

III Plan de Salud La Rioja 2015-2019

Dar prioridad a las personas



INDICE

Presentación	7
Prólogo	8
CAPÍTULO 1. Documentos de referencia	11
1.1. Análisis de situación	13
Población	14
Estado de salud	34
Determinantes de salud	47
Promoción y prevención	61
Sistema sanitario	64
Formación e investigación	105
1.2. Evaluación preliminar del II Plan de Salud (situación a 31 de diciembre de2013)	113
CAPÍTULO 2. Metodología de elaboración	175
CAPÍTULO 3. Proceso de priorización y encuesta de percepción de necesidades	183
CAPÍTULO 4. Hábitos, estilos de vida saludables y protección de la salud	189
Análisis de situación	190
Actividad física	191
Alimentación	196
Tabaco	200
Alcohol	203
Drogas	206
Sanidad Ambiental	209
Seguridad alimentaria	211
CAPÍTULO 5. Cáncer	215
Análisis de situación	216
Prioridades y justificación	225
CAPÍTULO 6. Cronicidad y calidad de vida	237
Análisis de situación.....	238
Prioridades y justificación	246
Promoción y prevención de la enfermedad en el paciente crónico	250
Atención integrada	251
Modelo asistencial y continuidad asistencial	252
Espacio sociosanitario	253
Nuevas tecnologías	253
Autogestión de la enfermedad	256
Educación sanitaria	256
Adherencia al tratamiento	257

CAPÍTULO 7. Demencias	261
Análisis de situación	262
Prioridades y justificación.....	267
CAPÍTULO 8. Diabetes	275
Análisis de situación	276
Prioridades y justificación.....	287
CAPÍTULO 9. Discapacidad	299
Análisis de situación	300
Prioridades y justificación	305
CAPÍTULO 10. Envejecimiento	319
Análisis de situación	320
Prioridades y justificación.....	322
CAPÍTULO 11. Enfermedades cardiovasculares	333
Análisis de situación	334
Promoción de la salud y prevención de la hipertensión arterial y dislipemias	336
Insuficiencia cardíaca	345
Cardiopatía isquémica	353
Electrofisiología, arritmias, estimulación cardíaca eléctrica y fibrilación auricular	360
CAPÍTULO 12. Enfermedades cerebrovasculares	367
Análisis de situación	368
Prioridades y justificación	376
CAPÍTULO 13. Salud mental	385
Análisis de situación	386
Salud mental en atención primaria	389
Atención al trastorno mental grave y persistente	392
Prevención del suicidio	397
Atención a los trastornos relacionados con el abuso del alcohol y otras sustancias	402
Atención a la salud mental en la edad geriátrica	405
Atención a la salud mental en la edad infantojuvenil	408
Actuación frente a la discriminación social y del estigma de las personas que padecen un trastorno mental	411
CAPÍTULO 14. Fortalecimiento del Sistema Público de Salud de La Rioja	417
Análisis de situación	418
Atención Primaria	418
Seguridad del paciente.....	427
Calidad asistencial	433
Investigación y formación	436

CAPÍTULO 15. Enfermedades emergentes y reemergentes	447
Análisis de situación	448
Prioridades y justificación.....	452
CAPÍTULO 16. Enfermedades infecciosas con muerte prevenible	467
Análisis de situación	468
Resistencias bacterianas	474
Sepsis y choque séptico.....	480
Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	484
Infección por el virus de la Hepatitis C (VHC)	489
Infecciones asociadas al viajero	494
CAPÍTULO 17. Enfermedades raras	503
Análisis de situación	504
Registro y codificación	510
Modelo asistencial	511
Acceso a terapias	512
Modelo sociosanitario	512
Investigación	514
Formación	514
CAPÍTULO 18. Evaluación del III Plan de Salud	519
Evaluación económica	522
Calendarización de la sistemática de trabajo.....	523
Anexo 1. Resumen de objetivos generales, objetivos específicos e indicadores por línea de intervención	527
Anexo 2. Órganos responsables y participantes en la fase de elaboración del III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019	551



PRESENTACIÓN

En una sociedad abierta y dinámica como es la nuestra, es imprescindible adelantarse, anticipar y tener el futuro hacia el que nos encaminamos. Esta afirmación alcanza su pleno contenido cuando hablamos de sanidad, cuando nos planteamos las líneas maestras que debe seguir nuestro desarrollo sanitario en todos los ámbitos, pero muy especialmente como sociedad que aspira a un futuro mejor y con mayor calidad de vida.

Este es ni más ni menos el objetivo de este III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019. Un Plan que nace de la experiencia que nos han proporcionado las ediciones precedentes y que se marca para el próximo quinquenio una serie de prioridades que nos van a hacer mejorar no sólo desde un punto de vista sanitario, sino sobre todo, como sociedad del estado de bienestar.

Es un Plan fruto del consenso, del acuerdo de todos, elaborado por profesionales sanitarios, científicos y expertos en salud en el que se condensan las prioridades, las demandas y las aspiraciones de todos para caminar hacia una sociedad mejor en el plano sanitario.

La protección de la salud y la creación de un Sistema Público de Salud propio moderno, ágil y eficaz, es y seguirá siendo durante los próximos años uno de los principales retos a los que se enfrenta el Gobierno de La Rioja. Creemos firmemente en un modelo sanitario público, que además debe ser equitativo, eficiente y con las máximas garantías para todos los ciudadanos.

Los esfuerzos que el Gobierno de La Rioja ha realizado desde 2002 son actualmente una evidencia para todos. Contamos con sistema maduro, que cuenta con unos medios que hace poco más de una década ni tan siquiera se podía pensar que existieran en La Rioja y que van desde el propio Hospital San Pedro, buque insignia de la sanidad que queremos para los riojanos, hasta el último consultorio que existe en la región.

Sin embargo, los sistemas sanitarios no se erigen sobre edificios o medios técnicos. Los sistemas sanitarios los hacen personas y se dirigen a personas, esa es la base que rige nuestro modelo sanitario y en la que centramos nuestro esfuerzo.

Este III Plan de Salud de La Rioja viene precisamente a insistir en este esfuerzo. Se trata de detectar y planificar la sociedad que queremos para los próximos cinco años. Una sociedad con retos importantes en salud que necesita una vía planificada por la que transitar y establecer un programa de actuaciones concreto y consistente que nos permita seguir creciendo y ofreciendo a todos los ciudadanos un sistema mejor y más cercano.

Pedro Sanz Alonso

Presidente del Gobierno de La Rioja

PRÓLOGO

La planificación es el eje que debe marcar toda política sanitaria. Es imposible construir un sistema público de salud sin tener en cuenta, no solo los medios sino también las necesidades y las prioridades de los ciudadanos a los que se dirige.

El III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019 viene precisamente a situarse como eje sobre el que va a girar la planificación de las políticas sanitarias de esta región a lo largo de los próximos años. Un instrumento activo que nos va a servir a la vez como referente a la hora de establecer objetivos y como medidor y orientador de las políticas de salud que se establezcan en el periodo en el que va a estar vigente.

El Gobierno de La Rioja cumple de esta manera con un compromiso que se ha marcado con todos los ciudadanos y que tiene como objetivo la mejora de la salud de todos los riojanos, el incremento de la accesibilidad al sistema, la garantía de equidad y el compromiso de dar una respuesta en un tiempo adecuado a todo aquel que lo necesite.

El eje de este Plan, como el de sus ediciones precedentes y en el fondo de toda la política sanitaria de la región, es el paciente. La satisfacción de sus necesidades es el objetivo prioritario. Junto al paciente –el ciudadano- el otro gran protagonista de este Plan es el profesional sanitario. No sólo este Plan ha nacido del acuerdo y el consenso de los profesionales, sino que además es también su principal destinatario. El Plan es en el fondo un modelo de servicios y salud que propone cambios acordes con el nuevo modelo sanitarios de La Rioja, que tiene capacidad para priorizar estrategias frente a las principales cuestiones sanitarias que atañen a nuestra sociedad y que sobre todo, sirve para dar respuestas concretas y precisas a las demandas de salud que la sociedad solicita a los profesionales.

Este III Plan de Salud, al igual que las dos ediciones anteriores, ha sido realizado, a través de la coordinación de la Dirección General de Salud y Consumo de la Consejería de Salud y Servicios Sociales y ha contado para su elaboración con la colaboración otras Consejerías del Gobierno de La Rioja, asociaciones de pacientes y de profesionales procedentes de todo el Sistema Público de Salud de La Rioja, ya sea de otros organismos de la propia Consejería, el Servicio Riojano de Salud, la Fundación Hospital de Calahorra y la Fundación Rioja Salud. Además ha contado con la aprobación expresa del más elevado órgano social de participación en la vida sanitaria, el Consejo Riojano de Salud.

En total han trabajado de forma directa más de un centenar de profesionales de todos los ámbitos y otros muchos han aportado datos, información y el contexto necesario para dar la forma definitiva a este texto. A todos ellos les transmito mi agradecimiento personal por el esfuerzo invertido y el reconocimiento de toda la sociedad riojana por esta labor.

José Ignacio Nieto

Consejero de Salud y Servicios Sociales





La Rioja es una región pequeña (5.045 km²) con una cabecera urbana principal. Existe un eje de comunicaciones principal paralelo al río Ebro que organiza la región. Otros ejes secundarios dan acceso a las montañas, pero no existe un eje que comunique las comarcas montañosas entre sí.

En La Rioja la estructura urbana está muy jerarquizada y, en cierto sentido, equilibrada. Su área de influencia tiene un alcance extrarregional, adentrándose en Álava y Navarra. La población rural riojana presenta una tendencia muy fuerte al núcleo concentrado.

A. POBLACIÓN

A.1. ESTRUCTURA Y EVOLUCIÓN

A.1.1. Evolución de la población

La población en La Rioja ha experimentado un crecimiento progresivo en los últimos años, pasando de 267.911 habitantes en 2000 al máximo alcanzado en 2012 con 320.951 habitantes. A 1 de enero de 2014 la población de La Rioja es de 314.829 habitantes, 3.810 menos que en el año anterior, continuando con el descenso demográfico ya ocurrido en 2013. Esta bajada está asociada en su totalidad a la salida de extranjeros de nuestra comunidad. En relación con el total nacional la población de La Rioja ha descendido un 1,2% frente al descenso del 0,47% nacional. (Tabla 1-1)

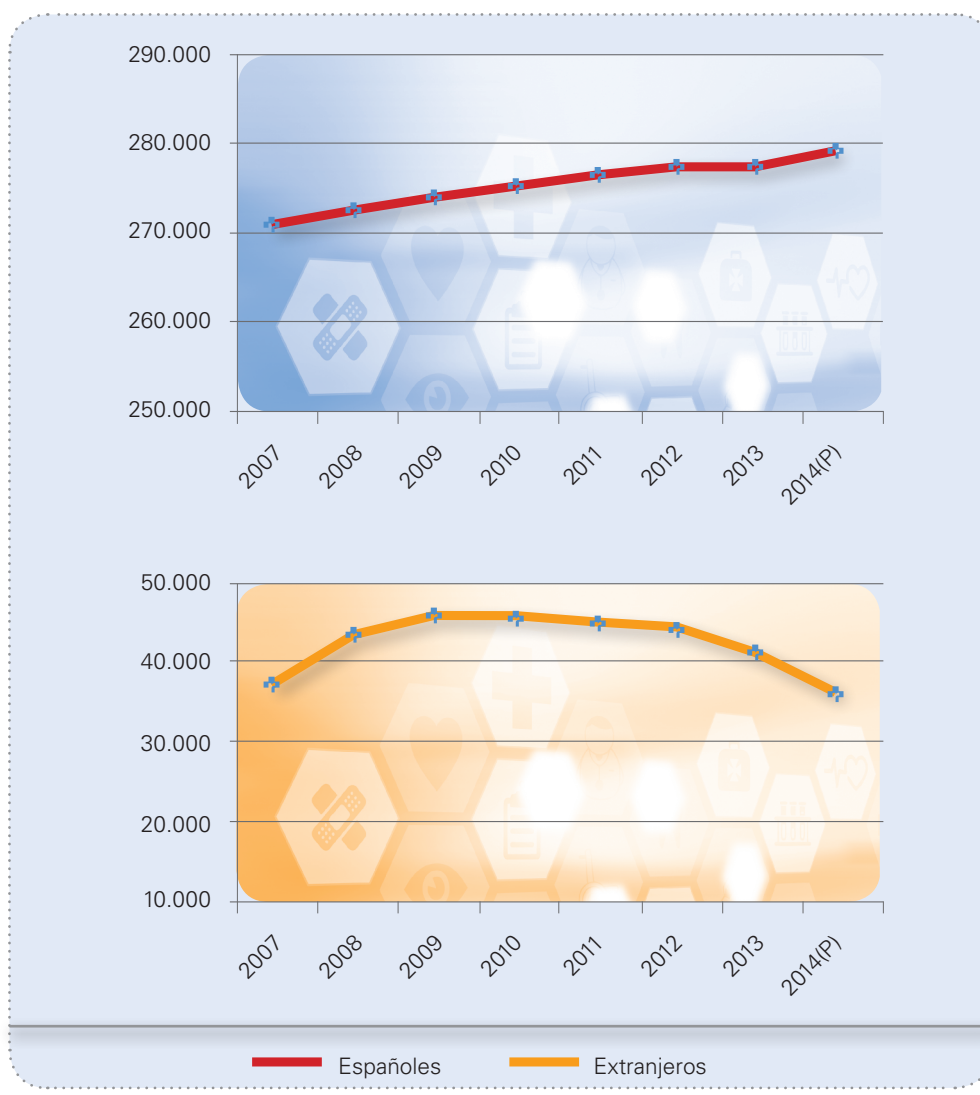
TABLA 1-1. Evolución de la población en La Rioja, según nacionalidad. Periodo 2007-2014.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (P)
Total La Rioja	308.118	316.192	319.786	319.939	320.850	320.951	318.638	314.829
Españoles	270.622	272.320	273.922	274.858	276.157	277.055	277.336	278.849
Extranjeros	37.496	43.872	45.864	45.081	44.693	43.896	41.302	35.980
España	45.200.737	45.668.938	46.239.271	46.486.621	46.667.175	46.818.216	46.727.890	46.507.760

Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE. Población 2014 (P): datos provisionales.

Analizando el periodo comprendido entre 2007 a 2014, la población de nacionalidad española residente en La Rioja se ha incrementado en 8.227 personas. Por el contrario, el número de extranjeros ha descendido en 1.516 personas, y desde 2009, año en el que se da el mayor número de extranjeros en nuestra comunidad, el descenso ha sido de 9.884 individuos, de ellos 5.322 se han ido en el último año. (Figura 1-1)

FIGURA 1-1. Evolución de la población española y extranjera. La Rioja 2007-2014.



A.1.2. Evolución de densidad de población

La Rioja es una de las regiones más pequeñas de España, con 5.045 km² de superficie, representa el 1 % de la superficie total de nuestro país y el 0,68 % de la población española.

La Rioja tiene una baja densidad de población con una cifra de 64 habitantes/Km², por debajo de la de España de 93,4 habitantes/Km². La densidad de población en nuestra región oscila de los 1.928,3 habitantes/ Km² de Logroño a los 34,3 habitantes/ Km² del resto de otros municipios (INE, 2012). (Tabla 1-2)

TABLA 1-2. Evolución de la densidad de población (Hab/Km²). La Rioja, 2007-2012.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
La Rioja	61,2	62,9	63,8	63,9	64,0	64,1
Logroño	1.833,2	1.886,0	1.911,6	1.918,9	1.918,8	1.928,3
Otros municipios	32,8	33,7	34,2	34,2	34,3	34,3

Fuente: Elaboración propia con datos del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero. INE.

La Rioja se caracteriza por contar con un número elevado de municipios en relación a su número de habitantes, en concreto son 174 localidades. A 1 de enero de 2013, de los 174 municipios, 132 no superan los 500 habitantes (6,41% de la población riojana) y solo 14 municipios superan los 3.000 habitantes. El 76,13% de los habitantes se concentra en nueve municipios; y casi la mitad de la población riojana reside en su capital, Logroño (47,5%). Estos datos ponen de relieve que la mayoría de los municipios riojanos son, en definitiva, de tamaño muy reducido.

A.1.3 Pirámide de población

La pirámide de la población de La Rioja muestra la forma característica de una población regresiva, con una base más estrecha que el cuerpo y un porcentaje de personas mayores relativamente grande.

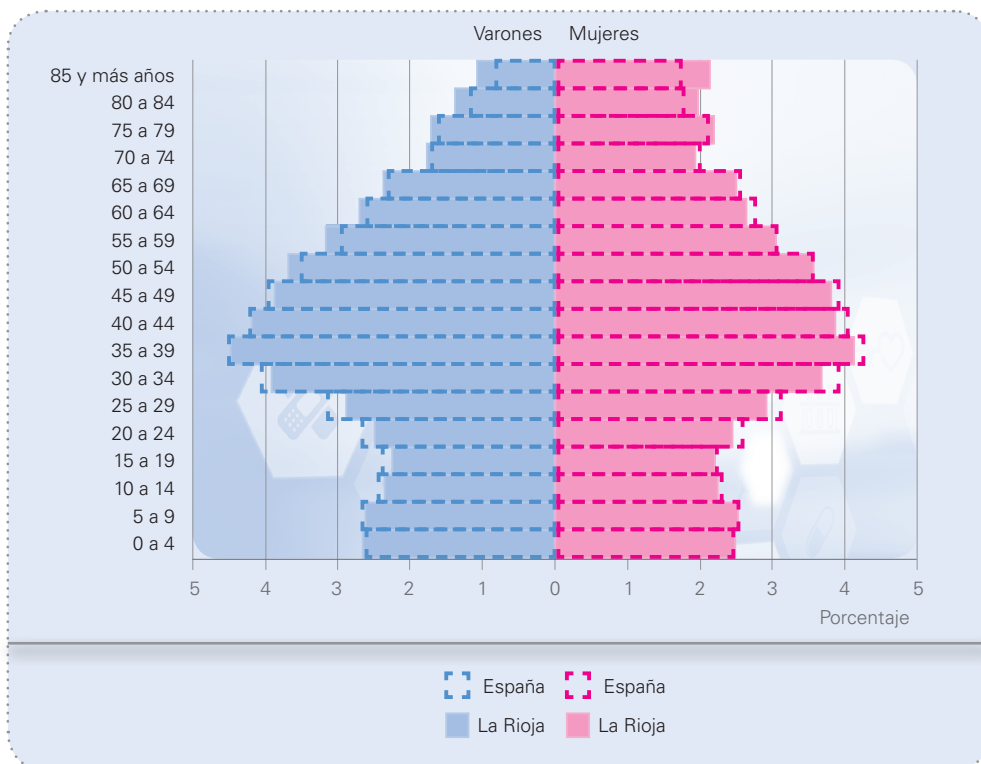
En cuanto a la estructura de la población por edades, el 19,07% de la población riojana tiene 65 años o más; es de destacar que el 21,34% de las mujeres está en este grupo de edad, frente al 16,79% para los hombres; a nivel nacional la diferencia es similar, sin embargo La Rioja presenta una población más envejecida que la de España. (Tabla 1-3) (Figura 1-2)

TABLA 1-3. Estructura de población por edades. La Rioja y España, año 2013. En porcentaje.

