#)), cuyo objetivo es la realización de proyectos de investigación cooperativa de interés general, son estructuras organizativas formadas por la asociación al Instituto de Salud Carlos III de un conjunto variable de centros y grupos de investigación en biomedicina, de carácter multidisciplinar, dependientes de las diferentes Administraciones públicas o del sector privado y pertenecientes a un mínimo de cuatro comunidades autónomas.

En la actualidad existen 14 RETICS, siendo una de ellas la Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas ([RIER](#)), operativa desde 2008, que articula la investigación cooperativa de calidad clínica y básica con especial énfasis en investigación traslacional, y en la que desde la aprobación de esta Estrategia (2013) podemos distinguir dos periodos:

I. Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (2013-2016)

Estaba compuesta por 12 grupos de investigación de 5 comunidades autónomas (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia y Madrid) que sumaban un total de 185 personas investigadoras (Tabla 15).

El objetivo general del programa de la RIER de la convocatoria 2012 se definió como la generación de nuevo conocimiento sobre problemas pronósticos, terapéuticos y fisiopatológicos en la artritis reumatoide con el fin de mejorar la capacidad pronóstica, la exploración de marcadores de respuesta terapéutica, y la generación conocimiento básico sobre mecanismos fisiopatológicos alternativos o no abordados por las terapias de ese momento.

Tabla 15. Investigadores Principales (IP) y centros de la red RIER de la convocatoria 2012. (2013-2017)

Nombre IP	Centro
José Luis Pablos Álvarez	Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12) MADRID
Rosa Pérez Gomáriz	Universidad Complutense de Madrid-Facultad de Biología (MADRID)
Javier Martín Ibáñez	Instituto de Parasitología y Biomedicina "López-Neyra" (IPBLN-CSIC) GRANADA
Amaya Puig Kröger	Instituto de Investigación Sanitaria H. Gregorio Marañón (IISGM) MADRID
Juan Jesús Gómez-Reino	Inst. de Inv. Sanitaria de Santiago (IDIS) SANTIAGO DE COMPOSTELA
Mario Mellado García	Centro Nacional de Biotecnología (CNB-CSIC) MADRID
Benjamín Fernández	Instituto de Investigación Sanitaria H. Clínico San Carlos (IdISCC) MADRID
M ^a Eugenia Miranda	Instituto de Investigación Sanitaria H. La Paz (IdiPAZ) MADRID
Miguel Ángel González-Gay	Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL) SANTANDER
Juan Cañete	Inst. de Inv. Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS) BARCELONA
Isidoro González Álvaro	Instituto de Investigación Sanitaria H. La Princesa (IIS-HUP) MADRID
Francisco Javier Blanco	Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC) A CORUÑA

Fuente: Red RIER.

- **Publicaciones científicas**

El modo mayoritario de diseminación de las investigaciones de la RIER fue la publicación de artículos en revistas científicas y la presentación de resultados en congresos nacionales e internacionales.

En el periodo 2013-2016 la producción científica de la RIER fue de 811 publicaciones indexadas de las que el 31% se realizó en colaboración entre dos o más grupos de la red.

El 60% de los artículos se publicaron en revistas situadas en el primer cuartil de su área de especialidad y la mitad de ellas, el 30%, en el primer decil. El Factor de Impacto (FI) total fue de 4.376, con un FI promedio por artículo de 5,40.

- **Proyectos**

En lo que se refiere a proyectos de investigación, en el periodo 2013-2016, se contabilizaron 131 proyectos activos en los grupos de la RIER. Un 47% correspondieron a proyectos del Plan Nacional y el resto se distribuyeron entre

proyectos europeos o internacionales (15%), autonómicos (8%) y privados (30%). Un 12% de los proyectos se realizaron en colaboración entre dos o más grupos de la red.

II. Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (2017-2021)

La red vigente está compuesta por 15 grupos de investigación ubicados en hospitales del SNS, Universidades y centros del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de las comunidades de Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia y Madrid. A los 12 grupos del anterior proyecto, se unieron tres grupos clínicos asociados (Tabla 16). La red actual cuenta con 212 personas investigadoras.

Tabla 16. IP de los grupos clínicos asociados de la red RIER de la convocatoria 2016 (2017-2021)

Nombre IP	Centro
Eduardo Collantes	Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)
Antonio Fernández Nebro	Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)
Javier Narváez	Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL)

Para el periodo 2017-2021 el objetivo científico general de la red se ha centrado en la generación de nuevos conocimientos sobre aspectos fisiopatológicos, pronósticos y terapéuticos de las enfermedades reumáticas, estructurándose en dos programas de investigación:

- Biomarcadores para una reumatología personalizada.
- Fisiopatología de las enfermedades reumáticas.

El programa de Biomarcadores tiene como objetivo identificar, desarrollar, validar y aplicar biomarcadores que podrían mejorar la atención de pacientes con enfermedades reumáticas. Las áreas específicas de interés en este programa se han dividido en cuatro tipos de biomarcadores: los de mecanismos de enfermedad, de clasificación o diagnóstico, de evolución y los de respuesta al tratamiento. Los beneficios que pueden derivarse de su aplicación van desde el descubrimiento de nuevas dianas farmacológicas, al diagnóstico precoz, o a la sub-clasificación de pacientes que compartiendo la misma enfermedad tienen diferente pronóstico. Además, también se buscan biomarcadores que permitan evaluar rápidamente la eficacia de un tratamiento, o seleccionar fármacos basados en las mejores posibilidades de

éxito. Todas estas mejoras con respecto a la práctica clínica actual forman parte del objetivo de este programa: obtener una mayor personalización de la Reumatología.

El objetivo general del programa de Fisiopatología es definir los procesos biológicos y moleculares que inician, dirigen y perpetúan las enfermedades crónicas inflamatorias como forma de diseñar nuevos reactivos inflamatorios e identificar posibles nuevas dianas de intervención terapéutica. Estudios longitudinales sugieren que un tratamiento intensivo temprano podría prevenir la persistencia y cronicidad de la enfermedad y muchas evidencias indican que la inflamación puede ser modificada por la terapia si se actúa rápidamente.

Como, de hecho, no existen medicamentos que curen la inflamación crónica, la investigación de los mecanismos celulares y de las redes moleculares implicadas en estas patologías resulta crucial para enfrentarnos a la enfermedad, a su diagnóstico y potencialmente conseguir su cura.

- **Publicaciones científicas**

En el periodo 2017-2020 la producción científica de la red ha sido de 798 publicaciones indexadas de las que el 30% se realizó en colaboración entre dos o más grupos de la red.

El 56% de los artículos se han publicado en revistas situadas en el primer cuartil de su área de especialidad y de ellas, el 41% es de primer decil. El Factor de Impacto total es 4.670, con un FI promedio por artículo de 5,85.

- **Proyectos**

En el periodo 2017-2020 se contabilizan 190 proyectos activos en los grupos de la RIER. Un 39% corresponden a proyectos del Plan Nacional y el resto se distribuyen entre proyectos europeos o internacionales (12%), autonómicos (9%) y privados (40%). Un 14% de los proyectos se realizaron en colaboración entre dos o más grupos de la red.

La Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER) articula la investigación cooperativa de calidad clínica y básica con especial énfasis en la investigación traslacional, ha mejorado la cooperación con redes internacionales y ha favorecido la participación en proyectos transnacionales.

2.6.2.2 Objetivo específico 9.3 Favorecer los estudios epidemiológicos incluyendo la investigación sobre determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud que estén relacionados con las ERyMEs en los diferentes grupos de población y la evaluación del impacto en salud

Para evaluar la consecución de este objetivo se han establecido los dos indicadores siguientes:

- Porcentaje de publicaciones que incluyen la investigación en determinantes sociales de entre los publicados en ERyMEs,
- Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género

En el marco del *Convenio entre la Fundación Española para la Ciencia y Tecnología F.S.P. (FECYT), fundación pública dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación, y el Ministerio de Sanidad, para el seguimiento de la línea de actuación de investigación e innovación de las estrategias de salud y la evaluación del SNS*, se ha trabajado para conseguir la información que ha permitido evaluar este objetivo.

Como fuentes de datos para la obtención de estos indicadores se han utilizado la base de datos bibliográfica SCOPUS (All Science Journal Classification Codes –ASJC–) de literatura peer review y contenido web de calidad, los registros de los proyectos de investigación de FECYT, que recogen, entre otros, los datos de proyectos y resultados de investigación/innovación relativos a la atención de pacientes con ERyMEs que dependen de convocatorias de organismos estatales e internacionales, y los de CORDIS (Servicio de Información Comunitario sobre Investigación y Desarrollo), que reúne proyectos financiados por los programas marco de investigación e innovación de la UE. Se han recogido datos desde 2013 hasta el último año con la información disponible (2017 para SCOPUS y 2020 para registros de FECYT y CORDIS).

Tabla 17. Fuentes de datos para los indicadores de la Estrategia en ERyMEs del SNS

Indicador	Fuente	Numerador	Denominador	Periodo
Porcentaje de publicaciones que incluyen la investigación en determinantes sociales de entre los publicados en ERyMEs	SCOPUS	Nº de publicaciones en ERyMEs que incluyen la investigación en determinantes sociales	Nº de publicaciones en ERyMEs	2013-2017
Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	FECYT y CORDIS	Nº de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	Nº de proyectos de investigación en ERyMEs	2013-2020
Porcentaje de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinarios en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	FECYT y CORDIS	Nº de proyectos de investigación en ERyMEs multicéntricos y pluridisciplinarios en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	Nº de proyectos de investigación en ERyMEs	2013-2020

Fuente: FECYT.

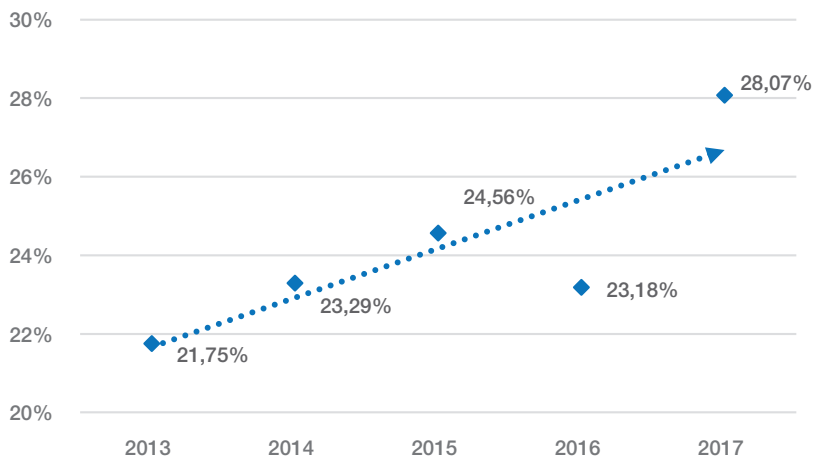
Porcentaje de publicaciones que incluyan la investigación en determinantes sociales de entre los publicados en ERyMEs:

Para obtener el denominador de este indicador se ha utilizado la información proporcionada por la base de datos bibliográfica Scopus sobre las publicaciones en ERyMEs durante el periodo 2013-2017, y se han seleccionado aquellas que cuentan con al menos un autor o autora con filiación en una institución española. Se ha obtenido utilizando la propia taxonomía de las revistas incluidas en Scopus (All Science Journal Classification Codes –ASJC–) y el análisis de textos.

El numerador del indicador se ha elaborado seleccionando del listado anterior las publicaciones que incluían la investigación en los DSS relacionados con las ERyMEs.

El resultado de este indicador nos permite concluir que, de forma global, el número de publicaciones en ERyMEs en el periodo observado (2013 a 2017) que incluyen la investigación en determinantes sociales se ha incrementado progresivamente desde 2013, pasando de 21,75% en 2013 a 28,07% en 2017, siguiendo una tendencia ascendente.

Gráfico 36. Porcentaje de publicaciones en ERyMEs que incluyen investigación en DSS. Línea de tendencia



Fuente: FECYT. Base de datos bibliográfica SCOPUS.

El número absoluto de publicaciones en ERyMEs también ha ido aumentando, pasando de 87.967 publicaciones en 2013 a 94.412 en 2017.

Tabla 18. Evolución del porcentaje de publicaciones que incluyen la investigación en determinantes sociales de entre las publicadas en ERyMEs

Diagnóstico	2013	2014	2015	2016	2017	
Nº de publicaciones en ERyMEs	708	760	745	729	716	
Nº de publicaciones en ERyMEs que incluyen la investigación en determinantes sociales	154	177	183	169	201	
Porcentaje de publicaciones que incluyen la investigación en determinantes sociales de entre las publicadas en ERyMEs	21,75%	23,29%	24,56%	23,18%	28,07%	
Memorando						
Nº total de publicaciones	87.967	92.352	91.108	92.353	94.412	
Porcentaje de publicaciones en ERyMEs	0,80%	0,82%	0,82%	0,79%	0,76%	

Fuente: Elaborado por FECYT. Base de datos bibliográfica SCOPUS.

Nota: Sólo se consideran las publicaciones con al menos un autor afiliado a una institución española.

Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género:

El denominador de este indicador se ha obtenido mediante el análisis de los proyectos de investigación, tanto los financiados por el Plan Estatal de I+D+I, como aquellos financiados por el programa marco de investigación de la Comisión Europea que tienen como beneficiaria, al menos, a una persona investigadora española.

Para obtener la información en los proyectos estatales ha sido necesario recurrir al análisis de textos, porque la taxonomía de los proyectos no permite diferenciar los relacionados con las ERyMEs. En los proyectos europeos, aunque la taxonomía EuroSciVoc ha ayudado a clasificar los proyectos relacionados con las ERyMEs, se ha usado también el análisis de textos para la clasificación. A partir del registro de proyectos en ERyMEs, el numerador de ambos indicadores se ha obtenido seleccionando de ese listado los proyectos que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género.

En los **proyectos estatales** el resultado señala que del año 2013 al 2016, último año con información disponible, se han llevado a cabo 158 proyectos del Plan Estatal de I+D+I sobre ERyMEs, 2013 ha sido el año con mayor número de proyectos: 46, y 2016 el año en que ha habido menos: 34. Entre estos proyectos, los que han abordado desigualdades sociales y de género han sido 14: 7 en 2013, 2 en 2014, 3 en 2015 y 2 en 2016. En total, en estos cuatro años, de los 158 proyectos sobre ERyMEs dentro del Plan Estatal de I+D+I un 11,29% han tratado las desigualdades sociales y de género.

Durante estos cuatro años (2013 a 2016) se han llevado a cabo 22.413 proyectos del Plan Estatal de I+D+I, y de ellos el 0,7% (158) han sido sobre ERyMEs.

En los **proyectos europeos** del programa marco de investigación de la Comisión Europea se han seleccionado aquellos sobre ERyMEs con al menos una persona investigadora española como beneficiaria para el periodo 2013 a 2019. En total, durante estos siete años, se han realizado 40 proyectos de los cuales únicamente en 3 se han estudiado las desigualdades sociales y de género.

Durante estos años (2013 a 2019) se han registrado 8.016 proyectos del programa marco de investigación de la Comisión Europea con participación española, y de ellos el 0,5% (40) han abordado las ERyMEs.

Tabla 19. Evolución del porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Proyectos del Plan Estatal de I+D+I								
Nº de proyectos en ERyMEs	46	36	42	34				
Nº de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	7	2	3	2				
Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	15,22%	5,56%	7,14%	5,88%				
Memorando								
Nº total de proyectos del Plan Estatal	5.828	5.417	6.339	4.829				
Porcentaje de proyectos del Plan Estatal de I+D+I relacionados con ERyMEs	0,79%	0,66%	0,66%	0,70%				
Proyectos del Programa Marco Europeo de Ciencia e Innovación								
Nº de proyectos en ERyMEs	6	3	4	3	9	7	8	
Nº de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	0	0	0	0	2	1	0	
Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	22,22%	14,29%	0,00%	
Memorando								
Nº total de proyectos europeos con participación española	1.219	647	1.253	1.213	1.194	1.162	1.328	
Porcentaje de proyectos europeos con participación española relacionados con ERyMEs	0,49%	0,46%	0,32%	0,25%	0,75%	0,60%	0,60%	
Fuente: Elaborado por FECYT. Ministerio de Ciencia e Innovación, para los proyectos del Plan Estatal, y Portal de Datos Abiertos de la Unión Europea, para los proyectos europeos.								

2.6.2.3 Objetivo específico 9.4 Promover la investigación clínica y de resultados en salud de estas patologías.

Porcentaje de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social

Este fue el indicador propuesto para evaluar la recomendación de impulsar proyectos de investigación multicéntricos y multidisciplinares en relación con las ERyMEs, recomendación incluida para implementar el objetivo

general 9: *Promover y reforzar las líneas de investigación de calidad sobre la atención de las ERYMEs.*







Para calcular este indicador se ha utilizado como denominador el número de los proyectos de investigación, tanto los financiados por el Plan Estatal de I+D+I como los financiados por el programa marco de investigación de la Comisión Europea que tienen al menos una persona investigadora española como beneficiaria; y para el numerador se han contabilizado sólo los proyectos multicéntricos y los coordinados²³.

En los **proyectos estatales**, del Plan Estatal de I+D+I, de 2013 a 2016, el porcentaje de proyectos multicéntricos y pluridisciplinarios en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social dentro de todos los proyectos en ERYMEs del Plan Estatal de I+D+I, ha tenido un mínimo de 17,39% en 2013 y un máximo de 22,22% en 2014. El resultado señala que del año 2013 al 2016, último año con datos disponible, ha habido 158 proyectos sobre ERYMEs, y de estos 31 han sido multicéntricos y pluridisciplinarios en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social, es decir el promedio del porcentaje de este indicador es de 19,62%. Este porcentaje se ha mantenido bastante estable a lo largo de los cuatro años para los que tenemos datos: 17,39% en 2013, 22,22% en 2014, 19,05% en 2015 y 20,59% en 2016.

Los **proyectos europeos** del programa marco de investigación de la Comisión Europea sobre ERYMEs de 2013 a 2019, que tienen al menos una persona investigadora española como beneficiaria, han sido 40 en total, de ellos el 65% (26) se consideran multicéntricos y pluridisciplinarios.

²³ Un proyecto coordinado es una propuesta de investigación que presentan dos o más equipos de investigación (hasta un máximo de seis) de la misma entidad solicitante o de distintas entidades, liderados cada equipo por uno o dos investigadores/as principales.