	La Rioja			España		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
0-15 años	15,8	16,3	15,3	15,9	16,6	15,2
16-44 años	38,8	40,1	37,5	40,2	41,6	38,8
45-64 años	26,5	27,0	26,0	26,2	26,4	26,1
65 años y mas	19,0	16,6	21,3	17,7	15,4	20,0

Fuente: Elaboración propia con datos INE.

FIGURA 1-2. Pirámide de población. La Rioja y España, 2013.



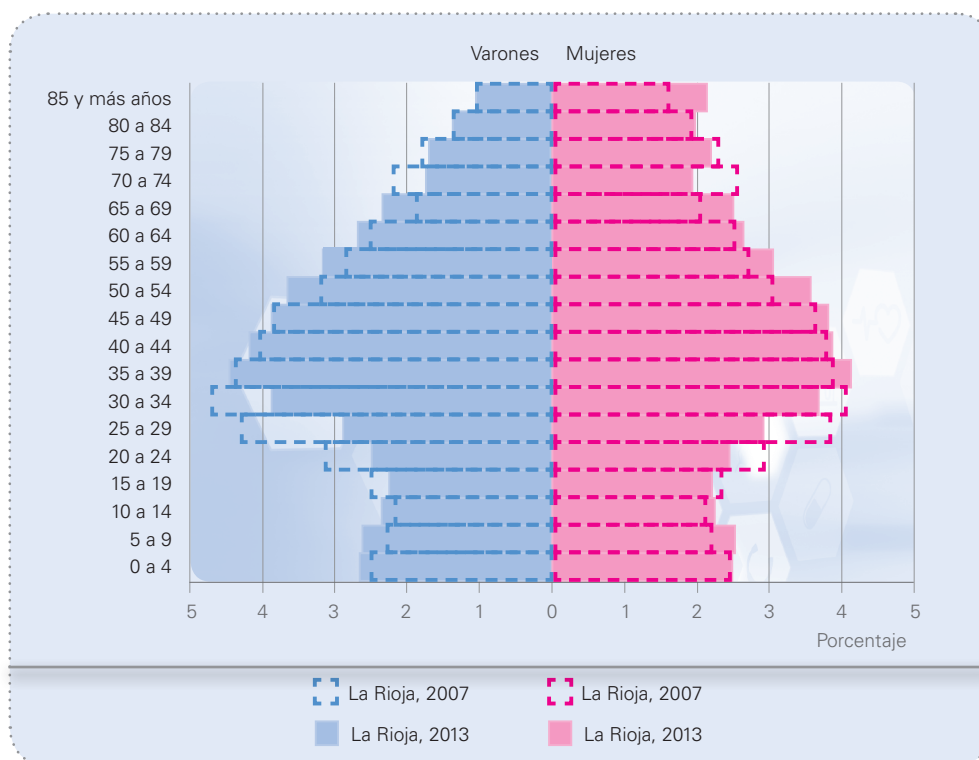
Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE.

Si comparamos las pirámides de población de La Rioja de 2007 con la de 2013 podemos destacar (Figura 1-3):

- Un aumento de la población infantil, debido a la inmigración que conlleva el incremento de los niños de corta edad, consecuencia de la movilidad de sus padres y tasas de natalidad más altas.

- Un incremento de la población adulta a partir de los 35 años, y especialmente en el grupo de 85 y más años. La excepción de este incremento está en el grupo de edad de 70 a 74 años, que registra un descenso notable.
- Un importante descenso en la población a partir de los 15 años hasta los 34 años, explicado por el descenso de la inmigración producido en nuestra comunidad, debido a que la mayor parte de los flujos migratorios están protagonizados por personas del grupo de edad de entre 20 y 39 años.

FIGURA 1-3. Pirámide de población. La Rioja, 2007 y 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE.

En la Tabla1-4 se recogen una serie de indicadores demográficos que perfilan los rasgos característicos de la población de La Rioja. Comparando los datos con los últimos recogidos en el II Plan de Salud (año 2007):

- Aumento de la esperanza de vida en casi 2 años y medio del 2007 al 2013. Por sexos las mujeres riojanas siguen teniendo una mayor esperanza de vida que

los hombres, de más de 5 años; en el periodo de 2007 a 2013 se ha producido un incremento de un año de vida en mujeres y de tres en hombres.

- Descenso del ratio de masculinidad, dándose prácticamente el equilibrio entre ambos sexos en 2013.
- Incremento de más de 6 puntos porcentuales del índice de dependencia en los últimos siete años, incremento atribuible al aumento del índice de dependencia juvenil ya que el de dependencia senil ha permanecido estable. La tasa de dependencia, el índice de longevidad y el de envejecimiento reflejan una población cada vez más envejecida.
- Aumento del índice de infancia consecuencia de la recuperación desde el año 2007 al 2013 de la tasa de maternidad que pasa del 13,3 % al 21,92 %. Este último dato debe situarse en correlación con la importante inmigración, sobre todo, en las cohortes en edad fértil.
- Los índices de recambio de la población activa han sufrido un descenso importante en los últimos siete años.
- El índice de tendencia en la medida en que presente valores inferiores a cien, estará reflejando descenso de la natalidad, menor crecimiento demográfico y envejecimiento, como se observa en 2013.

Si la comparación se realiza con la población nacional:

- Aumento de la esperanza de vida en casi 2 años y medio del 2007 al 2013, algo superior a la nacional (1,9).
- La tasa de dependencia es superior en La Rioja, lo que alerta de una población más envejecida que la media nacional.
- El índice de juventud como el de infancia son inferiores en nuestra comunidad autónoma, consecuencia directa de tasas de fecundidad inferiores a las nacionales, arrastradas durante muchos años. Aunque se ha producido una recuperación en la tasa de maternidad con un 21,9%, ligeramente superior al 21,14 % del caso de España.

TABLA 1-4. Indicadores demográficos estructurales.

	2007	2013	2014(P)	
			Mujeres	Total
Esperanza de vida (años)				
La Rioja	81,18	83,58		
Hombres	77,9	80,9		
Mujeres	85,3	86,3		
España	80,9	82,8		
Hombres	77,8	79,9		
Mujeres	84,1	85,6		
Ratio de Masculinidad	101,52	99,03	98,2	96,8
Tasa de dependencia (%)	46,78	52,21	55	52,1
Menores de 16 años	21,7	24,4	24,65	24,55
Mayores de 64 años	27,1	29,2	30,39	27,57
Índice de longevidad (%)	52,76	55,04	53,77	54,17
Índice de envejecimiento (%)	125,0	120,1	123,3	112,3
Índice de infancia (%)	13,52	14,9	15,0	15,2
Índice de juventud (%)	18,83	15,21	14,7	15,6
Tasa de maternidad (%)	13,33	22,36	21,92	21,14
Índice de tendencia (%)	110,20	100,02	94,96	93,64
Tasa de reemplazo (%)	132,65	92,71	86,1	95,4

Fuente: Elaboración propia con datos INE.

A.2. MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN

A.2.1. Crecimiento vegetativo

Los indicadores de nacimientos y defunciones para el año 2012 (último año disponible), dan un crecimiento vegetativo por cada 1.000 habitantes de 0,5 mientras que para España fue del 1,1. Si bien continuamos con crecimientos positivos, por lo tanto podemos decir que la población aumenta, se observa como este aumento va reduciéndose notablemente, pasando de un 2,10 en 2008 a convertirse en 2012 en un crecimiento natural muy bajo y que se acentúa en 2013. El crecimiento vegetativo ha seguido una dirección análoga a la de los nacimientos ya que la evolución de las defunciones ha sido más estable, aunque se percibe cierta tendencia creciente. (Tabla 1-5)

TABLA 1-5. Evolución movimiento natural de la población. La Rioja-España.

	2008	2011	2012	2013 (P)
Tasa Bruta de Mortalidad				
La Rioja	9,11	9,23	9,4	9,07
España	8,47	8,37	8,6	8,3
Tasa Bruta de Natalidad				
La Rioja	11,21	9,81	10,0	9,17
España	11,40	9,99	9,7	9,1
Crecimiento vegetativo (‰) (TBN – TBM)				
La Rioja	2,10	0,92	0,5	0,098
España	2,93	1,83	1,1	0,78

Fuente: INE.

A.2.2 Natalidad

El número de nacimientos desde 2008 a 2013 (datos provisionales) va descendiendo en La Rioja, de forma similar a lo ocurrido a nivel nacional. En 2013, con una Tasa de 9,17 (similar a la de España), se registra un descenso del 8,7% con respecto al año anterior y este descenso es de un 17,5% respecto al 2008.

Atendiendo a la nacionalidad de la madre, casi 27 de cada cien nacidos en La Rioja son hijos de madre extranjera (concretamente, el 26,5%) mientras que en España la proporción es de 20 de cada cien recién nacidos (19,2%). Con respecto al año 2008 se ha reducido en un 3% el número de nacidos de madre extranjera en la comunidad.

En cuanto a la Tasa global de fecundidad, en el año 2012 hay 43 nacimientos por cada 1.000 mujeres, superior a los 40 nacimientos de España.

Las mujeres riojanas, al igual que las del resto del país, están teniendo hijos a una edad más avanzada. En 2012 la edad media a la maternidad se eleva a los 30,6 años, muy similar a la presentada por España (30,3). Por nacionalidad de la madre, en la comunidad riojana la edad media a la que las españolas tienen sus hijos supera en cuatro años a la de las extranjeras mientras que en España la diferencia es de tres años.

El retraso de la maternidad tiene una incidencia directa en el Indicador Coyuntural de Fecundidad, con una cifra de 1,4, muy baja con relación al 2,10 necesario para

asegurar el reemplazo generacional. Aun así, es ligeramente superior a la media nacional, que se queda en el 1,32. Esta superioridad tiene mucha relación con la población extranjera, aunque ha ido disminuyendo este indicador y manteniéndose en los últimos años en torno a los 1,83; en 2008 era de 2,11 hijos por mujer. En relación con la población riojana siempre muy por encima, en valores mas cercanos a los 2 hijos por mujer. (Tabla 1-6)

A partir de los datos expuestos, se deduce que la población extranjera ha permitido que el total de nacimientos haya ido aumentando a lo largo de los años y mantenerse en el periodo estudiado, y que nuestra capacidad de relevo se apoye en los hijos de la población extranjera.

TABLA 1-6. Indicadores de natalidad.

	2008	2011	2012	2013 (P)
Total nacimientos	3.518	3.172	3.180	2.903
Niños	1.814	1.623	1.626	
Niñas	1.704	1.549	1.554	
% de nacidos de madre no casada				
La Rioja	29,25	31,21	32,3	
España	33,15	37,34	38,9	
% de nacidos de madre extranjera				
La Rioja	29,59	29,1	26,5	25,5
España	20,82	19,51	19,2	
Tasa global de fecundidad				
La Rioja	42,6	41,81	43,0	
España			40,2	
Edad media a la maternidad				
La Rioja	30,74	31,47	30,6	
Española	32,26	32,86	32,97	
Extranjera	27,77	28,93	28,92	
España			30,3	
Indicador coyuntural de fecundidad (nº de hijos por mujer)				
La Rioja	1,49	1,37	1,4	1,33
Española	1,27	1,19	1,26	1,2
Extranjera	2,11	1,87	1,82	1,79
España	1,44	1,34	1,32	1,27
Española	1,36	1,29	1,27	1,23
Extranjera	1,83	1,58	1,56	1,53
Tasa Bruta de Natalidad				
La Rioja	11,21	9,81	10,0	9,17
España	11,40	9,99	9,7	9,1

Fuente: Indicadores Básicos de La Rioja, 2010, 2013, 2014. Datos 2013 provisionales, INE.

A.2.3 Mortalidad

Por lo que se refiere a las defunciones, su evolución ha sido estable aunque se percibe cierta tendencia creciente, a pesar de la contracción registrada en 2013. El progresivo envejecimiento de la estructura poblacional riojana respecto a la del conjunto de España explica que la tasa bruta de mortalidad sea superior a la del conjunto del país. (Tabla 1-7)

TABLA 1-7. Indicadores de mortalidad.

	2008	2011	2012	2013 (P)
Total defunciones según lugar residencia	2.860	2.885	3.023	2.871
Varones	1.509	1.494	1.608	1478
Mujeres	1.351	1.391	1.415	1393
Defunciones extranjeros	42	45	25	34
Defunciones menores de 1 año	19	15	9	9
Tasa Bruta de Mortalidad				
La Rioja	9,11	9,23	9,23	9,07
España	8,47	8,37	8,37	8,3

Fuente: *Indicadores Básicos de La Rioja, 2010, 2013, 2014. Datos 2013 provisionales, INE.*

A.2.4 Matrimonios

El número de matrimonios en La Rioja asciende a 989 en 2013 (P), 144 menos que un año atrás (12,71%). Se observa un progresivo descenso en la tasa de nupcialidad, similar a lo que ocurre a nivel nacional. El 98% son matrimonios celebrados con cónyuges de distinto sexo. (Tabla 1-8)

TABLA 1-8. Indicadores de nupcialidad.

	2008	2011	2012	2013 (P)
Total matrimonios	1.332	1.091	1.133	1003
De diferente sexo	1.323	1.069	1.111	994
Del mismo sexo	9	22	22	9
Tasa Bruta de Nupcialidad				
La Rioja	4,22	3,49	3,5	3,16
España	4,26	3,38	3,6	3,31

Fuente: *Indicadores Básicos de La Rioja, 2010, 2013, 2014. Datos 2013 provisionales, INE.*

A.3. MOVIMIENTOS MIGRATORIOS

Los movimientos migratorios, interiores y exteriores, conforman otro elemento clave en el análisis demográfico de La Rioja. Como es sabido, estos movimientos migratorios vienen motivados por las distintas oportunidades económicas, las mejores oportunidades de encontrar empleo o la promoción laboral. Así que no es de extrañar que la reciente crisis económica se esté traduciendo en saldos migratorios negativos.

A.3.1 Migraciones exteriores: Inmigración y emigración

El frenazo producido en la inmigración unido a una emigración cada año superior, se ha traducido en un saldo migratorio negativo desde el año 2009. Este saldo negativo se ha incrementado notablemente en 2012 y 2013, siendo de -6,77 y -11,12 respectivamente, debido a las salidas desde nuestra comunidad de los residentes de nacionalidad extranjera. Comparando los datos con los de España para 2012 y 2013, duplica las cifras registradas a nivel nacional.

Analizando el equilibrio entre emigraciones e inmigraciones, en 2008 la proporción era de 40% versus 60% respectivamente; en 2013 la proporción se invierte y amplía siendo de 78,5% versus 21,5%.

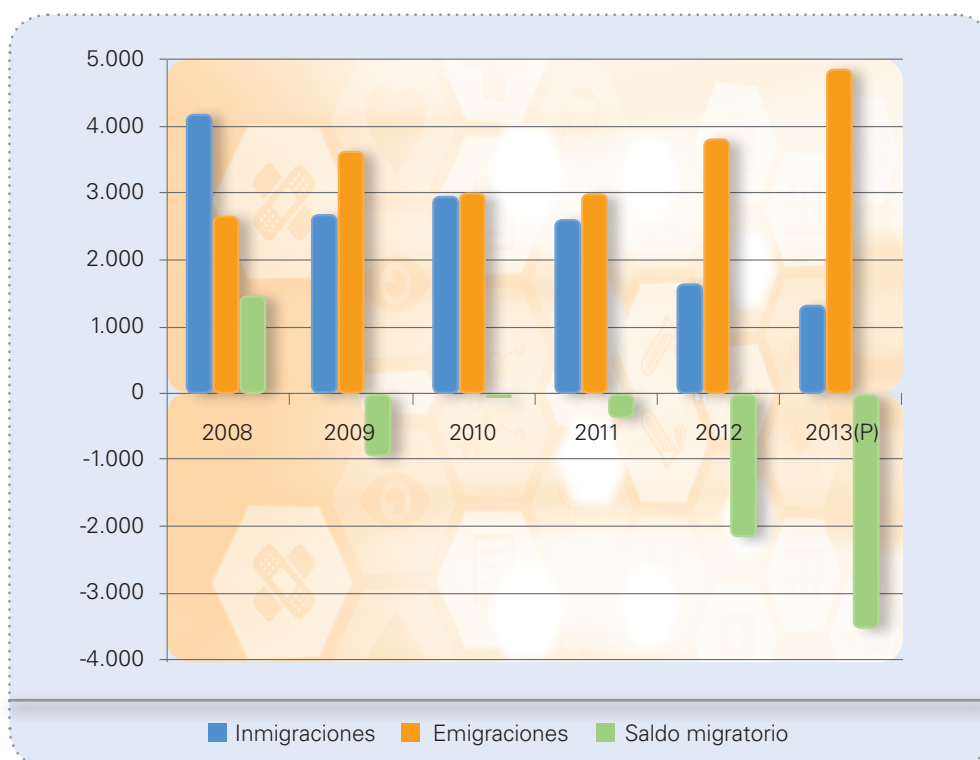
De los inmigrantes más del 90% corresponden a personas con nacionalidad extranjera. En 2012, un 6% corresponde a inmigrantes de nacionalidad española, inferior al 10,3% de España.

Respecto a 2013, las salidas al extranjero de personas con nacionalidad española han aumentado en 2 puntos porcentuales, siendo de 460 emigraciones. Cabe destacar, la importancia de las salidas de niños y adolescentes españoles entre 0 a 19 años (31,7%), frente al 17,3% de nacionalidad extranjera y asociadas a la emigración de sus padres ya que un el 45% de estos movimientos los protagonizan varones y mujeres jóvenes de 25 a 44 años. En cuanto a los países de destino son principalmente Unión Europea, Sudamérica y África en este orden. (Tabla 1-9) (Figura 1-4)

TABLA 1-9. Saldo migratorio, inmigración y emigración.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (P)
Inmigraciones. Total La Rioja	4.169	2.682	2.952	2.600	1.645	1.326
Nacionalidad española	119	78	94	108	99	104
Nacionalidad extranjera	4.050	2.604	2.858	2.492	1.546	1.222
Emigraciones. Total La Rioja	2.689	3.626	3.004	2.980	3.811	4.847
Nacionalidad española	162	226	194	288	281	460
Nacionalidad extranjera	2.527	3.400	2.810	2.693	3.530	4.387
Saldo migratorio (por mil habitantes) La Rioja	4,64	-2,95	-0,16	-1,19	-6,77	-11,12
España	6,76	0,28	-0,92	-0,81	-3,05	-5,51

Fuente: Elaboración propia datos INE. 2013, datos provisionales.

Figura1-4 . Migración exterior y saldo migratorio de La Rioja.

Fuente: Elaboración propia datos INE. 2013, datos provisionales.