Tabla 20. Evolución del porcentaje de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinarios²⁴ en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Proyectos del Plan Estatal de I+D+I								
Nº de proyectos en ERyMEs	46	36	42	34				
Nº de proyectos en ERyMEs multicéntricos y pluridisciplinarios en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	8	8	8	7				
Porcentaje de proyectos multicéntricos y pluridisciplinarios en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	17,39%	22,22%	19,05%	20,59%				
Proyectos del Programa Marco Europeo de Ciencia e Innovación								
Nº de proyectos en ERyMEs	6	3	4	3	9	7	8	
Nº de proyectos en ERyMEs multicéntricos y pluridisciplinarios en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	4	3	2	1	7	4	5	
Porcentaje de proyectos multicéntricos y pluridisciplinarios en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social	66,67%	100,00%	50,00%	33,33%	77,78%	57,14%	62,50%	

Fuente: Elaborado por FECYT. Ministerio de Ciencia e Innovación, para los proyectos del Plan Estatal, y Portal de Datos Abiertos de la Unión Europea, para los proyectos europeos.

Conclusiones

- Se debería reforzar la recomendación de mejorar el conocimiento de las ERyMEs, dirigidas tanto a profesionales como a responsables asistenciales y equipos directivos, mediante actividades formativas acreditadas o utilizando otros medios disponibles.
- La Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER) que articula la investigación cooperativa de calidad clínica y básica con especial énfasis en la investigación traslacional, ha mejorado la cooperación con redes internacionales y ha favorecido la participación en proyectos transnacionales, con un aumento diferencial de los dedicados específicamente a ERyMEs en la participación española global.
- El número de publicaciones en ERyMEs que incluyen la investigación en determinantes sociales, se ha incrementado progresivamente, pasando de 21,75% en 2013 a 28,07% en 2017, siguiendo una tendencia ascendente.

²⁴ Se consideran como proyectos multicéntricos y pluridisciplinarios los proyectos multicéntricos y los coordinados.

- El número de proyectos de ERyMEs que abordan desigualdades sociales y de género es escaso, tanto en los proyectos estatales como en los europeos. En total, de 2013 a 2016 se han llevado a cabo 158 proyectos sobre ERyMEs dentro del Plan Estatal de I+D+I, de los cuales 14 han tratado las desigualdades sociales y de género. Dada la alta prevalencia del sexo femenino en las ERyME, sería necesario potenciar la investigación en este ámbito, para evitar sesgos de género tanto en el diagnóstico como la evaluación de estas enfermedades que se podría traducir en desigualdades en el manejo.
- El porcentaje de proyectos del Plan Estatal de I+D+I sobre ERyMEs en la serie con datos disponibles es inferior al 1%, aunque se aprecia un nuevo repunte en los últimos años.
- El porcentaje de proyectos multicéntricos y pluridisciplinarios en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social, dentro de todos los proyectos en ERyMEs del Plan Estatal de I+D+I ha sido 20%. Entre los proyectos del programa marco de investigación de la Comisión Europea, este porcentaje ha sido del 60%.

3 Líneas de actuación prioritarias

Hoy por hoy la Estrategia tiene un grado de implantación heterogéneo entre las CC. AA., algunas cuentan con planes específicos, otras incluyen a las ERyMEs en planes generales y otras tienen procesos asistenciales integrados relacionados.

Teniendo en cuenta los resultados de la evaluación podemos plantear las siguientes líneas de actuación prioritarias:

– **Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad**

Es necesario realizar un abordaje integral de los factores de riesgo comunes a las enfermedades no transmisibles. Para ello, es fundamental desarrollar políticas de salud pública intersectoriales, que promuevan la creación de entornos que faciliten los estilos de vida saludables, en los que las elecciones más sencillas y asequibles sean las más saludables. Con un enfoque longitudinal que permita a las personas generar salud a lo largo de todas las etapas de la vida.

Es prioritario insistir en la implantación de planes específicos y medidas para prevenir la obesidad, especialmente en la infancia, y seguir impulsando las que han permitido disminuir el sedentarismo.

Junto a la elaboración de propuestas o planes concretos en ERyMEs, es necesario el compromiso institucional para incentivar y facilitar su implantación por parte de los profesionales.

Es importante promover una cultura evaluativa que visibilice el grado de desarrollo de las acciones o planes de ERyMEs, mediante indicadores estandarizados, con una política de difusión de resultados que alcance a todos los implicados.

– **Capacitación y autonomía**

Se observa un incremento de la demanda de Educación para la Salud por parte de pacientes y cuidadores. Es necesario mantener y promover este tipo de contenidos a través de las diferentes redes de escuelas de salud para ciudadanos, pacientes y cuidadores, y hacer hincapié tanto en su difusión a grupos sociales vulnerables, como en mantener unos elevados estándares de calidad en los contenidos.

La formación en estas enfermedades tiene gran importancia en general, y cobra mayor relevancia si se enfoca desde el punto de vista de las posibilidades que tiene para evitar retrasos diagnósticos en patología

reumática y musculoesquelética potencialmente reversible. Administración, asociaciones de pacientes y sociedades científicas deberían trabajar conjuntamente para mantener la idoneidad y calidad de los programas.

– **Atención sanitaria**

Potenciar la comunicación permanente entre atención primaria, especializada e inspección, y mejorar la integración de los diferentes niveles asistenciales en los sistemas de información debería ser una de las líneas prioritarias de actuación.

Es preciso mejorar la prevención y el abordaje de la discapacidad de causa osteoarticular. En este sentido, el desarrollo de programas en las CC. AA., complementarios a los sistemas de derivación precoz, podría impulsar una mejor relación del SNS con el tejido productivo y contribuir en la mejora del problema que supone la discapacidad para el trabajo. Además, estos programas deberían ampliarse a otros grupos especialmente vulnerables como ancianos, personas en situación de soledad o socialmente desfavorecidas.

El consumo de medicamentos antiinflamatorios y analgésicos opiáceos aumenta considerablemente en las personas con problemas osteoarticulares, que frecuentemente son pacientes polimedicados y con comorbilidades. La mayor prescripción y/o consumo en mujeres sugiere adoptar actuaciones que refuercen un uso adecuado, seguro y con perspectiva de género. Se debería reforzar la formación de los profesionales, pacientes y ciudadanos para evitar la excesiva medicalización de procesos que pueden beneficiarse de intervenciones no farmacológicas, especialmente desde el autocuidado.

Sería necesario incorporar indicadores para monitorizar tanto la utilización de terapias no farmacológicas, como el uso adecuado y seguro de medicamentos antiresortivos y osteoformadores, inmunosupresores, biológicos o sintéticos dirigidos.

– **Gestión de información sanitaria y sistemas de información**

Es importante destacar el desarrollo que, desde la aprobación de la Estrategia en diciembre de 2012, ha tenido la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, que en enero del 2021 permite que todas las CC. AA. estén interconectadas.

Es necesario reforzar el desarrollo de herramientas digitales en la HCE, con dos objetivos prioritarios

- La incorporación directa de datos críticos a sistemas de información para monitorizar y evaluar resultados de salud que aporten valor y reduzcan actuaciones no eficientes.

- El apoyo a la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia, como sistemas de alerta electrónicos para facilitar la elección y adecuación en la prescripción de fármacos y exploraciones, que permitan disminuir la variabilidad, y elevar las garantías de seguridad de las y los pacientes.

– **Investigación**

El número de proyectos de ERyMEs que abordan desigualdades sociales y de género es escaso, tanto en los proyectos estatales como en los europeos. Sería necesario potenciar la investigación en este ámbito, para evitar sesgos de género tanto en el diagnóstico como la evaluación de estas enfermedades que podría traducir desigualdades en el manejo.

Estas líneas de actuación prioritarias se abordan y tienen continuidad en la propia Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del SNS que sigue vigente en todas sus líneas estratégicas y objetivos. En la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, que insta a aplicar íntegramente las estrategias nacionales de intervenciones multisectoriales de salud pública, para promover y facilitar un estilo de vida saludable y reducir los factores ambientales, socioeconómicos, laborales y educativos que pueden facilitar la aparición o empeorar la evolución de las ERyMEs. Y en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS que se crea con la misión de “establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud que permitan orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral”.

4 Abreviaturas y acrónimos

AP	Atención primaria
AE	Atención especializada
BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
CC. AA.	Comunidades autónomas
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD/RAE-CMBD	Registro de Atención Especializada
CMBD-H	Conjunto Mínimo Básico de Datos-Hospitalización
DDD	Dosis Diarias Definidas
DHD	Dosis Diarias Definidas por mil habitantes y día
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
EPSP	Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS
ERyMEs	Enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas
HCDSNS	Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
HCE	Historia Clínica Electrónica
HCR	Historia Clínica Resumida
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto de Gestión Sanitaria
INSST	Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
IT	Incapacidad Temporal
IP	Incapacidad Permanente
RETICS	Redes temáticas de investigación cooperativa en salud
RIER	Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas
SNS	Sistema Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
ZBS	Zona Básica de Salud

5 Bibliografía

- 1 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: 6 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_enfermedades_reumaticas_Accesible.pdf
- 2 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. Madrid: 6 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- 3 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Encuesta Europea de Salud 2014 [Internet]. Madrid: 6 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/pdf/EESE14_inf.pdf
- 4 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. Madrid: 6 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSalud-yPrevencionSNS.pdf>
- 5 Angulo-Pueyo, E., Ridao-Lopez, M., Seral-Rodríguez, M., Martínez-Lizaga, N., Estupiñán-Romero, F., Comendeiro-Maaloe, M., Ibañez-Beroiz, B., Librero-López, J., Millán-Ortuondo, E., Peiró-Moreno, S. y Bernal-Delgado, E. por el grupo Atlas VPM. 2017. Atlas de variaciones en cirugía ortopédica y traumatológica en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.atlasvpm.org/atlas/ortopedia-2017>
- 6 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2020. Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
- 7 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017. Patrones de mortalidad en España. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_Mortalidad_2017.pdf
- 8 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2020. Registro de mortalidad por causa de muerte Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.msbs.es/publicoSNS/S/mortalidad-por-causa-de-muerte>
- 9 OECD/European Union (2020), “Waiting times for hip fracture surgery”, in Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4315b545-en>.
- 10 OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

- 11 Instituto Nacional de Servicios Sociales. Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad (Informe a 31/12/2018) [Internet]. Madrid: Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación; 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2018.pdf
- 12 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS-España [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT); 2017 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96082/Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo+6%C2%AA+EWCS/abd69b73-23ed-4c7f-bf8f-6b46f1998b45>
- 13 Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas. <https://red-rier.org/2020>
- 14 Instituto Nacional de la Seguridad Social. Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal, 4a edición. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2017. Disponible en: http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/d24cc76a-e1f4-49b6-b36f-fb-8fc00a32a7/Manual+Tiempos+%C3%93ptimos+IT_Castellano_v4.0_+Accesibilidad.pdf?MOD=AJPERES&CVID=
- 15 Social determinants of health. The solid facts. Second edition. © Organización Mundial de la Salud, 2003: Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot
- 16 Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del Estudio HBSC 2018. Ministerio de Sanidad, 2020.
- 17 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Descripción de las variables compuesta. Disponible en: https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_Descrip_variab_comp.pdf
- 18 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #2- Actividad Física, Descanso y Ocio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019
- 19 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de Utilización de Medicamentos. Utilización de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos en España durante el periodo 2013-2016. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antiinflamatorios-AINES-periodo-2013-2016.pdf?x27133>
- 20 Ministerio de Sanidad. Sistema HCDSNS Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Informe de Situación 01.01.2020. Disponible en: https://www.msrebs.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/Inf_sit_HCDSNS_enero_2020.pdf
- 21 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012 Edición revisada. Junio de 2015. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infSNS2012.pdf>
- 22 Ministerio de Sanidad. e-Salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Disponible en: https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.8_e_Salud.pdf

6 Anexos

Anexo I. Líneas Estratégicas y Objetivos

Objetivos de la Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del SNS	
Línea Estratégica	Objetivos
1. EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	Objetivo 1: Disminuir la carga de enfermedad de las ERYMEs.
	1.1 Promover la acción intersectorial para desarrollar actuaciones de promoción de la salud y de prevención de las ERYMEs
	1.2 Promover espacios de participación social entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada.
	1.3 Aumentar el conocimiento de las ERYMEs y sus determinantes en la población general y por parte de las personas con responsabilidad en las administraciones públicas y en la población general.
	1.4 Aumentar el conocimiento de las ERYMEs y sus determinantes por parte de los responsables de las empresas y la población trabajadora
	1.5 Reducir la prevalencia de los factores de riesgo relacionados con las ERYMEs mediante la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo de políticas que promuevan entornos saludables.
	1.6 Reducir la prevalencia de los factores de riesgo laborales que puedan causar o agravar las ERYMEs.
	Objetivo 2: Disminuir las desigualdades sociales en salud desde un enfoque de los determinantes sociales de las ERYMEs.
	2.1 Promover la equidad en las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población mediante la disminución de las desigualdades sociales en salud (por género, nivel educacional, ocupacional, renta o territorio entre otros)
	2. CAPACITACIÓN Y AUTONOMÍA
3.1 Promover programas de educación para la salud dirigidos a enfermos y personas cuidadoras, específicos según patologías y a personas sanas sobre estilos de vida saludables, con especial atención a grupos sociales vulnerables	
3.2 Promover la educación por pares: fomentar la participación de los enfermos y asociaciones de enfermos en la educación dirigida a ellos mismos y a sus cuidadores.	

3. ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL	Objetivo 4: Garantizar la prioridad de acceso en las derivaciones para procesos agudos con alto riesgo de discapacidad o incapacidad prevenible y con evidencia científica del beneficio de intervención precoz.
	4.1 Garantizar equidad en el acceso a los recursos asistenciales según las necesidades.
	4.2 Facilitar un sistema de derivación urgente o preferencial para los procesos en relación con ERyMEs que esté centrado en el paciente.
	4.3 Establecer mecanismos y modelos de estratificación y predicción que permitan la identificación de subgrupos de población con diferentes niveles de necesidad y riesgo.
	4.4 Preservar la capacidad y reducir el impacto que producen las ERyMEs sobre la IT e IP
	Objetivo 5: Garantizar la continuidad asistencial mediante el impulso de una atención multidisciplinar coordinada e integrada entre los diferentes profesionales, ámbitos asistenciales y sectores.
	5.1 Establecer mecanismos de comunicación fluida orientada a compartir información clínica y de pruebas complementarias que garanticen la coordinación efectiva entre ámbitos asistenciales.
	5.2 Consensuar y coordinar los circuitos asistenciales entre los profesionales implicados para los procesos de las ERyMEs de mayor magnitud (mayor prevalencia y/o gravedad).
	5.3 Aumentar la capacidad resolutive de atención primaria para los procesos más prevalentes.
	5.4 Promover la capacidad resolutive de los servicios sanitarios de los servicios de prevención de riesgos laborales para los procesos más prevalentes de ERyMEs.
	Objetivo 6: Garantizar una práctica clínica de calidad, segura y basada en la evidencia científica disponible en los procesos diagnósticos y de tratamiento de personas con ERyMEs.
	6.1 Homogeneizar la práctica clínica, los procesos de diagnóstico y el tratamiento en las ERyMEs evitando la variabilidad no justificada.
	6.2 Mejorar la intervención terapéutica precoz de las ERyMEs en las que se ha demostrado evidencia de su efectividad.
6.3 Mejorar la seguridad de los enfermos con ERyMEs en los tratamientos crónicos.	
6.4 Identificar las necesidades de los pacientes en la esfera biopsicosocial.	
4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Objetivo 7: Promover la adecuación y desarrollo de las TIC aplicadas a la gestión y la atención sanitaria y social de las ERyMEs.
	7.1 Promover la consolidación de la Historia Clínica Digital compartida e interoperable para facilitar la coordinación en cada ámbito asistencial y entre ellos en tiempo real.
	7.2 Reforzar la existencia de herramientas de apoyo a la decisión clínica en formato electrónico para garantizar la calidad de la atención de los pacientes.
	7.3 Reforzar los sistemas de información electrónicos para garantizar la seguridad de los pacientes.

5. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	Objetivo 8: Mejorar la formación de los profesionales implicados en el cuidado de las ERyMEs
	8.1 Sensibilizar a los profesionales y administraciones sanitarias acerca de la importancia de la prevención y adecuada atención de las ERyMEs.
	8.2 Promover y facilitar actividades de formación continuada de los profesionales implicados en la prevención y atención sanitaria y social de las ERyMEs desde un modelo biopsicosocial y una perspectiva multidisciplinar.
	8.3 Mejorar las habilidades de comunicación de todos los agentes implicados en el cuidado de las ERyMEs.
	8.4 Incorporar la perspectiva de determinantes sociales de la salud, incluido el género, en todos los ámbitos de formación en estas enfermedades
	8.5 Promover actividades de formación y capacitación de los profesionales implicados en materia de IT e IP y otras prestaciones de la Seguridad Social.
	Objetivo 9: Promover y reforzar las líneas de investigación de calidad sobre la atención de las ERyMEs.
	9.1 Potenciar redes de centros y/o grupos de excelencia en investigación en ERyMEs, que estén interconectados de una manera coordinada y cooperativa
	9.2 Promover las líneas de investigación sobre genética, bases celulares y moleculares con traslación de los resultados a la práctica clínica.
	9.3 Favorecer los estudios epidemiológicos incluyendo la investigación sobre determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud que estén relacionados con las ERyMEs en los diferentes grupos de población y la evaluación del impacto en salud.
9.4 Promover la investigación clínica y de resultados en salud de estas patologías.	

Anexo II. Fichas técnicas de los indicadores

Indicadores globales

Prevalencia de enfermedad osteoarticular auto declarada
Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$ Número de personas encuestadas de 15 y más años que manifiestan padecer algún tipo de enfermedad osteoarticular incluida en la encuesta. <hr style="width: 100%; margin-left: 150px; margin-right: 0;"/> Número de personas de dicha edad incluidas en la Encuesta x 100
Definiciones: las preguntas de la encuesta se dirigen a la población de 15 y más años (cuestionario del adulto), se pregunta si padece o ha padecido “artrosis (excluyendo artritis)”, “dolor de espalda crónico cervical”, “dolor de espalda crónico lumbar” y “osteoporosis”. En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si “lo ha padecido en los últimos 12 meses” y si “le ha dicho un médico que lo padece”. Se contabilizarán todas aquellas respuestas que cumplan estos dos requisitos.
Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (ESES). MS e INE
Desagregación: Comunidad autónoma, sexo, edad decenios (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84, 85+)
Periodicidad trienal