A.3.2. Migraciones interiores. Flujo interautonómico

Respecto a 2012 las salidas de La Rioja a otras Comunidades Autónomas afectan a 10.649 personas de las que 5.316 tienen carácter interno, 1.091 se desplazan al País Vasco, 812 a Navarra, 558 a la Comunidad de Madrid, 478 Cataluña y 442 a Castilla-León, y siendo estas comunidades los principales destinos. (Tablas 1-10 y 1-11)

TABLA 1-10. Emigración interior, La Rioja.

	2010	2011	2012
Total	11.564	11.466	10.649

Fuente: Anuario Estadístico de La Rioja. La Rioja en Cifras. Instituto de estadística de La Rioja.

TABLA 1-11. Saldo migratorio interautonómico por año, sexo y nacionalidad (agrupación de países). La Rioja.

	2010	2011	2012	2013(P)
Total	-382	-443	-310	-323
Hombres	-340	-304	-319	-292
Mujeres	-41	-139	-9	-31
Principales Nacionalidad ambos sexos	Saldo + España y Sudamérica	Saldo + Centro América	Saldo + Resto unión europea y España	Saldo + España y Sudamérica
	Saldo - África y Asia	Saldo - Asia, África y España	Saldo - Asia y África	Saldo - África y Asia

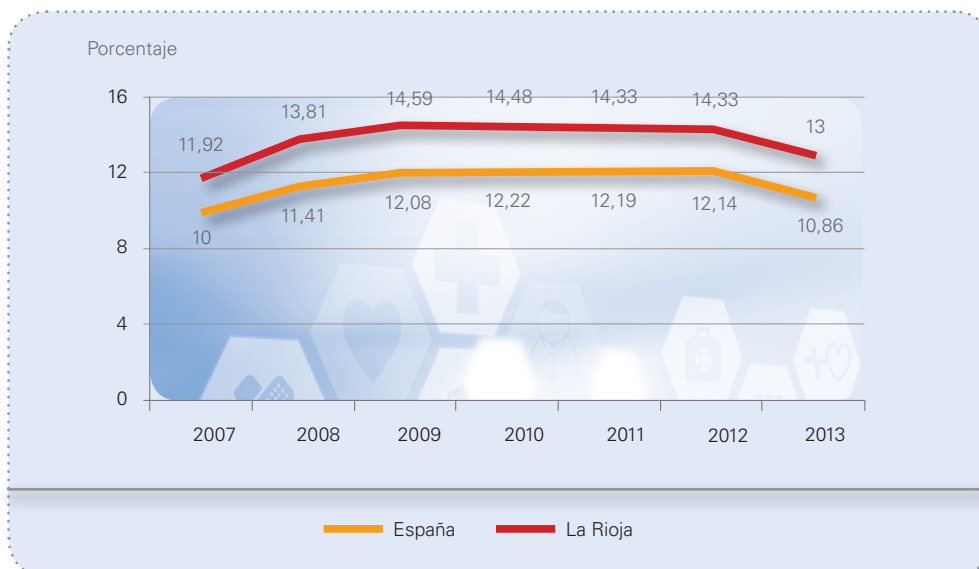
Fuente: elaboración propia con datos INE.

A.4 .POBLACIÓN EXTRANJERA

La población extranjera residente en La Rioja ha aumentado en números absolutos y relativos respecto al total de población hasta el año 2009, a partir de aquí se estabiliza en torno a un promedio del 14,4% de la población total. A 1 de enero de 2013, había en nuestra comunidad 41.302 personas de nacionalidad extranjera, un 5,9% menos que en 2012, y representan el 13% de los empadronados en la región, frente al 10,86% del conjunto nacional. Los municipios con mayor porcentaje de este colectivo son Ausejo (48,4%); Pradejón (38,1%) y Ábalos (33,3%).

Si lo comparamos con la media española, la proporción de extranjeros en el periodo estudiado es mayor en La Rioja, en algo más de 2 puntos porcentuales. (Figura 1-5)

FIGURA 1-5. Evolución del porcentaje de extranjeros. La Rioja 2007-2013.



Fuente: Principales características demográficas de La Rioja 2013. Instituto de Estadística de la Rioja.

Más allá de su magnitud, es importante conocer las características diferenciadoras de la población extranjera como son la edad, el sexo o la nacionalidad.

Con respecto a la edad, el grueso de los extranjeros se encuentra en edad de trabajar (32.483 extranjeros residentes, es decir, el 78,65% del total). El siguiente tramo más numeroso es el de 0 a 15 años, con 8.124 personas (19,67% del total). Por último, el grupo de 65 y más años agrupa únicamente a 695 extranjero (1,68%).

Por sexos, 21.365 son varones (51,73%) y 19.937 son mujeres (48,27%). Como dato destacable señalar que en 2013 aparece por primera vez una disminución de la población foránea femenina en La Rioja, que había permanecido casi constante desde 2009 a 2012. (Principales características demográficas de La Rioja 2013. Instituto de Estadística de la Rioja)

Si nos fijamos en los continentes de origen, el 43,9% pertenece a Europa (44,2% en 2012); el 25,5% (22,9% en 2012) son de nacionalidad africana, este porcentaje es superior en 5 puntos porcentuales al dato a nivel nacional; el 21,2% son americanos

(25,3% en 2012), es necesario señalar que hay grandes diferencias entre los países del norte y del sur de América, ya que los nacionales de los estados sudamericanos representan el 89,5% del total de este continente. Asia es otro país con mayor peso relativo en La Rioja que en el conjunto del país, ya que en nuestra región el 9,3% (7,6% en 2012) de los extranjeros tienen ciudadanía de países asiáticos frente a un 6,8% de media nacional.

Las mayores diferencias por sexo y nacionalidad están en América del Norte, área en la que dominan claramente las féminas (63,8% de los nacionales de estos países). Aunque hay que reseñar que entre los nacionales de América del Centro (59,1%) y del Sur (57,8%) también hay una mayoría femenina.

Entre los asiáticos y africanos también predominan los hombres, son el 58,8% y 57,5% respectivamente de los originarios de dichos continentes.

Si se compara la edad de la población extranjera residente en La Rioja con los datos medios para el conjunto del país, la principal conclusión es que los extranjeros que viven en nuestra región son significativamente más jóvenes, y esto es así tanto para los hombres como las mujeres.

Asimismo la población extranjera que reside en la Rioja se incorpora principalmente a los estratos en edad laboral e infantil.

Por nacionalidad, el país con mayor número de nacionales es Rumanía (11.480), lo que representa el 27,8% del total de foráneos. Le sigue en número Marruecos (8.100) un 19,6% del total de extranjeros residentes en nuestra región. Pakistán (3.103) un 7,5% de peso relativo, Portugal (2.504), Colombia (2.349), Bolivia (1.993) y Ecuador (1.690). Estos siete países representan el 75,6% de los foráneos residentes en La Rioja.

A.5. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA RIOJA

Las Proyecciones a Corto Plazo de la Población elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) están basadas en el método clásico de componentes. Desde el año 2008, y con periodicidad anual, el INE, hace estas proyecciones de población, que permiten una continua actualización de sus resultados a la evolución demográfica y socioeconómica. Estas proyecciones son una simulación estadística del tamaño y

estructura demográfica de la población que residiría en España, sus comunidades autónomas y provincias en los próximos 10 años, en caso de mantenerse las tendencias y los comportamientos demográficos actualmente observados de fecundidad, mortalidad y migraciones en cada uno de estos territorios.

Estas proyecciones poblacionales constituyen una fuente de información capital en la que basarse a la hora de programar la gestión de los servicios públicos en función de la evolución demográfica y, por lo tanto, una referencia ineludible para la adecuada planificación.

Los resultados del trabajo del INE para nuestra comunidad se recogen en la siguiente tabla. (Tabla 1-12)

TABLA 1-12. Proyección de población a corto plazo. La Rioja 2013-2023.

	2013	2023
Población residente a 1 enero	319.006	292.603
Hombres	158.754	139.892
Mujeres	160.260	152.711
Crecimiento absoluto		- 26.403
Crecimiento relativo (%)		- 8,28
Promedio anual		- 2.640,3
Mayores de 64 años (%)	19,05	23,95
Hombres	16,76	22,54
Mujeres	21,31	25,24
Menores de 16 años (%)	15,83	15,23
Hombres	16,38	16,55
Mujeres	15,28	14,03
Total (>de 64 años y <de 16 años) (%)	34,87	39,18
Hombres	33,14	39,09
Mujeres	36,59	39,27

Fuente: *Elaboración propia con datos INE.*

La Proyección de Población a Corto Plazo para el periodo 2013-2023 advierte que la demografía riojana pivotará sobre tres ejes: la baja natalidad, el fuerte envejecimiento y la feminización.

Las proyecciones indican un retroceso progresivo de la población de La Rioja, ya que en el periodo 2013-2023 la población residente disminuiría en 26.403 personas (un -8,28%), el porcentaje de variación anual se retraerá entorno a un 0,83% cada año.

Por otra parte, la hegemonía femenina continuaría intensificándose, llegando a haber una diferencia entre ambos sexos de más de 12.819 en 2023.

Por último, según la clasificación por edades, se estima que en 2023 la población mayor de 64 años será casi el 24% de población, el incremento será mayor para los hombres (6 puntos porcentuales) y será menor en las mujeres, reduciéndose el desequilibrio en dos puntos por encima a favor de las mujeres.

Ante esta evolución de la estructura por edades, la Tasa de Dependencia (relación entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) pasará del 53,5% en 2013 al 64,4% una década después.

En cambio, las previsiones indican que la población entre 16 y 44 años disminuirá alrededor de 4 puntos porcentuales, supuesto que no le impedirá continuar siendo el intervalo de edad más numeroso (60,82%).

A.6 CONCLUSIONES POBLACIÓN

A.6.1. Estructura y evolución

- a. Descenso demográfico, ya iniciado en 2013 y asociado en su totalidad a la salida de extranjeros de nuestra comunidad. En relación con el total nacional la población de La Rioja ha descendido un 1,2% frente al descenso del 0,47% nacional. A 1 de enero de 2014 la población de la Rioja es de 314.829 habitantes.
- b. Baja densidad de población, La Rioja tiene una densidad de 64 habitantes/Km² (España 93,4 habitantes/Km²). La densidad de población oscila de los 1.928,3 habitantes/ Km² de Logroño a los 34,3 habitantes/Km² del resto de otros municipios.
- c. La mayoría de los municipios riojanos son de tamaño muy reducido, el 76,13% de los habitantes riojanos se concentra en nueve municipios; y casi la mitad de la población riojana reside en su capital, Logroño (47,5%).
- d. Pirámide de población característica de un país desarrollado con envejecimiento progresivo de la población, se aprecia un estrechamiento de la base debido a la importante reducción de la fecundidad en los últimos años, y un porcentaje

de personas mayores relativamente grande. A fecha 2013, el 19,07% de la población riojana tiene 65 años o más, destacando que el 21,34% de las mujeres está en este grupo de edad, frente al 16,79% para los hombres; a nivel nacional la diferencia es similar, sin embargo La Rioja presenta una población más envejecida que la de España.

- e. Indicadores demográficos de la población de La Rioja, en comparación con la población nacional:
- Aumento de la esperanza de vida en casi 2 años y medio del 2007 al 2013, superior a la nacional (1,9). Por sexos las mujeres riojanas siguen teniendo una mayor esperanza de vida que los hombres, de más de 5 años; en el periodo de 2007 a 2013 se ha producido un incremento de un año de vida en mujeres y de tres en hombres (ambos sexos 1 año de vida más).
 - Una población cada vez más envejecida, Tasa de dependencia superior en La Rioja, lo que alerta de una población más envejecida que la media nacional. Durante el periodo 2007-2013 se observa un incremento de más del 6% del índice de dependencia, incremento atribuible al aumento del índice de dependencia juvenil ya que el de dependencia senil ha permanecido estable.
 - El índice de juventud como el de infancia son inferiores en nuestra comunidad autónoma, consecuencia directa de tasas de fecundidad inferiores a las nacionales, arrastradas durante muchos años. Aunque se ha producido una recuperación en la tasa de maternidad, cifra de 21,9% ligeramente superior al 21,14 % del caso de España. Este último dato debe situarse en correlación con la importante inmigración, sobre todo, en las cohortes en edad fértil.
- f. Crecimiento vegetativo: los indicadores de nacimientos y defunciones para el año 2012 (último año disponible), dan un crecimiento vegetativo por cada 1.000 habitantes de 0,5 mientras que para España fue del 1,1. Se observa como el crecimiento vegetativo se va reduciendo notablemente, pasando de un 2,10 en 2008 a convertirse en 2012 en un crecimiento natural muy bajo, y que se acentúa en 2013. El crecimiento vegetativo ha seguido una dirección análoga a la de los nacimientos ya que la evolución de las defunciones ha sido más estable, aunque se percibe cierta tendencia creciente.

- g.** La evolución de la mortalidad ha sido estable, aunque se percibe cierta tendencia creciente, a pesar de la contracción registrada en 2013. El progresivo envejecimiento de la estructura poblacional riojana respecto a la del conjunto de España explica que la tasa bruta de mortalidad sea superior a la del conjunto del país.
- h.** El número de nacimientos desde 2008 a 2013 (datos provisionales) va descendiendo en La Rioja, de forma similar a lo ocurrido a nivel nacional. En 2013, con una Tasa de 9,17 (similar a España), se registra un descenso del 8,7% con respecto al año anterior y este descenso es de un 17,5% respecto al 2008. La población extranjera ha permitido que el total de nacimientos haya ido aumentando a lo largo de los años y mantenerse en el periodo 2008-2013, y que nuestra capacidad de relevo se apoye en los hijos de la población extranjera.
- Según nacionalidad de la madre, el 26,5% de los nacidos en La Rioja son hijos de madre extranjera, mientras que en España es del 19,2%. Con respecto al año 2008 se ha reducido en un 3% el número de nacidos de madre extranjera en la comunidad.
 - Según edad de las madres, la maternidad se desplaza hacia edades más tardías. En 2012 la edad media a la maternidad se eleva a los 30,6 años, muy similar a la presentada por España (30,3). Por nacionalidad de la madre, en la comunidad riojana la edad media a la que las españolas tienen sus hijos supera en cuatro años a la de las extranjeras mientras que en España la diferencia es de tres años.
 - El Índice Sintético de Fecundidad se ha situado en el periodo estudiado siempre por debajo del nivel de reemplazo generacional, de 2,1 hijos por mujer, con una cifra en torno al 1,4. Aun así, es ligeramente superior a la media nacional, que se queda en el 1,32. Esta superioridad tiene mucha relación con la población extranjera, aunque ha ido disminuyendo este indicador y manteniéndose en los últimos años en torno a los 1,83; en 2008 era de 2,11 hijos por mujer. En relación con la población riojana siempre muy por encima, en valores más cercanos a los 2 hijos por mujer.
- i.** La población inmigrante residente en La Rioja ha aumentado en números absolutos y relativos respecto al total de población hasta el año 2009, a partir de aquí se estabiliza en torno a un promedio del 14,4% de la población total.

A fecha 1 de enero de 2013, había en nuestra comunidad 41.302 personas de nacionalidad extranjera, un 5,9% menos que en 2012, y representan el 13% de los empadronados en la región, frente al 10,86% del conjunto nacional.

- j. Por nacionalidad, el país con mayor número de nacionales es Rumanía (27,8% del total de foráneos), Marruecos (19,6%), Pakistán (7,5%), Portugal, Colombia, Bolivia y Ecuador. Estos siete países representan el 75,6% de los foráneos residentes en La Rioja.

A.6.2. Proyección de la población de La Rioja

La Proyección de Población a Corto Plazo para el periodo 2013-2023 (INE) advierte que la demografía riojana pivotará sobre tres ejes: la baja natalidad, el fuerte envejecimiento y la feminización.

- Las proyecciones indican un retroceso progresivo de la población de La Rioja, ya que en el periodo 2013-2023 la población residente disminuiría en 26.403 personas (un -8,28%), el porcentaje de variación anual se retraerá entorno a un 0,83% cada año.
- Por otra parte, la hegemonía femenina continuaría intensificándose, llegando a haber una diferencia entre ambos sexos de más de 12.819 en 2023.
- Por último, según la clasificación por edades, se estima que en 2023 la población mayor de 64 años será casi el 24% de población, el incremento será mayor para los hombres (6 puntos porcentuales) y será menor en las mujeres, reduciéndose el desequilibrio en dos puntos por encima a favor de las mujeres.
- La Tasa de Dependencia (relación entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) pasará del 53,5% en 2013 al 64,4% una década después. La previsión para la población entre 16 y 44 años disminuirá alrededor de 4 puntos porcentuales, supuesto que no le impedirá continuar siendo el intervalo de edad más numeroso (60,82%).



B- ESTADO DE SALUD

B.1. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA RIOJA, 2009-2013. (Último Barómetro Sanitario 2013)

El Grado de Satisfacción que los riojanos tienen con el funcionamiento del sistema sanitario público, es de 6,77 sobre 10 (2013) con una evolución positiva en el periodo estudiado (2009-2013), pero con ligero descenso a partir de 2011 acentuándose en 2013. Con respecto a la media nacional siempre es superior.

En la valoración sobre el funcionamiento del sistema sanitario público se observa un descenso del porcentaje de riojanos encuestados que opinan que en general funciona bastante bien (del 24,73% en 2013), situándose por encima de la media nacional en el periodo analizado.

En 2013, el 48,48% piensa que el sistema sanitario funciona bien pero necesita cambios (frente al 52,5% de 2009) y el 22,30% piensa que el sistema necesita cambios fundamentales (frente al 17,54% de 2012).

El porcentaje de personas que prefiere la atención sanitaria pública cuando se tratara de Atención Primaria (consultas de medicina de familia y pediatría) ha ido disminuyendo siendo del 73,80% en 2013, dos puntos porcentuales menos que en 2012, y por encima de la media nacional en todo el periodo analizado.

Respecto a la preferencia por la asistencia en el sector público o en el privado, la mayoría de la población se sigue decantando por la sanidad pública cuando se trata de Asistencia Hospitalaria (hospitalización y urgencias).

Todos los aspectos analizados son mejor valorados en la sanidad pública que en la privada. Los aspectos más valorados (por encima del 70%) de la atención pública son la capacitación de los profesionales de la salud (tanto de la medicina como de la enfermería), la tecnología y los medios disponibles, el trato personal recibido, la información que se recibe sobre el problema de salud (descendiendo en más de seis puntos respecto al 2011), y el confort de las instalaciones; el peor valorado es la rapidez de la atención (63,7% en 2013) aun así tiene una valoración muy superior a la media nacional (36,5%).

Todos los aspectos analizados aumentan en la sanidad pública respecto al año anterior (2012) y disminuye su valoración en la sanidad privada el trato personal recibido, la información recibida, la rapidez de la atención y el confort de las instalaciones.

B.2. ESPERANZA DE VIDA

En el año 2012, la esperanza de vida al nacer y a los 65 años es discretamente más alta en La Rioja que en el conjunto de España y es mayor en las mujeres que en los hombres. La esperanza de vida al nacer en La Rioja es 2,5 puntos superior a la registrada en la UE-28. A los 65 años esta diferencia oscila entre 0,7 y 2 puntos a favor de La Rioja. (Tabla 2-1)

TABLA 2-1. Esperanza de vida a los 65 años. UE-28, España y La Rioja.

	2008	2009	2010	2011	2012
Hombres					
UE-28	17,1	17,3	17,5	17,8	17,7
España	17,96	18,3	18,57	18,68	18,52
La Rioja	18,35	19,1	19,33	19,15	18,47
Mujeres					
UE-28	20,6	20,8	21	21,3	21,1
España	21,79	22,4	22,72	22,79	22,46
La Rioja	22,66	23,5	22,97	23,28	23,16

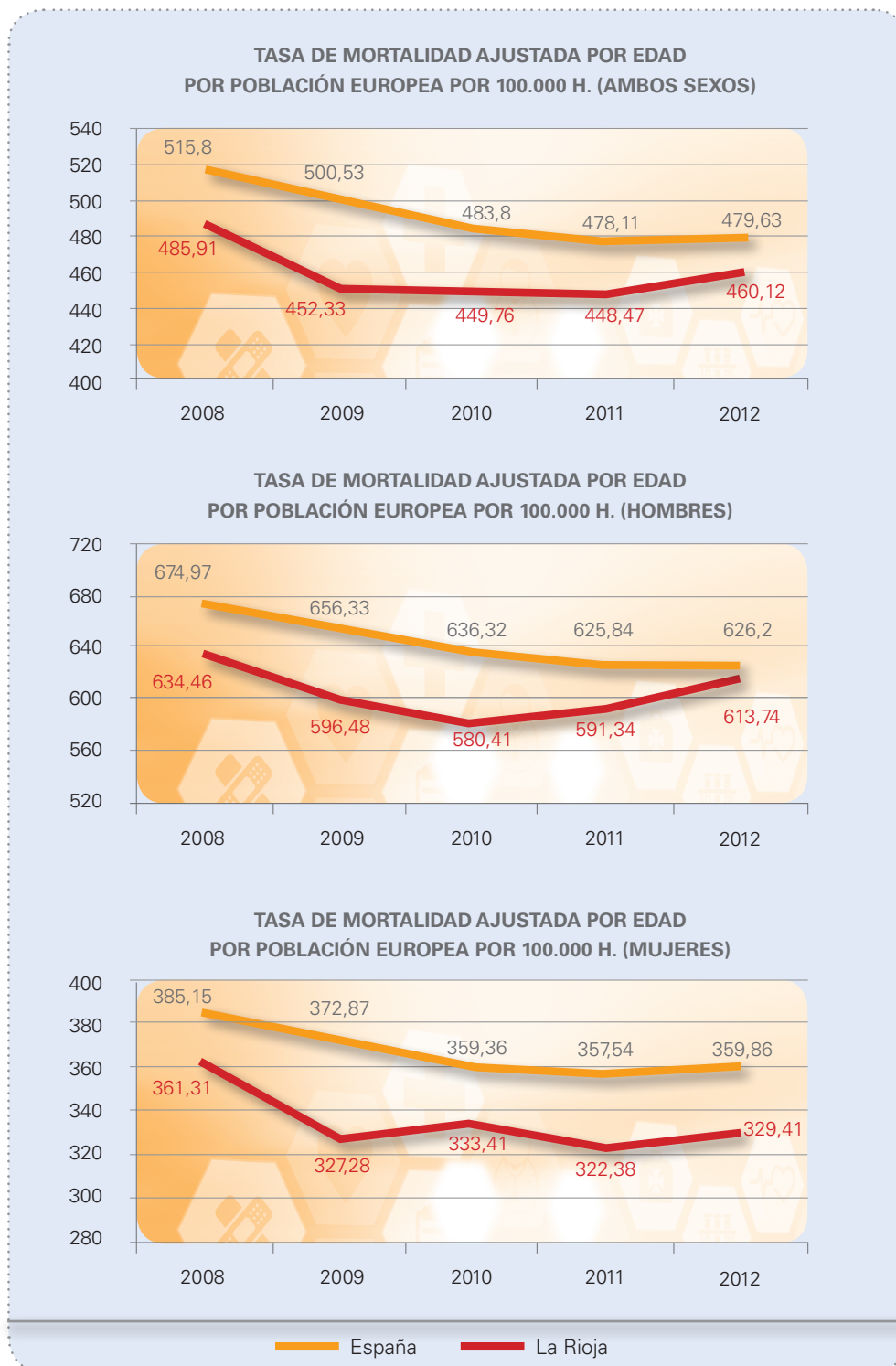
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INCLASNS y EUROSTAT (consultado el 12-8-2014).

B.3. MORTALIDAD

La tasa de mortalidad ajustada por edad por población europea por 100.000 habitantes por todas las causas en ambos sexos mantiene una tendencia descendente desde 2008 hasta 2011, en 2012 se observa un discreto repunte respecto a 2011, más apreciable en los hombres que en las mujeres. (Figura 2-1)

En todos los casos y durante los citados años, dicha tasa de mortalidad en La Rioja se ha mantenido inferior a la del conjunto de España y de la UE-28.

FIGURA 2-1. Evolución Tasa de Mortalidad Ajustada por edad por población europea por 100.000 habitantes. España y La Rioja.



Fuente: Elaboración Propia a partir de datos del Centro Nacional de Epidemiología.

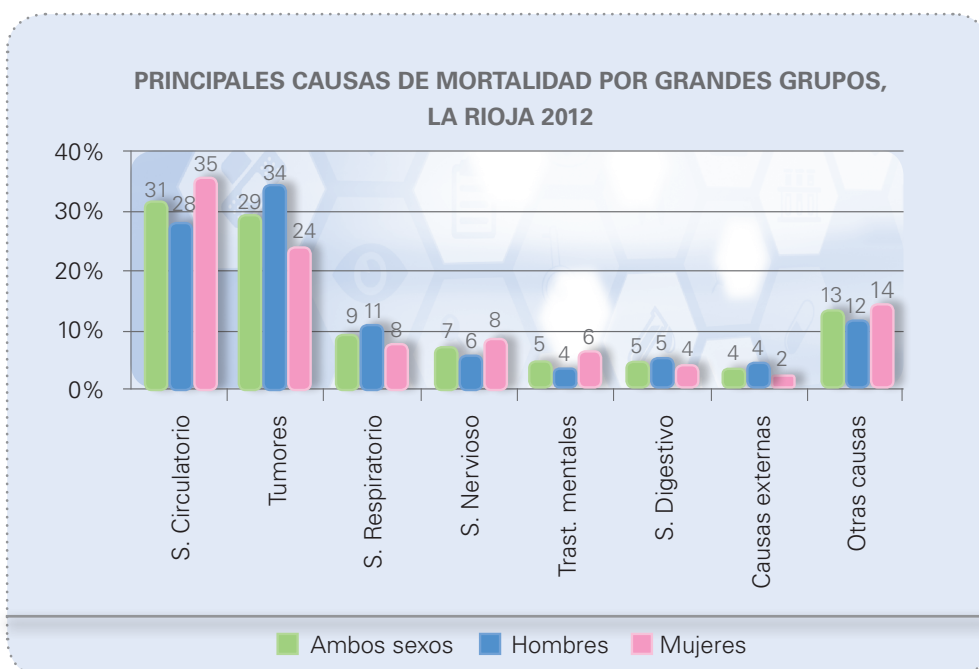
En ambos sexos, igual que en las mujeres, el sistema circulatorio ocupa el primer lugar como causa de mortalidad, seguido por los tumores, mientras que en el caso de los hombres, la primera causa de mortalidad son los tumores. (Tabla 2-2; Figura 2-2)

TABLA 2-2. Principales causas de mortalidad por grandes grupos, La Rioja 2012. (Porcentaje)

	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Sistema Circulatorio	31,49	27,99	35,48
Tumores	29,34	34,27	23,75
Sistema Respiratorio	9,33	10,76	7,70
Sistema Nervioso	6,98	5,66	8,48
Trastornos Mentales	4,86	3,54	6,36
Sistema Digestivo	4,60	5,16	3,96
Causas Externas	3,50	4,48	2,40
Otras Causas	13,40	11,68	14,28

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología.

FIGURA 2-2. Causas de mortalidad por grandes grupos, ambos sexos y Comunidad Autónoma. (Porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología.

La causa específica más importante de mortalidad en los hombres es la isquemia cardíaca mientras que en el caso de la mujer es la enfermedad cerebrovascular.

Las 12 causas específicas de mortalidad más importantes suponen el 56,28% de las muertes en los hombres. Las causas de mortalidad más significativas por tumores en los hombres son el cáncer de pulmón, cáncer colorrectal, cáncer de próstata, y cáncer de estómago.

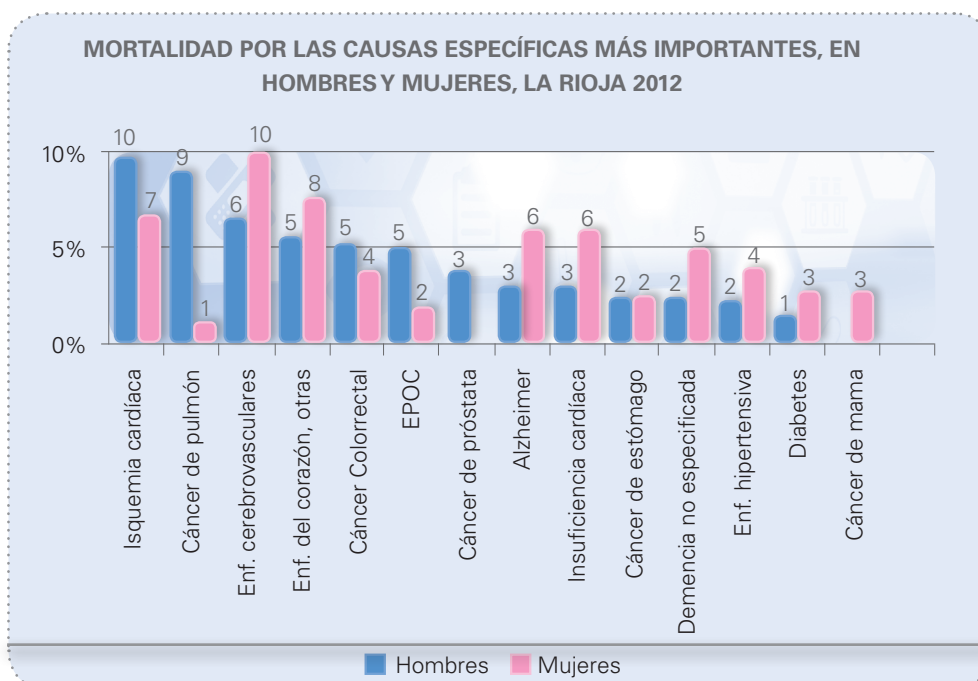
Las 12 causas específicas de mortalidad más importantes suponen el 57,46% de las muertes en las mujeres. Las causas de mortalidad más significativas por tumores en las mujeres son el cáncer colorrectal, cáncer de mama y cáncer de estómago. (Tabla 2-3; Figura 2-3)

TABLA 2-3. Mortalidad por las causas específicas más importantes en hombres y mujeres, La Rioja 2012. (Porcentaje)

	Hombres	Mujeres
Isquemia Cardíaca	9,70	6,64
Cáncer de Pulmón	8,77	1,06
Enfermedades Cerebrovasculares	6,47	9,89
Enfermedades del Corazón, otras	5,47	7,56
Cáncer Colorrectal	5,16	3,60
EPOC	4,91	1,77
Cáncer de Próstata	3,36	-
Alzheimer	2,86	5,87
Insuficiencia Cardíaca	2,80	5,80
Cáncer de Estómago	2,36	2,40
Demencia, no Especificada	2,30	4,88
Enfermedad Hipertensiva	2,11	3,82
Diabetes	1,36	2,61
Cáncer de Mama	-	2,61

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología.

FIGURA 2-3. Mortalidad por causa específica, sexo y Comunidad Autónoma. (Porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología.

Mortalidad infantil y mortalidad perinatal

Según la base de datos de indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) de febrero 2014, la tasa de mortalidad infantil en La Rioja en el año 2012 fue inferior (2,82 por mil) a la registrada en España (3,06 por mil). Sin embargo la tasa de mortalidad perinatal fue superior (6,9 por mil) a la de España (4,67 por mil). En ambos casos la tendencia está a la baja en relación con los datos de 2011.

Mortalidad por accidentes

La tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes no intencionados por 100.000 habitantes, también refleja una tendencia descendente siendo respectivamente en los años 2008, 2009, 2010 y 2011 de 21.22, 18.37, 17.32 y 13.82. En España en el año 2011 este indicador tuvo un valor de 15.47. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Entre 2008 y 2012, en La Rioja, igual que en el conjunto de España, se observa una evolución a la baja de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico. En el año 2012, La Rioja registra casi la misma tasa de mortalidad que en España. (Tabla 2-4.)

TABLA 2-4. Evolución de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor. Tasa ajustada por edad por población europea por 100.000 habitantes.

	2008	2009	2010	2011	2012
España	5,82	4,99	4,46	3,97	3,52
La Rioja	9,41	9,46	5,95	5,31	3,51

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE y Centro Nacional de Epidemiología.

B.4 MORBILIDAD

En primera posición se encuentran las altas diagnósticas por enfermedades circulatorias (n=4.618) que suponen el 13,66% de las altas hospitalarias totales, principalmente insuficiencia cardíaca, trastornos del ritmo, infarto agudo de miocardio, seguidos por hipertensión arterial, angina de pecho y enfermedad isquémica del corazón.

En segunda posición se encuentran las altas diagnósticas por enfermedades del sistema respiratorio (n=4.509) que suponen el 13,34%, principalmente por Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumonía, bronquiolitis y asma.

Las enfermedades digestivas (n=4.425) se encuentran en tercera posición y suponen el 13,10% de todas las altas, principalmente las altas por coleditiasis, hernia inguinal, otras gastroenteritis y colitis no infecciosas y apendicitis.

El cuarto lugar lo ocupan las altas diagnósticas del grupo de complicaciones del embarazo, parto y puerperio (n=3.709) que suponen el 11% del total de las altas, principalmente por complicaciones del embarazo en el período antenatal.

Las neoplasias (n=3.137) figuran en quinto lugar y suponen el 9,28% de todas las altas. En el caso de la mujer, las altas fueron principalmente por cánceres de mama, colon, útero, piel y ovario. En el hombre, las altas fueron principalmente por cánceres de vejiga, colon, pulmón, próstata y piel.

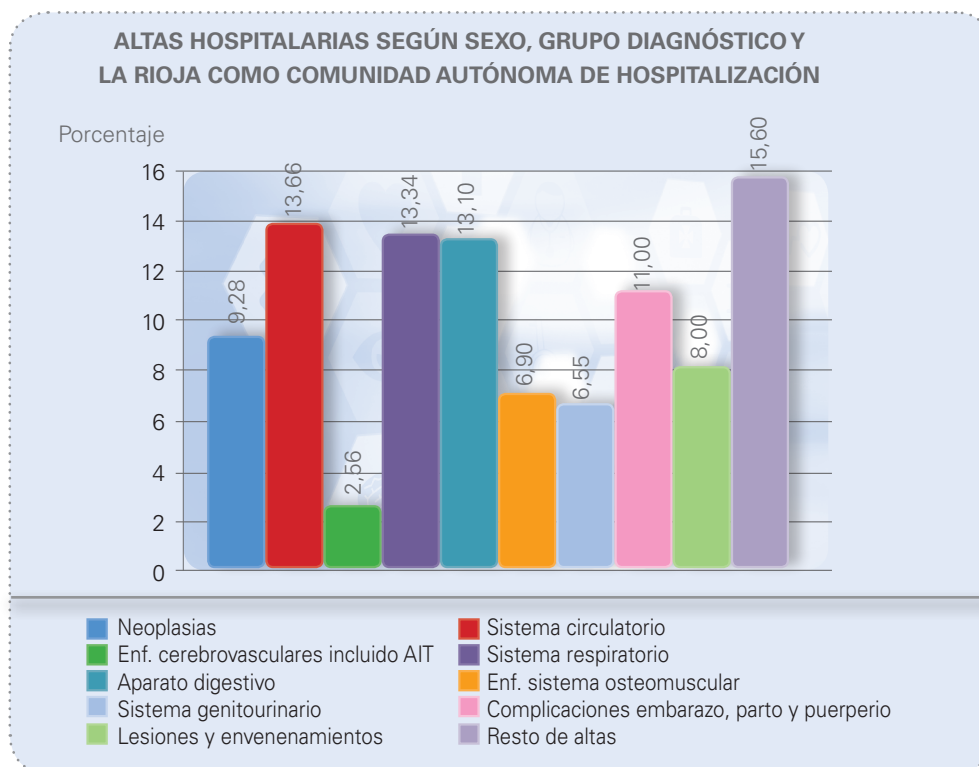
En sexta posición se encuentran las altas diagnósticas por lesiones y envenenamientos (n=2.700) que suponen el 8% de todas las altas, principalmente por fractura del fémur y otros traumatismos.

En séptima posición se encuentran las altas diagnósticas por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (n=2.334) que suponen 6,91% del total de altas, principalmente como otras artropatías, trastorno interno de rodilla y trastorno del disco intervertebral.

Las altas diagnósticas por enfermedades del sistema genitourinario se encuentran en octava posición (n=2.216) y suponen 6,55% del total de altas, principalmente por litiasis urinaria, insuficiencia renal e hiperplasia prostática.

Por último, las enfermedades cerebrovasculares junto con el ataque isquémico transitorio (n=866) suponen el 2,56% del total de las altas. (Figura 2-4)

Figura 2-4. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. La Rioja 2012. (Porcentaje)



Fuente: INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2012.

En el año 2012, todos los citados grupos registraron un aumento en el número de altas respecto con las altas diagnósticas registradas en 2008, excepto el grupo de "complicaciones del embarazo, parto y puerperio" y el de "enfermedades cerebro vasculares" que disminuyen el 12,7% y 11,7% respectivamente.

En relación a los problemas de salud atendidos en los centros de atención primaria de La Rioja, se muestran los episodios clasificados por grandes grupos de la CIAP 1. (Tabla 2-5)

TABLA 2-5. Episodios clasificados por los grupos CIAP1 atendidos por Equipos de Atención Primaria en La Rioja.