Porcentaje de personas con osteoporosis en Atención Primaria Porcentaje de personas con artrosis en Atención Primaria Porcentaje de personas con síndromes lumbares, en Atención Primaria Porcentaje de personas con síndromes del cuello en Atención Primaria Porcentaje de personas con artritis reumatoide en Atención Primaria
Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$ Nº de personas con diagnóstico de Osteoporosis/Artrosis/S Lumbares/S del cuello/Artritis Reumatoide, registrada en Atención Primaria. <hr style="width: 100%; margin-left: 150px; margin-right: 0;"/> Población asignada a Atención Primaria x 100
Definiciones: se incluyen en el numerador todas aquellas personas en cuya historia clínica electrónica conste el diagnóstico, codificado con alguna de las clasificaciones en uso en Atención Primaria (CIE9MC, CIE10ES o CIAP2). Para la explotación conjunta de los datos se utilizarán los códigos siguientes de la Clasificación Internacional de Atención Primaria CIAP, versión2: Osteoporosis: código L95 Artrosis: códigos L89, L90 y L91 Síndromes lumbares: códigos L84, L86 Síndromes del cuello: código L83 Artritis Reumatoide: código L88
Fuente de datos: Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS.
Desagregación: Comunidad autónoma, sexo, grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +), nivel de Renta, situación laboral (activo/desempleado), estrato ZBS
Periodicidad anual
Observaciones: esta información no se obtiene de forma conjunta para enfermedad osteoarticular, sino para cada enfermedad (Osteoporosis, Artrosis, Síndromes lumbares/torácicos, Síndromes del cuello, Artritis reumatoide) por separado

Tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100}{\text{Número de altas por enfermedad osteoarticular, en un año.}} \times 100$$

Población en ese año

Definiciones: El numerador incluye todas aquellas altas hospitalarias con códigos de diagnóstico principal:

- Hasta el año 2015, los códigos 710-739 de la clasificación CIE9MC
- A partir de 2016, los códigos M00-M99 de la clasificación CIE10ES

Fuente de datos: Registro de Actividad de Atención Especializada RAE-CMBD. MS.

Desagregación: por CC. AA., por sexo, y grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +)

Periodicidad anual

Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100}{\text{Número de altas por artroplastia de cadera, en un año.}} \times 100$$

Población en ese año

Definiciones: Incluye las altas con código de procedimiento:
Hasta el año 2015, los códigos 81.51 y 81.52 de la clasificación CIE9MC.
A partir de 2016, los códigos 0SR90, 0SRB0, 0SRA0, 0SRE0, 0SRR0 y 0SRS0 de la CIE10ES

Fuente de datos: Registro de Actividad de Atención Especializada RAE-CMBD. MS

Desagregación: por CC. AA., por sexo, y grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +)

Periodicidad anual

Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100}{\text{Número de altas por artroplastia de rodilla, en un año.}} \times 100$$

Población en ese año

Definiciones: Incluye las altas con código de procedimiento:
Hasta el año 2015 código 81.54 de la clasificación CIE9MC.
A partir de 2016 códigos 0SRC0, 0SRD0, 0SRTO, 0SRU0, 0SRV0 y 0SRW0, de la CIE10ES.
Téngase en cuenta que la clasificación no discrimina si la sustitución es sobre articulación nativa o protésica.

Fuente de datos: Registro de Actividad de Atención Especializada RAE-CMBD. MSCBS

Desagregación: por CC. AA., por sexo, y grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +)

Periodicidad anual

Tasa de altas por fractura de cadera en ≥ 65 años

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 1000}{\text{Número de altas por fractura de cadera en persona de 65 y más años, en un año}} \times 1000$$

Población de 65 y más años

Definiciones Incluye las altas con código de procedimiento:
Hasta el año 2015 códigos 820 de la clasificación CIE9MC.
A partir de 2016 códigos S72.0, S72.1, S72.2, con séptimo carácter A, B, C, de la CIE10ES. Se excluyen las altas con el código de fractura periprotésica (T84.040A Y T84.041A)

Fuente de datos: Registro de Actividad de Atención Especializada RAE-CMBD. MSCBS

Desagregación: por CC. AA. y por sexo.

Periodicidad anual

Tasa de mortalidad hospitalaria por fractura de cadera

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100}{\text{Número de altas hospitalarias por fallecimiento debido al proceso analizado}} \times 100$$

Total de altas del proceso analizado

Definiciones: El denominador se incluye las altas de pacientes cuyo diagnóstico principal incluya:
Hasta 2015: La categoría 820 (fractura de cadera) de la CIE9MC. Se excluyen las altas con el código de fractura periprotésica (996.44).
A partir de 2016: Los códigos S72.0**(A, B, C), S72.1**(A,B,C), S72.2**(A,B,C) de la CIE10ES: Se excluyen las altas con el código de fractura periprotésica (T84.040A Y T84.041A).
El numerador añade, a los códigos anteriores, el criterio de Éxito como motivo del alta.

Fuente de datos: Registro de Actividad de Atención Especializada RAE-CMBD. MSCBS.

Desagregación: por CC. AA., sexo, grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +)

Periodicidad anual

Tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular ajustada por edad

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100.000}{\text{Número de defunciones por enfermedad osteoarticular, en un año.}} \times 100.000$$

Población en ese año

Definiciones: se incluirán todas aquellas defunciones con los códigos M00-M99 de la CIE10. Para el ajuste de la tasa se usará como población estándar la población europea.

Fuente de datos: defunciones según causa de muerte, INE y elaboración propia MS.

Desagregación: por CC. AA. y por sexo.

Periodicidad anual

Tasa de mortalidad prematura por enfermedad osteoarticular

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100.000$

$\frac{\text{Nº de defunciones en personas menores de 75 años por enfermedad osteoarticular, en un año}}{\text{Población de 0 a 74 años en ese año}} \times 100.000$

Definiciones: se incluirán todas aquellas defunciones con los códigos M00-M99 de la CIE10. Para el ajuste de la tasa se usará como población estándar la población europea.

Fuente de datos: defunciones según causa de muerte, INE y elaboración propia MS

Desagregación: por CC. AA. y por sexo.

Periodicidad anual

Población con discapacidad asociada a enfermedad osteoarticular autodeclarada

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 1.000$

$\frac{\text{Nº de personas que declaran padecer una discapacidad debida a enfermedad osteoarticular}}{\text{Población}} \times 1.000$

Definiciones: Se siguen los criterios de la OMS en cuanto a la utilización de clasificaciones internacionales sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías.

Fuente de datos: Componentes:

- a) Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud. INE.
- b) Proyecciones de población. INE

Desagregación: Por CC. AA., grupos de edad, sexo y grado de discapacidad

Periodicidad Aproximadamente, cada 10 años

Observaciones: datos no disponibles a la fecha de este informe

Salud y equidad en todas las políticas: promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad

Prevalencia de sobrepeso en población adulta

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100}{\text{Nº de personas de 18 y más años con un índice de masa corporal (IMC) definido como sobrepeso}} \times 100$$
$$\text{Nº de personas encuestadas de 18 y más años}$$

Definiciones: El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso en kilos/talla²). Se considera que una persona presenta sobrepeso cuando $25 \text{ Kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 30 \text{ Kg/m}^2$.

Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (ESES). MSCBS e INE

Desagregación: por Comunidad Autónoma, Sexo, Nivel de estudios, Clase social.

Periodicidad: Trienal

Observaciones: Las clases Sociales en la ENSE2017 son las siguientes:
I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
VI. Trabajadores no cualificados.

Prevalencia de obesidad en población adulta

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100}{\text{Nº de personas de 18 y más años con un índice de masa corporal (IMC) definido como obesidad}} \times 100$$
$$\text{Nº de personas encuestadas de 18 y más años}$$

Definiciones: El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla²). Se considera que una persona presenta obesidad cuando IMC es igual o superior a 30 Kg/m^2 .

Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España y Encuesta Europea de Salud en España. MSSSI/INE

Desagregación: por Comunidad Autónoma, Sexo, Nivel de estudios, Clase social.

Periodicidad: Trienal

Observaciones: Las clases Sociales en la ENSE2017 son las siguientes:
I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
VI. Trabajadores no cualificados.

Prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100}{\text{Nº de personas de 15 y más años con un grado de actividad física considerado sedentario}} \times 100$$
$$\frac{\text{Nº de personas encuestadas de 15 y más años}}{\text{Nº de personas encuestadas de 15 y más años}} \times 100$$

Definiciones: Se considera sedentaria a toda persona que, en su tiempo libre, habitualmente no realiza ninguna actividad física como caminar, practicar deporte, gimnasia, etc.

Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España y Encuesta Europea de Salud en España. MSSSI/INE

Desagregación: por Comunidad Autónoma, Sexo, Nivel de estudios, Clase social:

Periodicidad: Trienal

Observaciones: Las clases Sociales en la ENSE2017 son las siguientes:
I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
VI. Trabajadores no cualificados.

Prevalencia de obesidad en población infantil

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100}{\text{Nº de personas de 2 a 17 años con un índice de masa corporal (IMC) considerado como obesidad}} \times 100$$
$$\frac{\text{Nº de personas encuestadas de 2 a 17 años}}{\text{Nº de personas encuestadas de 2 a 17 años}} \times 100$$

Definiciones: El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla²). El IMC aplicable para definir el sobrepeso entre 2 y 17 años, se calcula en función del sexo y la edad usando los puntos de corte establecidos por Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6).

Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MSCBS/INE

Desagregación: por Comunidad Autónoma, Sexo y Clase social.

Periodicidad Trienal

Observaciones: Las clases Sociales en la ENSE2017 son las siguientes:
I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
VI. Trabajadores no cualificados.

Prevalencia de sobrepeso en personas de 15 y más años con enfermedad osteoarticular auto declarada

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100}{\text{Número de personas con un índice de masa corporal considerado como sobrepeso}} \times 100$$

Número de personas que declaran tener al menos una de las siguientes: Artritis reumatoide, Osteoporosis, Dolor de espalda crónico (cervical), Dolor de espalda crónico (lumbar).

Definiciones: Estas preguntas se dirigen a la población de 15 y más años (cuestionario del adulto), se pregunta si padece o ha padecido "artrosis (excluyendo artritis)", "dolor de espalda crónico cervical", "dolor de espalda crónico lumbar" y "osteoporosis".

En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si "lo ha padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece".

Se contabilizarán todas aquellas respuestas que cumplan estos dos requisitos.

El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por la persona entrevistada (peso/talla²). Se considera que una persona presenta sobrepeso cuando $25 \text{ Kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 30 \text{ Kg/m}^2$.

Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MSCBS e INE

Desagregación: por sexo

Periodicidad trienal

Prevalencia de obesidad en personas >15 años con enfermedad osteoarticular autodeclarada

$$\frac{\text{Fórmula de cálculo: } [a / b] * 100}{\text{Nº de personas con un índice de masa corporal considerado como obesidad}} \times 100$$

Nº de personas que declaran tener al menos una de las siguientes: Artritis reumatoide, Osteoporosis, Dolor de espalda crónico (cervical), Dolor de espalda crónico (lumbar).

Definiciones: Estas preguntas se dirigen a la población de 15 y más años (cuestionario del adulto), se pregunta si padece o ha padecido "artrosis (excluyendo artritis)", "dolor de espalda crónico cervical", "dolor de espalda crónico lumbar" y "osteoporosis".

En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si "lo ha padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece".

Se contabilizarán todas aquellas respuestas que cumplan estos dos requisitos.

El Índice de Masa Corporal (IMC) se calcula a partir del peso y la talla declarados por las personas entrevistadas. Se considera obesidad un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30 Kg./m^2 .

Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MSCBS e INE

Desagregación: por sexo

Periodicidad trienal

Porcentaje de personas con enfermedad osteoarticular auto declarada

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 100$

Número de personas encuestadas de 15 y más años que manifiestan padecer algún tipo de enfermedad osteoarticular incluida en la encuesta.

Número de personas de dicha edad incluidas en la Encuesta. x 100

Definiciones: Las preguntas de la encuesta se dirigen a la población de 15 y más años (cuestionario del adulto), se pregunta si padece o ha padecido "artrosis (excluyendo artritis)", "dolor de espalda crónico cervical", "dolor de espalda crónico lumbar" y "osteoporosis".

En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si "lo ha padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece".

Se contabilizarán todas aquellas respuestas que cumplan estos dos requisitos.

Fuente de datos: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). MSCBS e INE

Desagregación: CC. AA., Sexo, Edad decenios (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84, 85+)

Periodicidad Trienal

Capacitación y autonomía

Programas de educación para la salud que incorporan a personas cuidadoras de pacientes con ERyMEs.

Programas de educación por pares relacionados con ERyMEs por CC. AA.

Atención sanitaria y social

Detección y acceso precoz

Unidades y mecanismos de acceso diferenciado (consultas de artritis precoz...)

Nº de fisioterapeutas y médicos especialistas de rehabilitación adscritos a equipos de AP por CC. AA

Duración media de las IT por ERyMEs

Incidencia de IT por ERyMEs por código CIE

Fórmula de cálculo: $[a / b] * 1.000$

Nº de procesos de IT diagnosticados como Artritis psoriásica, Artritis reumatoide, Espondilitis anquilosante, Dorsalgia o Fibromialgia

Nº de personas afiliadas el último día del año x 1.000

Fuente de datos: INSS

Desagregación: por género

Periodicidad anual

Incidencia de IP por ERyMEs

Fórmula de cálculo: Número de procesos de IP diagnosticados como Artritis psoriásica, Artritis reumatoide, Espondilitis anquilosante, Dorsalgia o Fibromialgia

Fuente de datos: INSS

Desagregación: por género

Periodicidad anual

Coordinación y continuidad asistencial

Herramientas de coordinación AP-AE: especialista consultor, sesiones compartidas AP-AE, PIC virtual, consultas no presenciales, protocolos de ERyMEs.

Planes que incorporen el abordaje psicosocial de las ERyMEs

Mejora de la Práctica Clínica

Dosis diarias de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) por cada mil personas con problemas osteoarticulares

Fórmula de cálculo: $[(a) / (b) * 365] * 1.000$

Nº de dosis diarias definidas (DDD) de AINES en un año, en personas con enfermedad osteoarticular

Nº de personas con enfermedad osteoarticular (multiplicado por 365 días) x 1.000

Definiciones:

Los AINES contienen los fármacos del Subgrupo farmacológico M01A-antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos, de la clasificación internacional ATC de la OMS.

Se incluyen como problemas osteoarticulares los códigos del Capítulo L de la Clasificación Internacional en Atención Primaria-versión2 (CIAP2), a excepción de L26, L27, L73, L74, L77, L78 y L79

Fuente de datos: Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS

Desagregación: por CC. AA., por Grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65+) y por sexo.

Periodicidad anual

Observaciones: reportan 12 CC. AA.

Dosis diarias de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) por cada mil personas

Fórmula de cálculo: $\left[\frac{(a) / (b) \cdot 365}{\text{N}^\circ \text{ de dosis diarias definidas (DDD) de AINE en un año.}} \right] \cdot 1.000$
x 100

Nº de personas (multiplicado por 365 días) en ese año

Definiciones: Los AINE contienen los fármacos del Subgrupo farmacológico M01A-antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos, de la clasificación internacional ATC de la OMS. El denominador incluye la población asignada a Atención Primaria.

Fuente de datos: Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS

Desagregación: por CC. AA., por Grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +) y por sexo.

Periodicidad anual

Observaciones: reportan 12 CC. AA.

Dosis diarias de analgésicos opiáceos por 1.000 personas con problemas osteoarticulares

Fórmula de cálculo: $\left[\frac{(a) / (b) \cdot 365}{\text{N}^\circ \text{ de dosis diarias definidas (DDD) de analgésicos opiáceos en un año en personas con enfermedad osteoarticular}} \right] \cdot 1.000$
x 1.000

Nº de personas con enfermedad osteoarticular (multiplicado por 365 días)

Definiciones: Los analgésicos opiáceos contienen los fármacos del Subgrupo farmacológico N02A-analgésicos opiáceos, de la clasificación internacional ATC de la OMS. Se incluyen como problemas osteoarticulares los códigos del Capítulo L de la Clasificación Internacional en Atención Primaria-versión 2 (CIAP2), a excepción de L26, L27, L73, L74, L77, L78 y L79. Desagregación: por CC. AA., por grupos de edad y por sexo.

Fuente de datos: Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS

Desagregación: por CC. AA., por Grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65 +) y por sexo.

Periodicidad anual

Observaciones: reportan 12 CC. AA.

Dosis diarias de analgésicos opiáceos 1.000 personas

Fórmula de cálculo: $\left[\frac{(a)}{(b) \cdot 365} \right] \cdot 1.000$
Nº de dosis diarias definidas (DDD) de analgésicos opiáceos en un año en personas

Nº de personas (multiplicado por 365 días) en ese año

— x 1.000

Definiciones: Los analgésicos opiáceos contienen los fármacos del Subgrupo farmacológico N02A-analgésicos opiáceos, de la clasificación internacional ATC de la OMS

Fuente de datos: Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). MS

Desagregación: por CC. AA., por grandes grupos de edad (00-14, 15-34, 35-64, 65+) y por sexo.

Periodicidad Anual

Observaciones: reportan 12 CC. AA.

Guías integradas de práctica clínica y otras iniciativas de mejora de la práctica clínica (procesos asistenciales integrados, protocolos, consensos) con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS.

Planes que incorporen el abordaje psicosocial de las ERYMEs

Gestión de la información

Herramientas de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica.

Formación e Investigación

Jornadas realizadas en las CC. AA. en relación con ERYMEs

Nº profesionales que han recibido formación continuada en relación con las ERYMEs por CC. AA.

Nº de profesionales formados en determinantes sociales de la salud por CC. AA.

Nº de redes acreditadas y grupos de investigación sobre ERYMEs

Porcentaje de publicaciones que incluyan la investigación en determinantes sociales de entre los publicados en ERYMEs.

Porcentaje de proyectos de investigación en ERYMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y género.

Número de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinarios en ERYMEs de alto impacto social.

Anexo III. Cuestionario a las CC. AA.

Criterios cualitativos de evaluación de la Estrategia para el abordaje de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyMEs) del SNS.

Se consultará al Comité Técnico su opinión sobre los criterios e indicadores propuestos para evaluar la evolución e implementación de los objetivos y recomendaciones de la Estrategia de las ERyMEs del SNS aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS, el 20 de diciembre de 2012.

En la evaluación de la Estrategia para el abordaje de las ERyMEs del SNS se tendrán en cuenta las dos fuentes de información siguientes:

- Los indicadores con base en sistemas de información comunes del SNS, facilitados por la Subdirección General de Información sanitaria del MSCBS (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social)
- La información que se recogerá a través de este cuestionario.

Las preguntas sobre las que solicitamos información son las siguientes:

Pregunta número 1: ¿Dispone en su comunidad autónoma de alguna estrategia, programas, o iniciativas para el abordaje de las ERyMEs?

Está encuadrada en los bloques: b.1. Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, b.2 Capacitación y autonomía, b.3. Atención sanitaria y social, b.4 Gestión de la información y b. 5 formación e investigación.

Recoger al menos los siguientes datos para cada acción identificada:

1. ¿Existe en su comunidad autónoma ¿algún Tipo de acción, estrategia, plan, programa, campaña etc., iniciados para al abordaje de las ERyMEs?
 - 1.1. Indicar Sí/No a las siguientes líneas estratégicas de la Estrategia en ERyMEs aprobadas en el CISNS.
 - 1.1.1. Equidad y salud en todas las políticas: promoción y prevención de la salud. Sí/No

Sí.