	2009	2010	2011	2012	2013
A - Problemas generales e inespecíficos	41.936	50.649	57.120	66.323	81.342
B - Sangre, órg.h. y sistema inmunitario T	30.111	36.045	41.537	47.235	54.246
D - Aparato Digestivo	78.502	94.960	111.865	129.392	159.259
F - Ojo y anejos	67.961	82.497	92.946	102.271	115.649
H - Aparato auditivo	14.026	17.443	21.474	25.733	34.762
K - Aparato circulatorio	117.400	131.840	145.769	157.654	16.9180
L - Aparato locomotor	120.559	144.468	170.222	196.771	237.532
N - Sistema nervioso	33.811	40.530	47.297	54.193	64.048
P - Problemas psicológicos	76.274	90.293	103.149	113.893	124.431
R - Aparato respiratorio	68.482	86.074	105.568	129.693	182.574
S - Piel y faneras (S de Skin)	109.532	134.137	159.524	186.369	225.580
T - Aparato endocrino	99.539	111.962	124.898	136.047	147.429
U - Aparato urinario	15.077	18.490	22.892	27.761	36.350
W - Planificación familiar	13.808	17.013	20.304	23.965	29.657
X - Aparato genital femenino y mamas	33.367	39.334	45.574	52.182	60.614
Y - Aparato genital masculino	12.782	14.601	16.582	18.546	21.637
Z - Problemas sociales	4.731	6.260	7.398	8.732	1.002
Total Año	937.898	1.116.596	1.294.119	1.476.760	1.754.318

Fuente: Sistema de Información del Servicio Riojano de Salud (Atención Primaria).

Los equipos de atención primaria en el periodo 2009-2013 han realizado la atención al número de episodios que se refleja por 17 diagnósticos de interés en la población adulta. (Tabla 2-6)

TABLA 2-6. Episodios en adultos clasificados por los grupos CIAP1 atendidos por Equipos de Atención Primaria en La Rioja.

	2009	2010	2011	2012	2013
Abuso crónico de alcohol	1.420	1.576	1.791	1.956	2.124
Abuso de tabaco	10.442	13.610	16.777	18.542	19.584
Artritis reumatoide	1.678	1.886	2.040	2.182	2.356
Artrosis de cadera	142	166	181	200	219
Artrosis de rodilla	333	377	401	416	422
Asma	7.727	8.864	9.703	10.504	11.399
Cardiopatía Isquémica	5.284	5.733	6.114	6.425	6.761
Demencia	2.086	2.322	2.568	2.729	2.745
Diabetes no insulino dependiente	16.381	17.913	19.105	19.978	20.678
Enfermedad bronquial obstructiva	3.582	3.826	4.009	4.118	4.205
Hipertensión arterial	47.032	50.524	53.486	55.611	57.637
Insuficiencia cardíaca	1.812	1.982	2.159	2.282	2.341
Obesidad	13.425	14.480	15.409	16.196	16.971
Osteoporosis	10.876	12.055	12.893	13.545	14.174
Trastornos de memoria	2.609	3.271	3.957	4.682	5.400
Trastornos del sueño	9.987	11.676	13.029	14.264	15.439
Trastornos metabolismo lipídico	37.993	42.788	48.271	52.839	57.021

Fuente: Sistema de Información del Servicio Riojano de Salud (Atención Primaria).

Otro aspecto a considerar en la atención son las derivaciones desde los equipos de atención primaria a atención especializada que se recogen en la Tabla 2-7.

TABLA 2-7. Derivaciones desde los Equipos de Atención Primaria a Atención Especializada en La Rioja.

	2009	2010	2011	2012
Alergias	712	2.682	2.579	2.850
Cardiología	1.426	4.721	4.789	5.277
Cirugía	1.506	5.917	5.966	5.702
Cirugía Vascul ar	604	2.057	1.915	2.167
Dermatología	5.679	19.430	19.517	20.460
Digestivo	2.192	6.211	3.675	3.512
Endocrino	838	2.912	2.758	3.002
Gastroscopia				744
Geriatría	219	669	792	877
Ginecología	2.230	11.675	16.921	16.521
Ginecología Revisiones	2.725	5.177		
Hematología	172	803	885	958
Infecciosas	47	138	181	170
Mama	432	1.444	1.783	1.962
Medicina Interna	246	898	952	925
Nef. Enf. Renal Crónica		76	107	43
Nef. Unidad HTA		59	84	44
Nefrología	227	718	607	812
Neumología	544	1.979	1.985	2.170
Neurofisiología	118	174		
Neurología	1.705	5.815	5.363	5.582
O.R.L.	3.693	12.509	12.737	13.441
Obstetricia	107	485	460	716
Odontología	326	870	1.058	1.229
Oftalmología	7.152	24.114	23.948	25.417
Pediatría	413	1.641	1.566	1.643
Rehabilitación	1.593	6.491	6.280	6.414
Reumatología	1.026	3.018	2.719	2.903
Salud Mental	1.553	4.695	4.506	4.901
Traumatología	4.974	16.821	16.075	16.785
Urgencias	2.558	12.050	13.185	14.663
Urología	1.893	6.478	6.879	6.984
Neurofisiología (pediatría)		11	16	10

Fuente: Sistema de Información del Servicio Riojano de Salud (Atención Primaria).

Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) en La Rioja

En 2013 se observa un aumento en el número de casos notificados de tuberculosis respiratoria, sífilis, infecciones gonocócicas, tosferina, paludismo, hepatitis A, otras hepatitis víricas (no incluida la B) y Legionelosis en relación con los casos declarados en 2012. (Tabla 2-8)

TABLA 2-8. Evolución de casos notificados de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) en La Rioja.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fiebres tifoidea y paratifoidea	-	-	2	5	-	1
Disentería	1	1	-	1	-	1
Gripe	5.282	11.407	1.435	3.321	5.355	3.794
Tuberculosis respiratoria	66	62	41	48	28	35
Sarampión	1	-	-	7	-	-
Rubeola	-	-	-	-	-	-
Varicela	1.597	1.609	1.415	1.116	1.108	1.060
Brucelosis	-	-	-	-	1	-
Sífilis	5	11	11	12	16	17
Infección gonocócica	12	3	9	24	29	43
Infección meningocócica	2	3	3	2	3	2
Parotiditis	12	7	9	32	32	30
Tos ferina	6	3	12	25	15	23
Difteria	-	-	-	-	-	-
Lepra	-	-	-	-	-	-
Paludismo	3	6	9	7	12	19
Poliomielitis	-	-	-	-	-	-
Rabia	-	-	-	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-	-	1
Triquinosis	-	-	-	-	-	-
Cólera	-	-	-	-	-	-
Fiebre amarilla	-	-	-	-	-	-
Peste	-	-	-	-	-	-
Tífus exantemático	-	-	-	-	-	-
Botulismo	1	2	-	-	1	-
Hepatitis A	11	8	24	8	6	14
Hepatitis B	4	1	6	-	7	2
Otras hepatitis víricas	2	2	3	9	15	15
Legionelosis	4	10	13	12	9	11
Meningitis tuberculosa	-	-	1	1	1	1
Rubeola congénita	-	-	-	-	-	-
Sífilis congénita	-	-	-	-	-	-
Tétanos neonatal	-	-	-	-	-	-
Otras Tuberculosis					14	13
Tularemia					-	-

Fuente: Enfermedades de declaración obligatoria. INE.

Distribución de las altas en los 25 Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs) más frecuentes

En el periodo comprendido entre enero y diciembre 2013, los GRDs más frecuentes corresponden a las altas hospitalarias por parto vaginal sin complicaciones, neumonía simple y otros trastornos respiratorios, insuficiencia cardiaca y shock, seguido por parto vaginal con complicaciones, cesárea sin complicaciones, ictus con infarto e insuficiencia cardiaca congestiva y arritmia cardiaca. (Tabla 2-6)

TABLA 2-9. Informe de GRDs más frecuentes global.

GRD	PESO	ALTAS	%	E.M.*	D.E.**	MIN.	MAX.
373 - Parto vaginal sin complicaciones	0,599	1.716	6,1	2,51	0,95	1	21
541 - Neumonía simple y otros trast. respiratorios exc. bronquitis y asma con CC+ mayor	2,228	871	3,1	8,44	6,07	0	55
127 - Insuficiencia cardiaca y shock	1,300	616	2,2	6,17	5,33	0	74
372 - Parto vaginal con complicaciones	0,699	447	1,6	3,57	4,94	1	61
371 - Cesárea sin complicaciones	0,881	434	1,5	4,34	1,86	2	26
014 - Ictus con infarto	1,675	407	1,5	6,51	4,31	0	33
544 - ICC♦ y arritmia cardiaca con CC mayor	3,301	405	1,4	7,44	6,44	0	76
395 - Trastornos de los hematies edad>17	1,022	387	1,4	2,63	3,13	0	20
818 - Sustitución de cadera excepto por complicaciones	3,155	323	1,2	6,28	2,52	2	17
311 - Procedimientos transuretrales sin CC	0,860	321	1,1	4,64	3,33	1	25
101 - Otros diagnósticos de aparato respiratorio con CC	0,999	315	1,1	6,72	6,11	0	72
209 - Sustitución articulación mayor excepto cadera y reimplante miembro inferior, excepto por CC	2,778	314	1,1	4,89	1,67	1	14
359 - Proc. sobre útero y anejos por ca.in situ y proceso no maligno sin CC	1,014	284	1,0	4,82	2,19	1	22
814 - Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal edad > 17 sin CC	0,560	283	1,0	3,76	7,45	0	121
088 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,061	276	1,0	6,64	4,95	1	40
494 - Colectomía laparoscópica sin explorac. conducto biliar sin CC	1,093	260	0,9	7,85	2,77	1	19
167 - Apendicectomía sin diagnóstico principal complicado sin CC	0,933	248	0,9	4,50	2,54	1	24
102 - Otros diagnósticos de aparato respiratorio sin CC	0,619	246	0,9	4,18	3,66	0	31
208 - Trastornos del tracto biliar sin CC	0,721	228	0,8	6,08	3,64	0	28
089 - Neumonía simple y pleuritis edad >17 con CC	0,186	213	0,8	7,16	4,28	0	36
211 - Proc.de cadera y femur excepto articulación mayor edad >17 sin CC	2,084	205	0,7	7,30	2,76	1	19
225 - Procedimientos sobre el pie	1,413	204	0,7	2,15	1,10	0	12
183 - Esofagitis, gastroenteritis y trast. digest. misceláneos edad >17 sin CC	0,720	201	0,7	5,61	3,64	0	18
162 - Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad >17 sin CC	0,825	195	0,7	2,35	1,45	0	10
533 - Otros trast. sistema nervioso exc. ait. convulsiones y cefalea con CC mayor	4,160	194	0,7	8,89	10,38	0	108
Resto GRDs	0,736	18.447	65,8	1,67	0,58	0	278
Total GRD	1,534	28.040		5,95	6,90	0	278

*E.M: Estancia media **D.E: Desviación estándar *CC: Complicaciones ♦ICC: Insuficiencia cardiaca congestiva

Fuente: Servicio Riojano de Salud. CMDB de hospitalización periodo 2013 (2013-01- 2013-12).



C - DETERMINANTES DE SALUD

C.1. TABACO

En La Rioja, en el periodo de 2006 a 2011 se observa una evolución a la baja de la prevalencia de consumo de tabaco en los adultos en ambos sexos, de 26,92% registrado en 2006 pasa a 24,43% en 2011. No obstante, dicha prevalencia se mantiene más alta en La Rioja que en el conjunto del país que registra una prevalencia de 23,95% en el año 2011. (Tabla 3-1)

TABLA 3-1. Prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta. (Porcentaje)

	2006	2009	2011
La Rioja	26,92	29,43	24,43
España	26,44	26,16	23,95

Fuente: INCLASNS Febrero 2014.

La edad media de inicio de consumo apenas varía entre 2006 (17,5 años) y 2011 (17,4 años), sin embargo es 3 décimas más alta (17,5 años) en La Rioja que en el conjunto de España (17,2 años). (Tabla 3-2)

TABLA 3-2. Edad media (en años) de inicio de consumo de tabaco de los fumadores diarios. Población de 16 y más años que fuma diariamente.

	2006	2011
La Rioja	17,4	17,5
España	17,3	17,2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) 2006 y 2011.

En cuanto a la prevalencia de consumo de tabaco a diario en los últimos 30 días entre los estudiantes de enseñanzas secundarias (14-18 años), se observa una evolución a la baja desde 2006 a 2012. Se observa que la prevalencia en La Rioja (12,2%) ha llegado a ser menor que la nacional (12,3%) en el año 2012. (Tabla 3-3)

TABLA 3-3. Prevalencias de consumo de tabaco a diario en los últimos 30 días entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (porcentajes). España, 1994-2012.

	2006	2008	2010	2012
La Rioja	16,2	14,8	13,5	12,2
España	14,4	14,8	12,3	12,5

Fuente: Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012.

C.2. ALCOHOL

En la población de 16 y más años, se observa una evolución ascendente en la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas donde en 2006 pasa de 62,51% al 67% registrado en 2011, siendo este último 1,4 puntos por encima del valor nacional (65,6%). (Tabla 3-4)

TABLA 3-4. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses. Distribución porcentual, Población de 16 y más años. España y La Rioja.

	2006	2009	2011
La Rioja	62,51	66,3	67
España	68,64	64,6	65,6

Fuente: ENSE 2006 y 2011 y Encuesta Europea de Salud para España (ESS) 2009.

La edad media de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en la población de 16 y más años en La Rioja ha empeorado 1,12 décimas en 2011 (17,3 años) respecto a 2006 (18,42 años). (Tabla 3-5)

TABLA 3-5. Edad media (en años) de inicio del consumo de bebidas alcohólicas de manera regular. Población de 16 y más años que consume o ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión. La Rioja y España.

	2006	2011
La Rioja	18,42	17,3
España	18,92	17,8

Fuente: ENSE , 2006 y 2011.

En La Rioja, el porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol en la población de 16 y más años en ambos sexos registrado en 2011 es casi un punto por encima (2,61%) que el registrado a nivel nacional (1,69%). Este valor superior se observa en ambos sexos. (Tabla 3-6)

TABLA 3-6. Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol.

	2006	2009	2011
La Rioja	3	1,03	2,61
España	4,7	3,24	1,69

Fuente: ENSE , 2006 y 2011.

C.3. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En relación con la evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de ESO de 14-18 años a nivel nacional entre los años 2006 y 2012, se observa una evolución a la baja en el consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, éxtasis; se mantiene en el consumo de heroína y un aumento en la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol e hipnosedantes sin receta. (Tabla 3-7)

TABLA 3-7. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España 1994-2012.

	2006	2008	2010	2012
Tabaco	27,8	32,4	26,2	29,7
Alcohol	58	58,5	63	74
Hipno-sedantes sin receta	2,4	2,9	3	3,4
Cannabis	20,1	20,1	17,2	16,1
Cocaína	2,3	2	1,5	1,5
Heroína	0,5	0,6	0,5	0,6
Anfetaminas	1,4	1,2	0,9	1
Alucinógenos	1,3	1,2	1	1
Éxtasis	1,4	1,1	1	1,2

Fuente: ESTUDES 2012.

La prevalencia de consumo de cannabis evoluciona a la baja en La Rioja tanto en la población de 15 -64 años como en la de los estudiantes de la ESO de 14 -18 años. No obstante, dichas prevalencias se mantienen más altas que las registradas a nivel nacional en 2011 (10,3% en La Rioja frente a 9,6% de España en la población de 15 a 64 años) (ver Tabla 3-8) y en 2010 (20,2% en La Rioja frente a 17,2% a nivel nacional en la población de estudiantes de ESO de 14-18 años). (Tabla 3-9.)

TABLA 3-8. Porcentaje de consumidores de cannabis entre la población de 15 a 64 años.

	2009	2011
La Rioja	13,2	10,3
España	10,6	9,6

Fuente: INCLASNS Febrero 2014.

TABLA 3-9. Prevalencia de consumo de cannabis entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días (porcentajes). España y La Rioja.

	2006	2008	2010
La Rioja	28,2	22,1	20,2
España	20,1	20,1	17,2

Fuente: ESTUDES 2010.

C.4. EJERCICIO FÍSICO Y SEDENTARISMO

En relación con la realización de ejercicio físico, entre 2006 y 2011 la distribución porcentual ha experimentado una evolución al alza en La Rioja siendo en 2011 de 93,1 %, casi 9 puntos por encima del valor registrado a nivel nacional (84,3%). (Tabla 3-10)

TABLA 3-10. Ejercicio físico ^{1,2,3}, España y La Rioja. Distribución porcentual.

	2006 ⁽¹⁾	2009 ⁽²⁾	2011 ⁽³⁾
España	60,56	87,9	84,3
La Rioja	40,67	76,8	93,1

(1) Ejercicio físico en el tiempo libre. Población adulta de 16 y más años.
 (2) Actividad física realizada los últimos 7 días. Población de 16 y más años.
 (3) Actividad física realizada los últimos 7 días. Población de 15 a 69 años.

Fuente: ENSE 2006¹, 2011³ y EES para España 2009².

La prevalencia del sedentarismo en los mayores de 15 años ha tenido una evolución a la baja, siendo el porcentaje de personas sedentarias en ambos sexos en 2011 inferior en La Rioja (32,96%) que el registrado en España (59,33%), tanto en los hombres como en las mujeres. (Tabla 3-11)

TABLA 3-11. Prevalencia de sedentarismo en población de 0 y más años en La Rioja y España.

	2006	2011
Ambos sexos		
España	39,44	41,3
La Rioja	59,33	31,0
Hombres		
España	36,36	35,9
La Rioja	56,66	29,0
Mujeres		
España	42,41	46,6
La Rioja	62,02	33,1

Fuente: INCLASNS, Febrero 2014.

C.5. SOBREPESO

Entre 2006 y 2011, la evolución de la prevalencia de sobrepeso en la población de 18 y más años en La Rioja ha sido al alza. En ambos sexos, se ha registrado un 38,13% de personas con sobrepeso en La Rioja frente al 36,65% registrado en España. Los datos de 2011 indican que, en La Rioja, el sobrepeso afecta más a los hombres (49,25%) que a las mujeres (26,54%). (Tabla 3-12)

TABLA 3-12. Prevalencia de sobrepeso en población de 18 y más años en España y en La Rioja.

	2006	2009	2011
Ambos sexos			
España	37,13	37,65	36,65
La Rioja	38,84	34,57	38,13
Hombres			
España	44,65	45,53	45,14
La Rioja	44,75	42,81	49,25
Mujeres			
España	29,41	29,85	28,14
La Rioja	32,81	25,71	26,54

Fuente: INCLASNS, Febrero 2014.

En la población de 2-17 años, se ha observado una evolución a la baja del sobrepeso, siendo el porcentaje en 2011 en ambos sexos (12,42%) inferior al registrado en España (18,26%) y tanto en los hombres (16,4% frente a 19,46%) como en las mujeres (8,15% frente a 16,94%). (Tabla 3-13)

TABLA 3-13. Prevalencia de sobrepeso en población de 2 a 17 años en España y en La Rioja.

	2006	2011
Ambos sexos		
España	18,67	18,26
La Rioja	18,7	12,42
Hombres		
España	20,19	19,46
La Rioja	22,27	16,4
Mujeres		
España	17,09	16,94
La Rioja	15,19	8,15

Fuente: INCLASNS, Febrero 2014.

C.6. OBESIDAD

Entre 2006 y 2011, la evolución de la Prevalencia de obesidad en la población riojana de 18 y más años ha sido al alza, del 11,03% registrado en 2006 pasa a 14,88% en 2011, no obstante, los valores registrados en 2011 en La Rioja son inferiores a los del conjunto del país tanto en los hombres como en las mujeres. (Tabla 3-14)

TABLA 3-14. Prevalencia de obesidad en población de 18 y más años en España y en La Rioja.

	2006	2009	2011
Ambos sexos			
España	15,37	16	17,03
La Rioja	11,03	14,66	14,88
Hombres			
España	15,55	17,31	18,01
La Rioja	13,18	18,35	17,12
Mujeres			
España	15,19	14,71	16,04
La Rioja	8,83	10,68	12,54

Fuente: INCLASNS, Febrero 2014.

Por otro lado, la evolución de la Prevalencia de obesidad en la población riojana de 2-17 años ha sido a la baja, aunque en el caso de las mujeres dicha prevalencia está 2 puntos por encima de la registrada en España. (Tabla 3-15)

TABLA 3-15. Prevalencia de obesidad en población de 2 a 17 años (Ambos sexos) en España y en La Rioja.

	2006	2011
Ambos sexos		
España	8,94	9,56
La Rioja	12,44	9,67
Hombres		
España	9,13	9,57
La Rioja	8,29	7,91
Mujeres		
España	8,74	9,56
La Rioja	16,51	11,55

Fuente: INCLASNS, Febrero 2014.

C.7. PATRÓN DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud para España (ENSE) 2011/12, en comparación con el conjunto de España, la vertiente positiva del patrón de consumo de alimentos de los riojanos es que consumen más verduras, ensaladas y hortalizas (a diario), pescado (3 o más veces/semana), legumbres (3 o más veces/semana), consumen menos refrescos con azúcar (a diario) y algo menos de embutidos y fiambres (a diario). Por otro lado, la vertiente negativa es que los riojanos consumen a diario más carnes y dulces y menos fruta.

C.8. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

C.8.1. Situación sociodemográfica

En La Rioja se ha observado una bajada en la población asociada en su totalidad a la salida de extranjeros iniciada en 2009, siendo en 2014 más numerosa que los años anteriores.

En el último lustro la población de nacionalidad española residente en La Rioja se ha incrementado en 4.927 personas, mientras que el número de foráneos ha descendido en 9.884 individuos, de ellos 5.322 se han ido en el último año.

C.8.2. Situación socioeconómica

- **Nivel educativo** (nivel de estudios de la población adulta 25 a 64 años; abandono escolar prematuro).

Según el informe del mercado de trabajo de La Rioja (2012), con datos del 2011, “el 74,81% de los/as demandantes de empleo posee una titulación igual o inferior a la Educación Secundaria Obligatoria, el 16,37% de Bachillerato o Formación Profesional y el 8,82% de Estudios Universitarios”.

Según el mismo informe, “Los hombres son mayoría en el nivel de Educación Secundaria Obligatoria o nivel inferior (41,95% de hombres y 32,86% de mujeres) y

las mujeres son mayoría en el nivel de Bachillerato o Formación Profesional (6,62% de hombres y 9,75% de mujeres) y en el nivel de Estudios Universitarios (2,78% de hombres, 6,04% de mujeres)“.

El 18,33% de estos/as demandantes de empleo riojanos/as estarían dentro de la categoría “sin estudios o estudios no acreditados”, y el 57,5% no tendría ninguna titulación.

El Ministerio de Educación, Cultura y Deporte ha publicado los datos de abandono escolar temprano basados en los resultados de la Encuesta de Población Activa (EPA) que indican que La Rioja ha conseguido un descenso de 8,9 puntos desde 2011, posicionándose como la comunidad que experimenta el mayor descenso de toda España en los tres últimos años.

En 2011, la tasa de abandono temprano de la educación y la formación en La Rioja se situaba en el 30,2 por ciento del alumnado de la región. Un año después, en 2012, la cifra descendió hasta el 22,8 por ciento y en 2013 el Gobierno de La Rioja consiguió disminuir aún más este porcentaje, que se situó en el 21,3 por ciento.

- **Vivienda** (Exposición a ruido, contaminación del aire).

Los hogares en la Rioja que no sufren ningún problema en relación con la vivienda y su entorno alcanza un porcentaje del 80% frente al 67,2% que registra España (casi 13 puntos por encima). En todos los casos los porcentajes son inferiores en La Rioja a los registrados por España, siendo el más problemático los ruidos producidos por vecinos o del exterior. (Tabla 3-16)

TABLA 3-16. Hogares que sufren determinados problemas en la vivienda y su entorno, año 2013. (Porcentaje)

	Escasez de luz natural	Ruidos producidos por vecinos o del exterior	Contaminación y otros problemas ambientales	Delincuencia o vandalismo	Ningún Problema
España	6,6	18,7	9,8	14,6	67,2
La Rioja	4,2	13,5	2,1	9,8	80,1

Fuente: Encuesta de condiciones de vida INE. 2013. Unidades: Porcentajes.

- **Personas sin hogar.**

En La Rioja en 2012, 117 personas mayores de 18 años han sido usuarias de los centros asistenciales ubicados en Logroño y Calahorra. Esta cifra representa un 0,5% del total de personas en España en la misma situación.

El 70% de las personas sin hogar en La Rioja son hombres y el 30% restante mujeres. Para España esta diferencia por sexo aún es mayor, ya que el 80% de las personas sin hogar son hombres frente al 20% de mujeres.

Por edades, el grupo más numeroso en La Rioja es el comprendido entre los 30 y los 44 años, ya que a él pertenecen el 48% del total. El 30% de las personas tienen entre 45 y 64 años. A nivel nacional el 38% de las personas sin hogar pertenece a cada uno de esos dos grupos de edad.

Por nacionalidad, el 66% de las personas sin hogar en La Rioja son extranjeras, y entre ellas, un 62% tiene nacionalidad de alguno de los países de la Unión Europea. En España las personas sin hogar extranjeras representan un menor porcentaje, concretamente el 46%. (Fuente: Encuesta de personas sin hogar 2012: INE)

- **Composición de los hogares** (monoparentales, número de hijos, sobrecarga familiar).

Si atendemos a la nacionalidad materna, observamos que aproximadamente uno de cada cuatro niños nacidos en La Rioja en 2012 eran hijos de madre extranjera (26,5%) mientras que en España dicha proporción está en torno a dos de cada diez neonatos (19,2%).

En relación al estado civil de la madre, el 32,3% de los nacidos fueron de madre no casada, porcentaje 6,6 puntos menor que la media nacional (38,9%).

En cuanto al número de hijos por mujer, información proporcionada por el Indicador Coyuntural de Fecundidad, el dato para La Rioja (1,4) fue ligeramente superior al nacional (1,3). La diferencia se encuentra en la edad media a la maternidad, dato que para La Rioja fue de 30,6 años, mientras que para España se quedó en 30,3 años. (Fuente: Indicadores Básicos de La Rioja 2014)

- **Producto interior bruto.**

En 2013 la economía riojana prosiguió con el proceso de ajuste, suavizado por los resultados obtenidos en el sector exterior, que contó con una tasa de cobertura del 141,8%, casi 50 puntos porcentuales más que la media nacional. No obstante no corrieron la misma suerte otros indicadores de actividad al experimentar cierto retroceso respecto a 2012. Es el caso del Producto Interior Bruto (PIB), con una disminución próxima a 2%, o del número de empresas, que volvió a recortarse ligeramente en el último año (-0,8%).

En concreto a tenor de los últimos datos reflejados en la contabilidad Regional de España que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2013 el sector Servicios lideró la actividad económica riojana al aportar el 52,8% al PIB regional a precios corrientes. Le siguió industria con un 26,6% y en tercer lugar construcción con un 7,0%. Las actividades primarias representaron el 4,8% del producto interior bruto frente al 2,4% que supone en España. No obstante, si lo comparamos con datos nacionales, la mayor diferencia positiva es para Industria, con un peso superior en 10,7 puntos porcentuales.

La Contabilidad Regional correspondiente a 2013 revela que el PIB descendió en todas las regiones. Para La Rioja, la contracción se situó en el -1,8% frente al -1,2% nacional. (Fuente: Indicadores Básicos de La Rioja 2014)

- **Trabajo y condiciones laborales.** (Población activa por sectores de actividad; Tasa de desempleo; Condiciones laborales).

En 2013 el mercado laboral no acabó de reponerse, si bien ciertos indicadores se comportaron mejor en La Rioja que en la media nacional.

Es el caso de la tasa de paro, que se situó en el 20,0%, más de seis puntos por debajo de España.

Por sexos, destaca la tasa de paro masculino que, con el 19,2%, es 6,4 puntos porcentuales inferior a la media nacional. Esta diferencia se reduce a 5,7 puntos en el caso de las mujeres, cuyo indicador alcanzó el 21,0%. En este sentido, cabe añadir que el paro castigó en mayor grado al colectivo femenino.

De los ocupados en La Rioja, el grupo comprendido entre los 25 y 54 años fue el más numeroso. En relación al año precedente, el número de ocupados disminuyó

en los grupos de edad intermedia, mientras que aumentó entre los más jóvenes (de 16 a 19 años) y los mayores (55 y más años).

En términos absolutos, en 2013 el número medio de parados registrados en el Servicio Riojano de Empleo fue de 27.444. Teniendo en cuenta los sectores de actividad, destaca que algo más de la mitad pertenecía al sector Servicios (14.580) y aproximadamente la quinta parte era de la Industria (5.408). Si comparamos estos datos con los de España, el peso de los parados sobre el total fue mayor en el sector industrial y en Agricultura. (Fuente: Indicadores Básicos de La Rioja 2014)

C. 8. 3. Desigualdades

Se analizan dos aspectos a tener en cuenta, entre otros, como motivos de desigualdad en la población de la Rioja:

- **Riesgo de pobreza o exclusión social.**

Se observa una tendencia ascendente en el porcentaje de población en riesgo de pobreza tanto en España como en La Rioja. En el año 2011 dicho porcentaje inicia una tendencia descendente siendo en 2013 de 22,2%, 5 puntos por debajo de la media nacional. (Tabla 3-17)

TABLA 3-17. Porcentaje de población en riesgo de pobreza o exclusión social.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
España	24,5	24,5	26,7	27,7	28,2	27,3
La Rioja	24	24,1	27,5	29,1	22,8	22,2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat. Fecha de extracción de los datos 14.07.2014.

El indicador AROPE de riesgo de pobreza o exclusión social es un indicador agregado que combina tres conceptos: el riesgo de pobreza, la carencia material y la baja intensidad en el empleo.

En la Rioja, en 2013 hay un 22,2% de personas con riesgo de pobreza o exclusión social, ligeramente menor que en 2012 (22,6%) y casi cuatro puntos por debajo de la cifra de 2011(26,1%).

TABLA 3-18. Condiciones de vida. Pobreza e intensidad laboral.

	La Rioja			España		
	2013	2012	2011	2013	2012	2011
Riesgo de pobreza o exclusión (AROPE)	22,2	22,6	26,1	27,3	27,2	26,7
Riesgo de pobreza	19,3	16,8	20,6	20,4	20,8	20,6
Carencia de material severa	6,6	6,3	5,5	6,2	5,8	4,5
Baja intensidad laboral (*)	10,4	10,4	13,1	15,7	14,3	13,4

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Año 2013. INE. (*) Población de 0 a 59 años. Unidad: porcentaje.

La tasa de riesgo de pobreza es el porcentaje de personas que está por debajo del umbral de pobreza. Éste, se fija en el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas.

En el año 2013, el 19,3% de la población residente en La Rioja estaba por debajo del umbral de la pobreza relativa, medido éste sin considerar la posesión de la vivienda. Esta tasa está 1,1 puntos por debajo de la media nacional que se sitúa en el 20,4%.

- **Desigualdades salariales.**

Los trabajadores con contrato de duración determinada a nivel nacional en el año 2012 tuvieron un sueldo medio anual de 15.893,55 euros, un 34,5% inferior al de los empleados con contrato indefinido. Respecto a la nacionalidad, sólo los trabajadores con nacionalidad española superaron el salario anual medio. Atendiendo al crecimiento anual de la ganancia, Comunidad de Madrid y País Vasco fueron las únicas comunidades con tasas de variación positivas. En el resto la ganancia anual disminuyó, destacando Cantabria, La Rioja y Galicia con los mayores descensos. (Fuente: Encuesta Anual de Estructura Salarial año 2012).



D. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

D.1. COBERTURA DE VACUNACIONES

Entre 2008 y 2012 La Rioja ha mantenido siempre una buena cobertura de vacunación frente a la polio (primovacunación y de refuerzo), sarampión -rubeola-parotiditis (primovacunación y de refuerzo) siempre superior al 95% superando en algunos años el 98%. La cobertura de vacunación frente a la gripe en mayores de 65 años ha superado el 67% llegando en algunos años a casi el 73%. En ambos casos dichas coberturas han sido superiores a las registradas en el conjunto de España. (Tabla 4-1)

TABLA 4-1. Cobertura de vacunaciones. (Porcentaje)

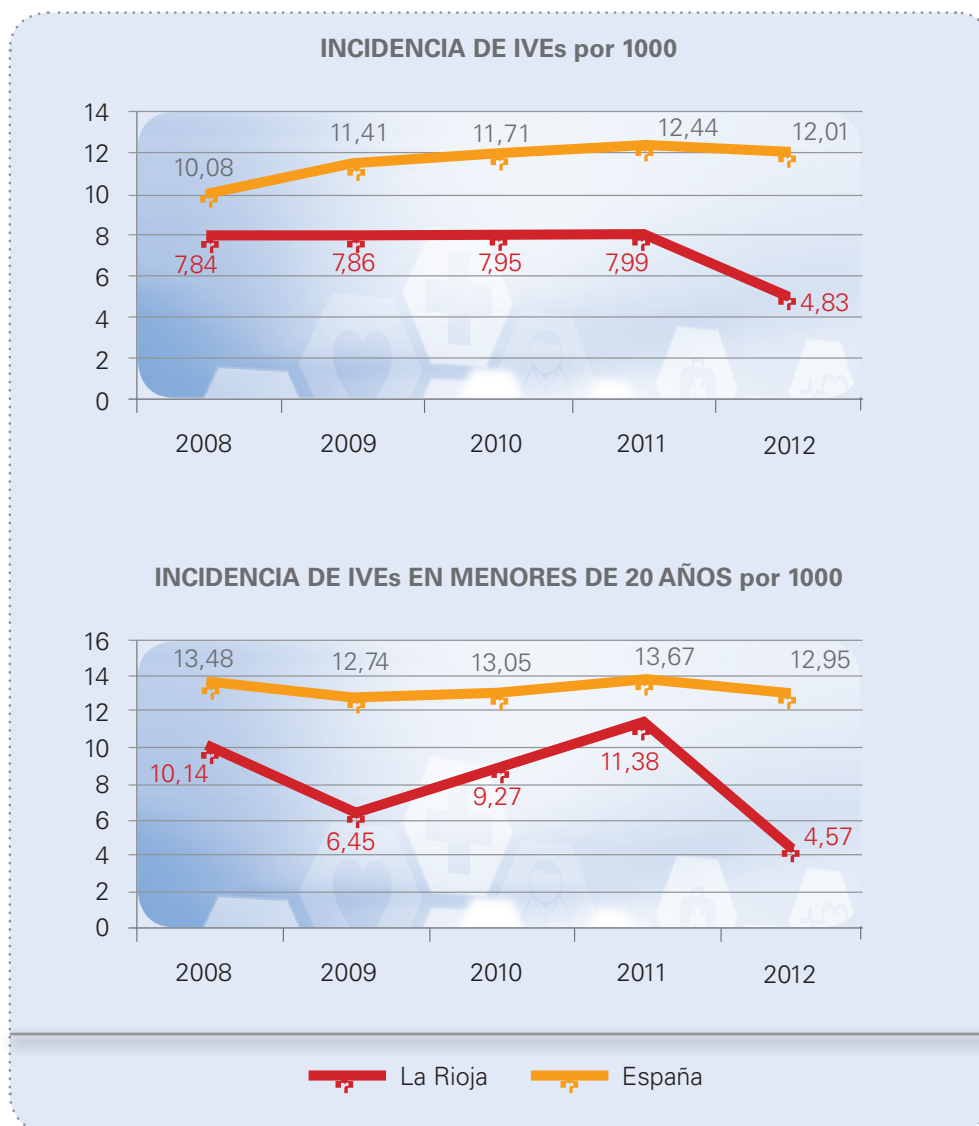
	2008	2009	2010	2011	2012
Personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe					
La Rioja	72	72,72	69,68	69,20	67,20
España	65,41	65,67	56,87	57,70	57
Vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años)					
La Rioja	98,10	98,11	98,48	98,10	98,30
España	96,71	95,88	96,56	97,10	96,30
Vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años)					
La Rioja	97,11	97,35	97,26	97,30	96,40
España	94,85	94,06	93,74	94,30	92,90
Vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años)					
La Rioja	97,81	97,75	98,14	97,80	97,50
España	97,65	97,42	95,52	96,80	97,10
Vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años)					
La Rioja	95,29	95,93	95,68	95,90	95,30
España	94,43	90,38	92,25	91,30	90,30

Fuente: INCLASNS Febrero 2014.

D.2. INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO (IVEs)

Entre 2008 y 2012 se ha registrado una evolución a la baja en la incidencia de los IVEs/1000 y en la incidencia de las IVEs en menores de 20 años/1000. En ambos casos los valores siempre han sido inferiores a los registrados para España. En La Rioja, los valores registrados para los nacidos de madres menores de 20 años por cada 100 nacimientos han sido inferiores a los registrados para el conjunto del país, salvo en 2008 y 2010. (Figura 4- 1)

FIGURA 4-1. Incidencia de IVEs en España y La Rioja.



Fuente: INCLASNS, Febrero 2014.

D.3. MAMOGRAFÍAS

Según datos del INCLASNS actualizado a febrero 2014, el porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada en La Rioja era de 86,78 % en 2009 superando al del conjunto del país (71,99%). En 2011 el porcentaje registrado cae hasta 69,69% (caída de casi 18 puntos respecto a 2009) quedándose 7 puntos por debajo del valor registrado para España (77,05%). En 2012 y 2013 el citado porcentaje en La Rioja vuelve a subir hasta alcanzar el 81,01%. Hay que señalar que desde febrero 2013, las usuarias sin tarjeta sanitaria quedan excluidas del Programa de Detección de Cáncer de Mama.

D.4. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

Los datos remitidos desde el Servicio Riojano de Salud a finales de octubre 2014 indican que la participación en el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal en la población de 50-74 años es del 42%.



E. SISTEMA SANITARIO

E.1 ORDENACIÓN TERRITORIAL

El Decreto 121/2007, de 5 de octubre, organiza el Sistema Público de Salud de La Rioja en una demarcación territorial, denominada Área de Salud Única de La Rioja, que comprende la totalidad del ámbito territorial de la misma.

La última actualización del Mapa Sanitario de La Rioja (Orden 6/2013, de 28 de octubre, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales) constituye la Zona Básica de Salud como el marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, con capacidad para proporcionar una asistencia continuada, integral, permanente y accesible. El Área Única de Salud comprende 20 Zonas Básicas de Salud. En 2013, se crea la nueva Zona Básica de La Guindalera (Código 20), en la zona sur de Logroño, donde se ha registrado la mayor expansión demográfica y cuyo Centro de Salud se pone en marcha en noviembre de ese mismo año.