No.

1.1.2. Capacitación y autonomía: Fortalecer la capacidad de los enfermos y sus cuidadores para hacerles corresponsables en la gestión de su salud y proporcionarles mayor autonomía. Sí/No

Sí.

No.

1.1.3. Atención sanitaria y social: Garantizar la prioridad de acceso en las derivaciones para procesos agudos con alto riesgo de discapacidad o incapacidad prevenible y con evidencia científica del beneficio de intervención precoz. Sí/No

Sí.

No.

1.1.4. Gestión de la información sanitaria y Sistemas de Información: Promover la adecuación y desarrollo de las TIC aplicadas a la gestión y la atención sanitaria y social de las ERyMEs. Sí/No

Sí.

No.

1.1.5. Formación e Investigación: Mejorar la formación de los profesionales implicados en el cuidado de las ERyMEs y promover y reforzar las líneas de investigación de calidad sobre la atención de las ERyMEs. Sí/No

Sí.

No.

- 1.2. Indicar el enlace web de la estrategia o programa.
2. ¿Ha sido evaluada?
 - 2.1 Indicar SÍ o NO.
 Sí.
 No.
 - 2.2. En caso afirmativo indicar:
 - 2.2.1. Fecha evaluación. Indicar la fecha del siguiente modo: 0X/YL/20MN
 - 2.2.2. Indicadores utilizados.
En caso afirmativo: Listar los nombres de los indicadores, ficha técnica y los resultados.
 - 2.2.3. Enlace web de informe de evaluación y conclusiones de principales o remitir PDF.

Pregunta n° 2: ¿Existe en su comunidad autónoma mecanismos, estrategias, iniciativas para priorizar la atención de los pacientes con patología inflamatoria que se beneficiarían de la intervención precoz?

Está encuadrada en el bloque b.3 atención sanitaria y social, b.3.1. Detección y acceso precoz.

Responde al objetivo de la Estrategia n° 4.2 que es: Facilitar un sistema de derivación urgente o preferencial para los procesos en relación con ERYMEs que esté centrado en el paciente.

Recoger al menos los siguientes datos para cada unidad identificada:

1. ¿Existe en su comunidad autónoma mecanismos, estrategias, iniciativas para priorizar las listas de espera la atención a pacientes con patología inflamatoria que se beneficiarían de una intervención precoz?
 1. 1. Indicar SÍ o NO.
 Sí.
 No.

1.2. Indique para que patologías entre estas que a continuación se listan lo tienen contemplado en su comunidad autónoma
- Artritis: Sí/No.

Sí.

No.

- Enfermedades autoinmunes: Sí/No

Sí.

No.

- Espondiloartritis: Sí/No

Sí.

No.

- Otras: Sí/No

Sí.

No.

- En caso de otras, nombrar cuales.

Pregunta nº 3: ¿Existe en su comunidad autónoma herramientas TIC que faciliten las derivaciones y consultas desde la atención primaria y/o que permitan priorizarlas?

Está encuadrada en el bloque b.3 atención sanitaria y social, b.3.1. Detección y acceso precoz.

Responde al objetivo de la Estrategia nº 4.2 que es: Facilitar un sistema de derivación urgente o preferencial para los procesos en relación con ERYMEs que esté centrado en el paciente.

Recoger al menos:

1. ¿Existe en su comunidad autónoma herramientas TIC que faciliten las derivaciones y consultas desde la atención primaria y que permitan priorizarlas?

1.1. Sí/no.

Sí.

No.

1.2. Describir brevemente en no más de 5 líneas.

Pregunta nº4: ¿Existe en su comunidad autónoma disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs tanto en atención primaria como en atención hospitalaria?

Está encuadrada en el bloque b.4: gestión de la información y da respuesta al objetivo 7.3: Reforzar los sistemas de información electrónicos para garantizar la seguridad de los pacientes

Recoger al menos los siguientes datos para cada herramienta de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs

1. ¿Existe en su comunidad autónoma disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs?

1. 1. Sí/No.

Sí.

No.

2. Si en su comunidad autónoma existe disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, contestar si están incluidas las siguientes opciones:

- ¿Alertas de coste efectividad en la prescripción? Sí/No.

Sí.

No.

- ¿Alertas en la petición de pruebas complementarias radiológicas?
- Alertas sobre repetición de radiografías simples. Sí/No.

Sí.

No.

- Alertas sobre repetición de TAC. Sí/No.

Sí.

No.

- Alertas sobre repetición de Resonancia Magnéticas. Sí/No.

Sí.

No.

Pregunta nº 5: ¿Se han realizados en los últimos cuatro años en su comunidad autónoma acciones formativas para los profesionales de atención primaria sobre el manejo de las ERyMEs?

Está encuadrada en el bloque b.5. Formación e investigación: Da respuesta al objetivo 8.1: información sobre el objetivo 8.1.: Sensibilizar a los profesionales y administraciones sanitarias acerca de la importancia de la prevención y adecuada atención de las ERyMEs.

Recoger al menos los siguientes datos

1. ¿Se han realizados en los últimos cuatro años en su comunidad autónoma acciones formativas para los profesionales de atención primaria sobre el manejo de las ERyMEs?

1.1. Sí/no.

Sí.

No.

- 1.2. Si la respuesta es sí, remitir programa o cronograma de las acciones formativas que se citen.
2. ¿Se han realizado alguna jornada para la difusión en los últimos cuatro años sobre las ERyMEs?
 - 2.1. Sí/no.
 Sí.
 No.
 - 2.2. Si la respuesta es sí, remitir programa de las jornadas formativas que se citen.

Muchas gracias por su colaboración

Anexo IV. Proyectos de investigación en ERYMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género

Proyectos europeos

RCN	YEAR	TITLE	COORDINATOR COUNTRY	PARTICIPANT COUNTRIES
211288	2017	Prognostic value to identify individuals at high risk of Osteoporosis and osteoporotic fracture	BE	ES;UK;AT;DE;BE;IR
212455	2018	Personalised Prognostic Models to Improve Well-being and Return to Work After Neck and Low Back Pain	ES	UK;DE;IT;ES;HR;NL;SE;PL;NO
207205	2017	HARMONization and integrative analysis of regional, national and international Cohorts on primary Sjögren's Syndrome (pSS) towards	EL	US;RS;ES;EL;SE;NL;IT;DE;FR;UK;CH;BE;NO

Proyectos estatales

REFERENCIA	CONVOCATORIA	TÍTULO_ESP
DEP2013-40908-R	2013	segimiento longitudinal y modulacion genetica en fibromialgia. Efecto de la hidroterapia en dolor, salud y calidad de vida
PI15/01264	2015	desarrollo y validacion de una herramienta de ayuda para la toma de decisiones para pacientes con artrosis de rodilla candidatos a artroplastia total primaria
PSI2014-57957-R	2014	tratamiento psicologico de la depresion en mujeres con fibromialgia. Efectos de los factores predictores de resultado
PI13/00648	2013	caracterización de la salud autopercebida y estimación de utilidades a través de la nueva versión del cuestionario eq-5d en pacientes con trastorno depresivo, o artrosis de cadera o rodilla
DEP2015-70356-R	2015	coste de un programa de rehabilitación de realidad virtual sobre el envase de la actividad cerebral y motor en fibromialgia
PIE13/00024	2013	la paradoja de la obesidad en múltiples enfermedades prevalentes: un enfoque traslacional.
PI13/00518	2013	caracterización de la salud autopercebida y estimación de utilidades a través de la nueva versión del cuestionario eq-5d en pacientes con trastorno depresivo, o artrosis de cadera o rodilla
PI13/00560	2013	caracterización de la salud autopercebida y estimación de utilidades a través de la nueva versión del cuestionario eq-5d en pacientes con trastorno depresivo, o artrosis de cadera o rodilla
PSI2016-79566-C2-1-R	2016	intervención para la autorregulación de metas relacionadas con el ejercicio físico en personas con fibromialgia. Efectos de los factores psicológicos y volitivos
PI14/00993	2014	tratamiento al alta, adherencia y resultados clínicos tras fractura de cadera. cohorte poblacional con hasta 5 años de seguimiento en el sistema nacional de salud (estudio prev2fo).
PI15/00521	2015	estudio del metabolismo óseo y mineral de la población femenina postmenopáusica y masculina mayor de 50 años atendida por un centro de salud en cantabria.
PI13/01040	2013	impacto socioeconómico y sobre la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con lupus eritematoso sistémico y sus familiares en españa
PI13/00444	2013	determinantes clínicos y genéticos de eventos musculoesqueléticos en mujeres posmenopáusicas tratadas con inhibidores de la aromatasas por cáncer de mama. cohorte prospectiva b-able
DEP2016-78309-R	2016	evolución de la condición física, composición corporal y fragilidad en personas mayores de 65 años. mediación de la vitamina d y efectos de un programa de ejercicio

Anexo V. Buenas Prácticas (BBPP)

Se considera BUENA PRÁCTICA aquella intervención o experiencia realizada, relacionada con las líneas estratégicas del SNS, basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario. Desde el Ministerio de Sanidad se han trabajado las BBPP en diferentes áreas, entre ellas la violencia de género y las estrategias en salud. Desde la Estrategia en ERYMEs se ha participado en las convocatorias de BBPP de 2014 (6 obtuvieron la calificación de BBPP) y 2017 (5 obtuvieron la calificación de BBPP).