En Logroño, se agrupan las Zonas Básicas de la capital, para prestar la Atención Continuada de manera que se consiga una organización funcional más eficiente; la prestación de esta atención se realiza en el Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales (CARPA). (Tabla 5-1)

TABLA 5-1. Zonas Básicas de Salud. La Rioja. Año 2014.

Cervera. (Código 01)	
Alfaro. (Código 02)	
Calahorra. (Código 03)	
Arnedo. (Código 04)	
Murillo. (Código 05)	
San Román. (Código 06)	
Alberite. (Código 07)	
Torrecilla. (Código 08)	
Navarrete. (Código 09)	
Nájera. (Código 10)	
Santo Domingo. (Código 11)	
Haro. (Código 12)	
	LOGROÑO:
	Rodríguez Paterna. (Código 13)
	Joaquín Elizalde. (Código 14)
	Espartero. (Código 15)
	Labradores. (Código 16)
	Gonzalo de Berceo. (Código 17)
	Siete Infantes. (Código 18)
	Cascajos. (Código 19)
	La Guindalera. (Código 20)

Fuente: Elaboración propia. (Orden 6/2013, de 28 de octubre, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales).

E.2 ORDENACIÓN FUNCIONAL

La Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja organiza funcionalmente la asistencia sanitaria en dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada. Participando de ambos niveles de atención, se presta la atención a las urgencias y emergencias sanitarias, y a la Salud Mental y drogodependencias.

Los puntos de referencia básicos en los que se desarrolla la actividad de urgencias son los Puntos de Atención Continuada en coordinación con los Centros Hospitalarios y los Servicios de Urgencias y Emergencias, en su caso.

También hace referencia a la Atención Sociosanitaria que se desarrolla con el Decreto 24/2004, de 16 de abril, sobre centros sociosanitarios de convalecencia.

E.3. ACCESIBILIDAD

E.3.1 Accesibilidad geográfica.

Se modifica el Mapa sanitario de Logroño: se crea la Zona Básica de Salud Logroño La Guindalera y se establece una nueva delimitación de las zonas afectadas.

E.3.2. Accesibilidad a la información.

- En nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario, La Rioja es la primera comunidad en la que los usuarios pueden acceder a su historia clínica.
- Se crea el servicio presencial “Salud Responde”, hasta entonces es un servicio telefónico. A través de “Salud Responde”, los ciudadanos pueden consultar, entre otras, las siguientes cuestiones:
 - Información sobre centros y servicios del sistema público de salud de La Rioja.
 - Consultas sobre Tarjeta Sanitaria: obtención, pérdida, renovación.
 - Programas sanitarios.

- Información sobre la Ley 16/2012.
- Atención a quejas y reclamaciones de los pacientes.
- Se unifica el teléfono único Telecita, para facilitar la accesibilidad del ciudadano a la atención sanitaria, permitiéndole además evitar esperas innecesarias en los centros de salud. De esta forma, los ciudadanos pueden solicitar cita para las consultas externas del Hospital San Pedro, del Hospital de La Rioja y del CARPA marcando el mismo número de teléfono.
- La accesibilidad de los usuarios al sistema también ha mejorado gracias a un nuevo canal de cita previa mediante una app para móviles, que se suma a los existentes, teléfono, teleoperación e Internet.

E.3.3. Valoración de la accesibilidad

Se incluyen las valoraciones de los riojanos recogidas en el Barómetro Sanitario. Calificación en una escala de 1 a 10, en la que 1 significa que se valora como 'no facilitan ninguna información' y 10 que se valora como 'facilitan mucha información'.

TABLA 5-2. Valoración media que hacen los ciudadanos tomando en consideración la:

Cercanía de los Centros Asistenciales de Atención Primaria.	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	7,66	8,50	8,15	7,95	7,63
Total nacional	7,74	7,85	8,06	8,09	8,09
Facilidad para conseguir cita para ir a la consulta.	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	6,84	7,35	7,09	7,52	7,96
Total nacional	6,51	6,89	7,06	7,13	7,41
Horario de atención que tienen las consultas	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	7,21	7,67	7,40	7,42	7,23
Total nacional	7,18	7,35	7,57	7,59	7,54
Tiempo dedicado por el médico a cada paciente	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	6,47	7,17	7,20	7,42	7,75
Total nacional	6,58	6,76	6,98	7,00	7,14
Confianza y seguridad que les transmite el médico	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	7,17	7,76	7,98	8,09	7,78
Total nacional	7,40	7,54	7,77	7,80	7,89
Tiempo de espera hasta entrar en consulta	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	5,80	6,15	5,57	6,43	6,76
Total nacional	5,56	5,79	5,93	5,96	6,18
Equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros de salud	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	6,78	7,38	7,12	6,99	6,86
Total nacional	6,66	6,87	6,92	6,99	6,96
Cuando lo necesitan, el médico de familia les envía a un médico especialista	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	7,39	7,96	7,46	7,87	--
Total nacional	7,19	7,26	7,39	7,41	--
Tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	6,27	7,09	6,67	7,01	7,55
Total nacional	6,18	6,44	6,54	6,63	6,79
Tiempo que se tarda en hacer pruebas diagnósticas	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	5,28	6,12	5,96	6,26	6,79
Total nacional	5,24	5,45	5,66	5,73	5,86

Fuente: Barómetro Sanitario 2013.

E.3.4. Igualdad en la prestación de servicios sanitarios

TABLA 5-3. Proporción de ciudadanos que consideran que la sanidad pública presta los mismos servicios a todas las personas con independencia de

La Comunidad Autónoma en la que se resida	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	41,60	53,63	53,65	53,60	51,94
Total nacional	42,00	43,82	44,66	42,81	40,21
que se viva en una zona rural o en una ciudad	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	36,20	53,75	54,03	53,63	50,96
Total nacional	44,80	46,27	48,58	48,26	44,57
Que se sea joven o anciano	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	76,10	64,80	78,77	74,40	84,30
Total nacional	72,70	73,22	73,58	73,33	71,50
Que se tenga un nivel social o económico alto o bajo	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	69,40	57,85	72,65	65,28	70,65
Total nacional	70,10	70,87	72,57	71,01	69,42
Que se sea hombre o mujer	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	88,60	69,63	90,93	86,23	92,26
Total nacional	87,10	87,70	88,02	88,35	87,87
Que se sea español o extranjero	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	63,90	57,76	74,20	62,10	68,46
Total nacional	62,60	64,46	67,05	63,81	60,33
Que se resida o no de forma legal	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	51,00	44,95	71,56	59,46	52,50
Total nacional	6,66	6,87	6,92	6,99	6,96
Total nacional	5,24	5,45	5,66	5,73	5,86

Fuente: Barómetro Sanitario 2013.

E.3.5. Información que facilitan los servicios sanitarios públicos.

Calificación en una escala de 1 a 10, en la que 1 significa que se valora como 'no facilitan ninguna información' y 10 que se valora como 'facilitan mucha información'.

Se muestra en la tabla siguiente los ítems con una puntuación superior a 5 e inferior a 5. (Tabla 5-4)

TABLA 5-4. Valoración de los ciudadanos sobre la información que facilitan las Administraciones Sanitarias.

Puntuación por encima de 5					
Sobre los servicios que prestan	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	5,61	5,83	5,16	5,64	5,28
Total nacional	4,98	5,07	5,07	5,11	5,09
Acerca de sus derechos, y sobre cómo y dónde pueden presentar reclamaciones.	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	6,21	6,35	6,18	6,55	6,10
Total nacional	5,55	5,61	5,58	5,62	5,42
Sobre los trámites para acudir a la consulta de un médico especialista o ingresar en un hospital	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	5,61	5,84	5,10	5,59	--
Total nacional	5,18	5,20	5,17	5,26	--
Sobre hábitos de vida saludables	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	--	--	--	6,38	--
Total nacional	--	--	--	5,95	--
Sobre los costes del funcionamiento y el buen uso de los servicios sanitarios	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	--	--	--	5,33	5,03
Total nacional	--	--	--	4,93	4,53
Se suspende					
Sobre las campañas acerca de los principales problemas de salud de la población	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	5,12	5,07	4,88	5,02	3,79
Total nacional	4,48	4,58	4,59	4,62	4,25
Sobre las medidas y leyes que adoptan las autoridades sanitarias	2009	2010	2011	2012	2013
Rioja (La)	4,95	5,31	4,24	4,97	3,64
Total nacional	4,30	4,40	4,43	4,40	4,22

Fuente: Barómetro Sanitario 2013.

E.4. RECURSOS FÍSICOS

TABLA 5-5. Actuaciones realizadas en el periodo 2009-2013.

Actuaciones	
2009	- Inicio de actividad del Centro de Salud Mental de Albelda, en el que se invirtieron 13,5 millones de euros, y que sustituían al obsoleto Hospital Psiquiátrico.
2010	- Centralización de las urgencias en el CARPA para las ZBS de Logroño.
2011	- Inicio de las obras de construcción de un nuevo Centro de Salud en Logroño, La Guindalera y la reforma integral del Centro de Salud de Cervera del Río Alhama. - Adquisición de un TAC Helicoidal de 16 cortes, para llevar a cabo estudios del colon mínimamente invasivos, con prestaciones adicionales como Sistema CAD para nódulos de pulmón y pólipos de colon.
2013	- Apertura del nuevo Centro de Salud de la Guindalera, con una inversión que ronda los 5 millones de euros.

Fuente: *Memorias Servicio Riojano de Salud, 2009-2013.*

Constituyen recursos del Sistema Sanitario de La Rioja tanto los centros del sistema sanitario público como la red sanitaria de titularidad privada.

En Atención Primaria, hay en funcionamiento 20 Centros de Salud. Existen 169 consultorios rurales, de los que 101 corresponden a consultorios auxiliares. (Tabla 5-6 y 5-7)

TABLA 5-6. Recursos sanitarios Atención Primaria a 31/12/2013.

Atención Primaria	Nº
Centros de Salud	20
Consultorios Locales	68
Consultorios Auxiliares	101
Puntos de Atención Continuada	17
Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP)	1

Fuente: *Servicio Riojano de Salud.*

TABLA 5-7. Número de médicos de familia por tramos de TIS asignadas a 31/12/2013.

		TIS asignadas				
		< 500	501-1.000	1.001-1.500	1.501-2.000	>2.000
2012	Medicina de familia	13	35	96	70	
	Pediatría	11	13	12	5	2
2013	Medicina de familia	13	35	109	57	

Fuente: *Dirección de Servicios Centrales y Recursos Humanos. Servicio Riojano de Salud.*

En cuanto a los recursos hospitalarios a 31 de diciembre de 2013, el Servicio Riojano de Salud (SRS) dispone de 717 camas instaladas de un total de 1.034, lo que representa el 69,34 % de las camas de hospitalización general junto con las de psiquiatría. (Tabla 5-8). La dotación de equipos de alta tecnología se concentran fundamentalmente en el Hospital San Pedro. (Tabla 5-9)

TABLA 5-8. Recursos sanitarios Atención Especializada a 31/12/2013.

Recursos	Camas instaladas	Tipo	Financiación
Hospital San Pedro.	522	General	Público (SRS)
Hospital General de La Rioja	55	General	Público (SRS)
Centro Asistencial Albelda de Iregua	140	Psiquiátrico	Público (SRS)
Fundación Hospital Calahorra	90	General	Público concertado
Clínica Los Manzanos	50	Médico- Quirúrgico	Privado no benéfico / concierto
Centros Sociosanitario convalecencia Nuestra Señora Virgen del Carmen	75	General	Gestión Privada concertado
Policlínico Riojano Nuestra Señora de Valvanera S.A.	76	General	Privado concertado
Centros Sociosanitario de convalecencia Los Jazmines	26	Geriatría / larga estancia	Gestión Privada concertado
Centro de investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR) -Fundación Rioja Salud-	-	Investigación y tratamiento oncológico	Privado sin ánimo lucro / concertado
Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales (CARPA)	-	Centro de diagnóstico	Público (SRS)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Servicio Riojano de Salud.

TABLA 5-9. Equipos de Alta Tecnología en La Rioja.

	31/12/2011	31/12/2012
Tomografía Axial Computerizada	5	5
Resonancia Magnética	3	3
Gamma cámara	2	2
Sala de Hemodinámica	2	2
Angiografía por Sustracción Digital	1	1
Litotricia Extracorporea por Ondas de Choque	1	1
Acelerador de Partículas	2	2
Tomografía por emisión de fotones	2	2
Tomografía por emisión de positrones	1	1
Mamógrafo	4	5
Densitómetros Óseos	4	3
Equipos de Hemodiálisis	38	42

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2012 y 2013.

E.5. RECURSOS HUMANOS

TABLA 5-10. Actuaciones realizadas periodo 2009-2013.

Actuaciones	
2011	<ul style="list-style-type: none"> - Se alcanza el cupo óptimo de pacientes por médico de familia, establecido en torno a las 1.500 TIS. - Disposición adicional tercera de la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas para el año 2012 sobre Integración de las áreas asistenciales de Fundación Rioja Salud en el Servicio Riojano de Salud. - Se constituye el observatorio riojano para la prevención de agresiones a los profesionales del Servicio Riojano de Salud.
2012	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto 63/2012, de 26 octubre, por el que se aprueba la relación de puestos de trabajo de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Servicio Riojano de Salud (BOR 31/10/2012), que hace efectiva la integración funcional de las áreas asistenciales de Fundación Rioja Salud en el Servicio Riojano de Salud. - II Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Riojano de Salud 2009-2011 aprobado el 13 de julio de 2009, prorrogado mediante Resolución de 28 de diciembre de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2012 y ampliado mediante Resolución de 23 de febrero de 2012 (BOR 29/02/12). - III Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Riojano de Salud en materia de jubilación Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Riojano de Salud n y prórroga en el servicio activo (2013-2015). Que concluye que en la vigencia del presente Plan no es necesario prolongar la permanencia en el servicio activo a los profesionales que han cumplido la edad de jubilación forzosa que corresponda, y que voluntariamente lo soliciten, la permanencia en el servicio activo prevista en el artículo 26.2 del Estatuto Marco.
2013	<ul style="list-style-type: none"> - IV Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Riojano de Salud para reasignar efectivos de varias Zonas Básicas de Salud de Logroño y de la Zona Básica de Salud de Alberite.

Fuente: Memorias Servicio Riojano de Salud, 2009-2013 y web de riojasalud.es/recursos.

Plantilla total

A 31 de diciembre de 2013 el personal en el SRS es de 3.750 personas, de las que el 21,7% prestaron servicio en el ámbito de Atención Primaria, el 72,4% en Asistencia Especializada, el 1,9% Urgencias y emergencias 061 y el 3,1% en Salud Mental. (Tabla 5-11)

Por estamentos profesionales, el personal sanitario facultativo representa el 24,37% del total, el personal sanitario no facultativo el 52,08%. El personal no sanitario representa el 23,01%.

TABLA 5-11. Recursos Humanos. Servicio Riojano de Salud, 2013.

	Total
Atención primaria	813
Atención especializada	2.714
Urgencias y emergencias 061	72
Centro salud Mental de Albelda	117
Servicios del área de salud	34
Total	3.750

Fuente: Dirección de Servicios Centrales y Recursos Humanos. Servicio Riojano de Salud.

E.5.1 Recursos Humanos Atención Primaria

El 74,3% del total de la plantilla son mujeres. En todos los estamentos del personal hay un predominio de las mujeres sobre los hombres, salvo en Medicina familiar y comunitaria. Más de la mitad de los trabajadores tienen más de 50 años (58,8%). (Tabla 5-12)

TABLA 5-12. Recursos Humanos en Atención Primaria a 31/12/2013.

	Edad				
	Hombres	Mujeres	<30 años	30-50 años	>50 años
Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)	142	133		105	170
Pediatría	9	27	2	17	17
Enfermería	28	253	8	111	162
Psicología Clínica	1	8		2	7
Matronas	1	12		2	11
Otros profesionales sanitarios	11	60	3	29	39
Celadores	12	32	1	16	27
Otros profesionales no sanitarios	5	79	1	38	45
Total	209	604	15	320	478

Fuente: Dirección de Servicios Centrales y Recursos Humanos. Servicio Riojano de Salud.

Evolución temporal

De la serie temporal de los indicadores de recursos obtenidos del conjunto de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, último año disponible 2012, se deduce una clara supremacía de las mujeres en enfermería y auxiliar administrativo con porcentaje superiores al 90%, siendo del 100% en 2012. (Tablas 5-13 y 5-14) También para la pediatría el porcentaje de mujeres está en torno al 75% como para otro personal no sanitario. Solo en Medicina de familia el porcentaje de hombres es superior al de las mujeres que está por debajo del 50%.

TABLA 5-13. Evolución número de profesionales. La Rioja, 2009-2012.

Año	Médicos	Pediatras	Enfermería	Auxiliar administrativo	Personal no sanitario
2009	220	39	204	67	35
2010	226	44	225	72	106
2011	216	43	225	74	50
2012	214	43	212	66	45

Fuente: INCLASNS.

TABLA 5-14. Número y Porcentaje de recursos por sexo del profesional. La Rioja, 2009-2012.

	Medicina de Familia				Pediatría			
	Varón		Mujer		Varón		Mujer	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2009	131	59,55	89	40	12	30,77	27	69,23
2010	133	58,85	93	41,15	11	25	33	75
2011	132	61,11	84	38,89	12	27,91	31	72,09
2012	118	55,14	96	44,86	11	25,58	32	74,42

	Enfermería				Auxiliar administrativo				Otro personal no sanitario			
	Varón		Mujer		Varón		Mujer		Varón		Mujer	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2009	20	9,8	184	90,2	10	14,93	57	85,07	5	14,29	30	85,71
2010	17	7,56	208	92,44	4	5,56	68	94,44	17	16,04	89	83,96
2011	19	8,44	206	91,56	6	8,11	68	91,89	19	38	31	62
2012	--	--	212	100,	--	--	66	100,	13	28,89	32	71,11

Fuente: INCLASNS

Durante el periodo 2009-2013, desde el Servicio Riojano de Salud se han realizando actuaciones encaminadas a disminuir el número de población asignada por profesional. En la actualidad tiene mejores ratios que la media nacional para medicina, pediatría y enfermería y notablemente inferiores en auxiliar administrativo. (Tabla 5-15)

TABLA 5-15. Ratios: población por profesional. La Rioja, 2009-2013.

	Ratio Medicina familia		Ratio Pediatría		Ratio Enfermería		Ratio Auxiliar administrativo	
	La Rioja	España	La Rioja	España	La Rioja	España	La Rioja	España
2009	1.244	1.411	994	1.063	1.532	1.626	4.663	2.940
2010	1.189	1.398	892	1.037	1.368	1.606	4.276	3.045
2011	1.261	1.385	957	1.033	1.393	1.577	4.235	2.983
2012	1.246	1.356	979	1.032	1.457	1.557	4.679	2.934
2013	1.252	1.372	984	1.040	1.463	1.546	4.700	3.041

Fuente: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es>

E.5.2. Recursos Humanos Atención Especializada

El 82,1% del total de la plantilla son mujeres. En todos los estamentos del personal hay un predominio de las mujeres sobre los hombres, salvo en Medicina. Más de la mitad de los trabajadores tienen más de 50 años (54,6%). (Tablas 5-16, 5-17 y 5-18)

TABLA 5-16. Número de Profesionales en Atención Especializada a 31/12/2013.