Convocatoria	CC. AA.	Entidad responsable	Nombre de la BBPP
2014	CASTILLA-LA MANCHA	CS Cervantes/ Hospital Universitario Guadalajara	Concepción, implantación, ejecución y desarrollo de un proyecto de coordinación entre reumatología y Atención primaria en el área de salud de Guadalajara
2014	CASTILLA-LA MANCHA	Gerencia de Atención Integrada Talavera de la Reina	Salud y seguridad en parques bio saludables. Fisioterapia Comunitaria.
2014	CATALUÑA	Hospital General de Granollers	Modelo Integral de Atención a la lumbalgia
2014	CATALUÑA	Hospital Sant Joan de Déu	Monitorización en pacientes con artritis idiopática juvenil
2014	MADRID	Hospital Universitario La Princesa	Gestión racional y registro de terapias biológicas. Unidad de Terapias Biológicas (UTB)
2014	MURCIA	HCUVA	Consulta manejo de la remisión en artritis reumatoide
2017	CANARIAS	Hospital universitario de Gran Canaria Doctor Negrín	Programa para la prevención secundaria de fractura osteoporótica desde una Unidad multidisciplinar de un Hospital terciario
2017	CATALUÑA	Hospital Sant Joan de Déu	Programa para la mejora de la transición de la atención pediátrica a la adulta en adolescentes con patología reumática crónica.
2017	COMUNIDAD VALENCIANA	Hospital Universitario y Politécnico La Fe	Seguimiento y monitorización domiciliaria de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas, tratados con fármacos modificadores de la enfermedad. estrategia MODER.
2017	COMUNIDAD VALENCIANA	Hospital General Universitario de Alicante	Atención a las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas mediante un modelo mixto virtual-presencial de consulta de reumatología en coordinación con atención primaria.
2017	GALICIA	Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) de Vigo	Proceso Asistencial Integrado basado en la e-consulta. Implantación global desde Atención primaria a Reumatología

Índice de tablas

Tabla 1.	Tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular por 1.000 personas (2017).	25
Tabla 2.	Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera por 1.000 personas (2017) desagregada por edad y sexo.	26
Tabla 3.	Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla por 1.000 personas (2017) desagregada por edad y sexo.	27
Tabla 4.	Respuestas al cuestionario sobre la pregunta ¿Existe en su CC. AA. algún tipo de acción, estrategia, plan, programa, campaña etc., iniciados para el abordaje de las ERYMEs?	40
Tabla 5.	Respuestas al cuestionario sobre la línea estratégica 3: Atención sanitaria y social.	61
Tabla 6.	Número de plazas de Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional en AP (2017 y 2018).	62
Tabla 7.	Número de procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019).	65
Tabla 8.	Duración media de procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019).	66
Tabla 9.	Duración media de procesos de IT desagregado por sexo para lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019).	66
Tabla 10.	Datos de Incapacidad permanente por ERYMEs (años 2018 y 2019).	67
Tabla 11.	Dosis diarias de AINE y analgésicos opiáceos por cada mil personas con y sin problemas osteoarticulares.	70
Tabla 12.	Situación de la HCDSNS a 31/01/2021.	75
Tabla 13.	Cuestionario a las CC. AA. ¿Existe en su CC. AA. disponibilidad de herramientas TIC de apoyo a la decisión clínica integradas en la HCE para ERYMEs tanto en atención primaria como en atención hospitalaria?	77
Tabla 14.	Resultados del objetivo 8. Cuestionario a las CC. AA.	79
Tabla 15.	Investigadores Principales (IP) y centros de la red RIER de la convocatoria 2012. (2013-2017).	81
Tabla 16.	IP de los grupos clínicos asociados de la red RIER de la convocatoria 2016. (2017-2021).	82
Tabla 17.	Fuentes de datos para los indicadores de la Estrategia en ERYMEs del SNS.	85
Tabla 18.	Evolución del porcentaje de publicaciones que incluyen la investigación en determinantes sociales de entre las publicadas en ERYMEs.	86
Tabla 19.	Evolución del porcentaje de proyectos de investigación en ERYMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género.	88
Tabla 20.	Evolución del porcentaje de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinares en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social.	90

Relación de gráficos

Gráfico 1.	Prevalencia de enfermedad osteoarticular autodeclarada (16 y más años) por sexo. España 2011-2017. Tasa por 100 habitantes.	18
Gráfico 2.	Prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada por grupos de edad. España 2017. Tasa por 100 habitantes.	18
Gráfico 3.	Prevalencia de enfermedad osteoarticular declarada en España desagregado por CC. AA. por 100 habitantes en el año 2017.	19
Gráfico 4.	Edad media de la población por comunidad autónoma. 2017 INE.	20
Gráfico 5.	Prevalencia de artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares y síndromes del cuello en AP (2017) por grandes grupos de edad y sexo por cada 100 personas asignadas en AP.	22
Gráfico 6.	Prevalencia de artrosis, osteoporosis, síndromes lumbares, síndromes del cuello y artritis reumatoide en AP (2017) por nivel de renta por cada 100 personas asignadas en AP.	23
Gráfico 7.	Tendencia de la tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular por cada 1.000 personas.	24
Gráfico 8.	Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes (2017).	26
Gráfico 9.	Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera en España desagregado por CC. AA. y por sexo por 1.000 habitantes (2017).	27
Gráfico 10.	Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes (2017).	28
Gráfico 11.	Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla en España desagregado por CC. AA. y por sexo por 1.000 habitantes (2017).	28
Gráfico 12.	Tasa de altas por fractura de cadera en \geq de 65 años desagregada por CC. AA (2017). Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMBD. MS.	29
Gráfico 13.	Tendencia de la tasa de altas por fractura de cadera en \geq de 65 años desagregada por sexo (2013-2017).	30
Gráfico 14.	Tendencia de la tasa de mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico en España (2013-2017).	31
Gráfico 15.	Tasa de mortalidad intrahospitalaria por fractura de cadera en España desagregado por CC. AA. por 1.000 habitantes en el año 2017.	32
Gráfico 16:	Tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular ajustada por edad por cada 100.000 habitantes en España, año 1999 a 2017 y 2013 a 2017.	33
Gráfico 17:	Tendencia de la tasa de mortalidad prematura por enfermedad osteoarticular por cada 100.000 habitantes en España, año 1999 a 2017 y 2013 a 2017.	34

Gráfico 18.	Personas con discapacidad por tipo de primera deficiencia que ocurre, porcentaje sobre el total. Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad. AÑO 2018.	35
Gráfico 19.	Prevalencia auto declarada de sobrepeso en población adulta (18 y más años) por sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes.	42
Gráfico 20.	Distribución de la prevalencia de sobrepeso en población adulta (18 y más años). 2017. Tasa por 100 habitantes.	43
Gráfico 21.	Prevalencia de obesidad auto declarada en población adulta (18 y más años) según sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes	44
Gráfico 22.	Distribución de la prevalencia de obesidad auto declarada en población adulta (18 y más años). Tasa por 100 habitantes.	45
Gráfico 23.	Prevalencia de obesidad en población adulta (18 y más años) según sexo, nivel de estudios (Básico e inferior, intermedio y superior) y ocupación, de la más aventajada (I) a la más desaventajada (VI) del año 2017. Tasa por 100 habitantes.	46
Gráfico 24.	Tendencia de la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo de ocio en población adulta por sexo. España 1993-2017. Tasa por 100 habitantes.	47
Gráfico 25.	Distribución de la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo de ocio en población adulta por CC. AA. en el año 2017 Tasa por 100 habitantes.	47
Gráfico 26.	Prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en población adulta por sexo y nivel de estudios. España 2017. Tasa por 100 habitantes.	49
Gráfico 27.	Prevalencia de sobrepeso, obesidad y sedentarismo en el tiempo libre en población adulta por clase social basada en la ocupación, de la más aventajada (I) a la más desaventajada (VI). España 2017. Tasa por 100 habitantes.	49
Gráfico 28.	Prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años) desagregado por sexo. España 2003-2017. Tasa por 100 habitantes.	51
Gráfico 29.	Prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años) según sexo, y clase social basada en la ocupación (I a VI) del año 2017. Tasa por 100 habitantes.	51
Gráfico 30.	Distribución de la prevalencia declarada de obesidad en población infantil (2 a 17 años). Tasa por 100 habitantes.	52
Gráfico 31.	Distribución de la prevalencia declarada de obesidad, sobrepeso y sedentarismo en personas sin y con enfermedad osteoarticular declarada. 2017. Tasa por 100 habitantes.	53
Gráfico 32.	Número de procesos de IT por LUMBAGO, CERVICALGIA, CIÁTICA, MIALGIA/MIOSITIS, ARTRITIS REUMATOIDE, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (2017 a 2019).	64
Gráfico 33.	Distribución del porcentaje entre hombres y mujeres de los procesos de IT por lumbago, cervicalgia, ciática, mialgia/miositis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante (2017 a 2019).	65

Gráfico 34.	DDD de AINEs. Desagregado por sexo y grupos de edad por cada 1.000 personas sin y con problemas osteoarticulares. 2017.	71
Gráfico 35.	DDD de analgésicos opiáceos. Desagregado por sexo y grupos de edad por cada 1.000 personas sin y con problemas osteoarticulares. 2017.	71
Gráfico 36.	Porcentaje de publicaciones en ERYMEs que incluyen investigación en DSS. Línea de tendencia. 2013-2017.	86



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.mscbs.gob.es