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	<30 años	30-50 años	>50 años
Medicina	400	203	197	1	195	204
Enfermería	830	46	784	23	449	358
Auxiliar de enfermería	594	43	551		187	407
Farmacia	2		2			2
Matronas	26	1	25		18	8
Otro personal sanitario	127	13	114	13	101	13
Celadores	225	60	165		82	143
Personal no sanitario vinculado.	510	121	389	2	162	346
Total	2.714	487	2.227	39	1.194	1.481

Fuente: Dirección de Servicios Centrales y Recursos Humanos. Servicio Riojano de Salud. Datos 2013.

TABLA 5-17. Número de Profesionales en Atención de Urgencias a 31/12/2013.

Servicio de Urgencia de Atención Primaria (SUAP)	Nº
Médicos	17
Diplomado/a Universitario/a de Enfermería	14
Celadores	9
Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias Sanitarias	
	Ambos sexos
Médicos	17
Diplomado/a Universitario/a de Enfermería	14
Auxiliar Administrativo	1
Total	72

Fuente: Dirección de Servicios Centrales y Recursos Humanos. Servicio Riojano de Salud. Datos 2013.

TABLA 5-18. Número de Profesionales en Salud Mental a 31/12/2013.

Unidades Salud Mental					
		Psiquiatras	Psicólogos	D.U.E.	Otros
Rioja Alta		1	1	1	1 Auxiliar Clínica
Rioja Baja		3	1	2	
Logroño CS. 7 Infantes		3	1 y 1/3*	1	
Logroño CS. Espartero		4	4	4	1 Auxiliar Clínica 1 Auxiliar Adminis.
Unidades Específicas					
Unidad de Salud Mental Infanto – Juvenil (17 años)	1	2 y 1/3*	1		17
Hospitalización Crónicos					
	Camas	Psiquiatras	Psicólogos	D.U.E.	Otros
Unidad Crónicos Media Estancia	26	2	1*	8	1 TO** y Personal Auxiliar de Clínica
Unidad Crónicos Larga Estancia	110	1 Psiquiatras 1 Médico General	1	12	1 TO** + 1 AS*** y personal Auxiliar de Clínica
Unidad Rehabilitación			1*	1	1 TO**, 1 AS***, 3 Auxiliar de Clínica
Hospitalización de Agudos					
Unidad de Agudos	18	3	1	8	Personal auxiliar de Clínica
Hospital de Día Trastornos Conducta Alimentaria			1	1	

* Tiempo parcial; ** Terapeuta Ocupacional; *** Asistente Social.

Salud Mental. Servicio Riojano de Salud 2014.

En cuanto al ratio de personal por mil habitantes La Rioja está por debajo de la media de España en personal sanitario (médicos, enfermeras y matronas) y MIR, y por encima en auxiliar de enfermería y personal no sanitario. (Tabla 5-19)

TABLA 5-19. Indicadores personal vinculado. La Rioja 2012.

	Médicos por 1.000 habitantes	Enfermeras por 1.000 habitantes	Matronas por 1.000 habitantes	Auxiliares enferm por 1.000 hab	Personal no sanitario por 1.000 hab	MIR por 1.000 habitantes
La Rioja	1,7	2,99	0,36	2,47	2,80	0,32
España	1,81	3,08	0,39	2,42	2,83	0,46

Fuente: Estadística de centros de Atención Especializada Hospitales: Resultados año 2012.

E.6 NIVELES DE ATENCIÓN

Como se recoge en el apartado de Organización Funcional, la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja organiza funcionalmente la asistencia sanitaria en dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada.

Participando de ambos niveles de atención, se presta la atención a las urgencias y emergencias sanitarias, y a la Salud Mental y drogodependencias. Haciendo también referencia a la Atención Sociosanitaria.

A continuación se recogen las principales actuaciones realizadas en prestaciones asistenciales referidas al periodo de vigencia del II Plan de Salud así como la actividad.

E.6.1 Atención Primaria. Actuaciones y Actividad asistencial.

A continuación se recogen las actuaciones implementadas en Atención Primaria de la Rioja. (Tabla 5-20)

TABLA 5-20. Actuaciones realizadas en AP, periodo 2009-2014.

Actuaciones	
2009	- Inicio de la extensión del programa de Historia Única de La Rioja Selene a los centros de salud.
2010	- Extensión de la historia clínica electrónica a todos los centros de salud.
2011	- Culmina la implantación del aplicativo informático Selene AP en todos los Centros de Salud de La Rioja. - Extensión del programa de detección precoz de cáncer de colon, a nuevos Centros de Salud y nuevos tramos de edad.
2012	- Incorporación en el Centro de Salud y Especialidades de Haro de la Teleespirometría y el test del aliento. - Continúa la extensión del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon hasta los 64 años.
2013	- Integración de los electrocardiogramas en la historia clínica del paciente.
2014	- Receta electrónica. - Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja.

Fuente: Memorias Servicio Riojano de Salud, 2009-2013 y web riojasalud.es

Datos de actividad en Atención Primaria (AP)

Se presentan a continuación (Tabla 5-21) los datos de actividad a partir del año 2010, año en el que cambian los sistemas de registro en AP. En el periodo analizado 2010-2013 se observa que el total de consultas de AP han ido aumentando. La frecuentación a las consultas de Medicina Familia ha aumentado año tras año, pasando de un 5,24 en 2010 a 6,95 en 2013 (variación porcentual del 32,6%), no ocurre así en Pediatría en la que se ha mantenido en valores de 5,65 y 5,69 en 2012 y 2013 respectivamente. Estas cifras responden a una población cada vez más envejecida y con una baja natalidad.

Los últimos datos del SIAP del año 2012, la frecuentación media a medicina de AP ha sido de 5,31 visitas al año y en enfermería, la media se sitúa en 2,82 visitas por persona y año. En La Rioja los valores están por encima de la media, siendo en ese año de algo más de 6 para medicina y de 4 para enfermería.

TABLA 5-21. Evolución Actividad en Consultas de Atención Primaria.

Medicina Familia	2010	2011	2012	2013
Centro de Salud	1.416.611	1.651.789	1.790.026	1.827.497
Domicilio	22.924	22.643	27.852	27.150
Frecuentación	5,25	6,23	6,68	6,95
TOTAL	1.439.535	1.674.432	1.817.878	1.854.647
Pediatría				
Centro de Salud	222.550	234.428	231.335	239.583
Domicilio	143	10	26	19
Frecuentación	5,74	5,97	5,65	5,69
TOTAL	222.693	234.438	231.361	239.602
Enfermería				
Centro de Salud	874.709	1.107.452	1.183.499	1.243.916
Domicilio	63.514	61.629	78.668	77.873
Total	938.223	1.169.081	1.262.167	1.321.789

Fuente: Memorias Servicio Riojano de Salud, 2009-2013.

E.6.2 Atención Especializada. Actuaciones y Actividad asistencial e Indicadores

Se recoge en la siguiente tabla las actuaciones implementadas en Atención Especializada de la Rioja. (Tabla 5-22).

TABLA 5-22. Actuaciones realizadas periodo 2009-2014.

Actuaciones	
2009	<ul style="list-style-type: none"> - Primeros procedimientos de autotrasplante de precursores hematopoyéticos para el tratamiento de ciertos tumores hematológicos. - Convenio con la TSF y el Clínic de Barcelona para establecer un programa de extracción de tejidos en el Hospital San Pedro y el convenio de colaboración La Rioja-Cantabria en materia de donación de trasplante hepático, cardíaco y pulmonar. - Programa de recogida de sangre de cordón umbilical. - Puesta en marcha del tratamiento metabólico del cáncer de tiroides. - Incorporación de la técnica de fecundación in Vitro (FIV).

2010	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio del programa de detección precoz de cáncer de colon. - Ampliación de cobertura de la Unidad de Hospitalización a Domicilio a Haro y a Santo Domingo. - Inicio del programa 'Código Ictus', extra e intra hospitalario, para una actuación más eficiente en las urgencias derivadas de accidentes y casos de daño o infarto cerebral, - Nuevas especialidades MIR de Medicina Nuclear y Oncología Radioterápica - Unidad de Inmunología en el Área Clínica de Diagnóstico Biomédico del Hospital San Pedro. - Preparación de toda la organización para el inicio en La Rioja del Programa de Trasplante Renal.
2011	<ul style="list-style-type: none"> - Primer trasplante renal en el Hospital San Pedro el Área Clínica de Diagnóstico Biomédico incorporó una Unidad de Inmunología para dar - La Rioja se convierte en la primera Comunidad y el Hospital San Pedro en el primer centro hospitalario en unirse a la Red Nacional de Tejidos Pediátricos, constituida por cuatro centros catalanes, el Hospital Clinic, la Trasplant Services Foundation (TSF), el Hospital San Juan de Dios y la Organización Catalana de Trasplantes. - El Hospital San Pedro incorpora las técnicas de hemodinámica. Se incorpora como equipo tecnológico un sistema angiográfico digital para hemodinámica y cardiología intervencionista que permite la realización de técnicas tanto diagnósticas (coronariografías, angiografías, angioplastia, valvuloplastia), como terapéuticas (cardiología intervencionista e implantación de 'stents' coronarios)
2012	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de un nuevo tratamiento para la hepatitis C. - Extensión del control de anticoagulación oral mediante dispositivos portátiles en el Hospital San Pedro. - Ampliación de las pruebas de control a recién nacidos - Puesta en marcha de un nuevo servicio: unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial. Procedimientos realizados: extracción de cordales, otras piezas incluidas, drenaje de abscesos odontogénicos, y otras patologías. Procedimientos de cirugía oral (muelas del juicio, extracciones complicadas, quistes maxilares). De medicina oral (lesiones de la mucosa oral que necesiten de tratamiento médico o quirúrgico). Fracturas faciales en general (fracturas de mandíbula, maxilar...), Patología de las glándulas salivales y Cáncer oral o de la cavidad oral. - Nueva técnica para la exploración del colon con un estudio diagnóstico mínimamente invasivo, mediante la colonografía TAC, especialmente indicado para la detección de lesiones cancerosas y precancerosas. - En materia de donación y trasplante, se lleva a cabo la campaña "Donar puede dar vida" para fomentar la donación de médula ósea
2013	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de nuevas técnicas: <ul style="list-style-type: none"> o Elastografía hepática (indicada en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades hepáticas como hepatitis B, hepatitis C, hemocromatosis, hepatitis autoinmune y aquellas producidas por abuso de alcohol o por depósito de grasa, entre otras) o Lobectomía pulmonar, mediante toracoscopia (procedimiento mínimamente invasivo indicado en los estadios más precoces del cáncer de pulmón) o Cirugía Radioguiada en Endocrinología (mejorar la detección de los adenomas (tumores benignos) en las glándulas paratiroides.) - Donación y Trasplante: El Hospital alcanza la cifra de 100 donantes de órganos desde su apertura, en febrero de 2007. Y La Rioja se convierte en la comunidad autónoma con la mayor tasa de donación de órganos de España desde 2007.
2014	<ul style="list-style-type: none"> - Implantación del programa "Código Infarto" en Hospital San Pedro - Unidad de ictus - Incorporación la cromoendoscopia. técnica que mejora la calidad diagnóstica de la colonoscopias. - Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja.

Fuente: Memorias Servicio Riojano de Salud, 2009-2013 y web riojasalud.es

Datos de actividad en Atención Especializada (AE)

Los datos de actividad de asistencia e indicadores de funcionamiento se presentan en Tablas por los diferentes centros provisoros. (Tablas 5-23,5-24 y 5-25).

TABLA 5-23. Hospital San Pedro.

Hospital San Pedro				
Hospitalización	2010	2011	2012	2013
Ingresos programados	7.129	7.173	6.967	7.674
Ingresos urgentes	15.600	15.560	15.326	15.539
Total ingresos	22.729	22.733	22.293	23.213
Nº de estancias	154.590	149.023	147.976	146.994
Total altas	22.607	22.836	22.277	23.194
Urgencias	2010	2011	2012	2013
Total atendidas	93.125	98.318	95.263	96.675
Total ingresadas	16.253	16.266	16.119	16.348
No ingresadas	76.872	82.052	79.144	80.327
Exitus	70	44	77	40
Pacientes derivados a otros centros	106	104	96	81
Actividad consultas externas	2010	2011	2012	2013
Primeras visitas	179.724	193.339	185.089	187.319
Sucesivas	268.745	268.727	267.071	268.844
Totales	448.469	462.066	452.160	456.163
Intervenciones quirúrgicas	2010	2011	2012	2013
Total intervenciones programadas	17.729	17.334	17.260	18.325
Total intervenciones urgentes	1.908	1.916	1.788	1.680
Total intervenciones quirúrgicas	19.637	19.250	19.048	20.005
Cirugía Mayor Ambulatoria	7.768	7.540	7.537	7.857
Intervenciones suspendidas con ingreso	331	313	334	410
Intervenciones suspendidas ambulatorias	854	786	926	1.051
Total Intervenciones suspendidas	1.185	1.099	1.260	1.461
Indicadores funcionamiento	2010	2011	2012	2013
Estancia media bruta	6,84	6,53	6,64	6,34
Índice de ocupación (%)	83,63	81,01	81,94	81,62
Índice de rotación	44,88	45,11	45,18	47,05
Presión de urgencias (%)	69,20	68,83	69,57	67,83
Urgencias Ingresadas (%)	17,45	16,54	16,92	16,91
Media Urgencias/día	255,14	269,36	260,28	264,86
Relación consultas sucesivas/primeras	1,50	1,39	1,44	1,43
Porcentaje de actividad quirúrgica suspendida	6,68	6	7,30	7,97
Índice de mortalidad (%) sobre altas	3,54	3,43	3,60	3,38

Fuente: Elaboración propia con datos Memorias del Servicio Riojano de Salud.

TABLA 5-24. Fundación Hospital de Calahorra.

Fundación Hospital Calahorra				
Hospitalización	2010	2011	2012	2013
Ingresos programados	1.477		930	1.297
Ingresos urgentes	3.046		3.167	3.148
Total ingresos	4.523	4.407	4.630	4.445
Nº de estancias	19.957	19.327	21.168	20.575
Altas totales	4.520	4.409	4.643	4.428
Exitus	144	nd	145	162
Urgencias	2010	2011	2012	2013
Total atendidas	17.680	17.695	17.243	16.970
Total ingresadas	2.669	2.660	2.818	2.771
No ingresadas	15.011	15.035	14.425	14.199
Exitus	14	12	nd	10
Pacientes derivados a otros centros	580	558	514	304
Actividad consultas externas	2010	2011	2012	2013
Primeras visitas	50.769	49.972	47.744	48.359
Sucesivas	54.388	56.768	57.297	58.136
Totales	105.157	106.740	105.041	106.495
Intervenciones quirúrgicas	2010	2011	2012	2013
Total intervenciones programadas	4.107	3.929	3.640	3.756
Total intervenciones urgentes	711	664	698	609
Total intervenciones quirúrgicas	4.818	4.593	4.338	4.365
CMA	1.703	1.587	1.793	1.024
Intervenciones suspendidas	183	186	158	110
Indicadores funcionamiento	2010	2011	2012	2013
Estancia media bruta	4,41	4,39	4,3	4,65
Índice de ocupación (%)	60,75	58,83	64,44	61,19
Índice de rotación	50,2	48,99	51,59	49
Presión de urgencias (%)	59,01	60,36	60,86	62,34
Urgencias Ingresadas de las atendidas (%)	15,1	15,03	16,34	16,33
Relación consultas sucesivas/primeras	1,1	1,14	1,20	1,21
Porcentaje de actividad quirúrgica suspendida	4,5	4,7	4,3	2,9
Índice de mortalidad (%) sobre altas	3,19		3,12	3,66

Fuente: elaboración propia con datos Memorias y Cuadro de mandos de FHC.

TABLA 5-25. Fundación Rioja Salud.

Fundación Rioja Salud			
Medicina nuclear	2011	2012	2013
SPECT	243	433	450
SPECT CARDIACO	1.203	328	374
PET-CT	2.622	1.283	1.270
Resto pruebas diagnósticas	89	2.481	2.406
Tratamiento	16	63	60
Terapia metabólica		23	20
Cuidados paliativos	2011	2012	2013
Equipos domiciliarios			
Total pacientes	2.160	2.374	2.535
Estancias totales domicilio	46.098	50.636	54.493
Estancia media domicilio	20,86	21,39	21,49
Hospitalización			
Ingresos	405	395	429
Estancias totales (días)	10,47	3.467	3.655
Estancia media		8,77	8,51
Consultas externas			
Primeras	62	52	69
Sucesivas	1.637	1.733	1.721
Relación sucesivas primeras	27,50	33	23,6
Área psicología			
Total atendidos (enfermos y familiares)	3.010	3.313	3.307
Sesiones totales	1.699	2.662	2.690
Área trabajo social			
Casos totales		2.002	1.746
Radioterapia	2011	2012	2013
Total planificaciones	1.897	2.424	2.495
Sesiones acelerador	13.990	13.969	14.886
Radioterapia externa (fotones y electrones)	594	685	655
Braquiterapia (nº ptes)	73	86	74
Consultas			
Primeras	850	892	858
Sucesivas	1.998	1.879	1.818
Relación Sucesivas/Primeras	2,3	2,11	2,2
Unidad diagnostica de mama	2011	2012	2013
Diagnóstico por la imagen			
Estudios mamográficos	7.444	6.975	7.680
Estudios ecográficos	5.172	5.182	6.678
Unidad intervencionista			
Citologías	341	265	344
Biopsias	922	694	836
Programa de screening **			
Población diana	19.593	18.000	18.000
% Participación		85,73	87,43
Tasa canceres diagnosticados ($\geq 3,5$ ‰)			4,04

** período de dos años en que es citada toda la población diana.

Fuente: elaboración propia con datos de Fundación Rioja Salud.

Del Informe de Estadística de Centros de Atención Especializada Hospitales: Resultados año 2012 elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se recogen los Indicadores siguientes para el conjunto de la asistencia especializada en La Rioja. (Tablas 5-26; 5-27; 5-28; y 5-29)

TABLA 5-26. Indicadores de hospitalización según dependencia. Hospitales de agudos. Año 2012.

	Públicos-SNS				Privados			
	Estancia Media	Índice de Ocupación	Índice de Rotación	Mortalidad Intrahosp.	Estancia Media	Índice de Ocupación	Índice de Rotación	Mortalidad Intrahosp.
La Rioja	6,48	77,03%	43,39	4,38%	2,91	68,19%	85,54	0,93%
Total	6,70	77,25%	42,06	4,15%	3,93	61,71%	57,31	1,83%

TABLA 5-27. Indicadores de actividad de urgencias. Año 2012.

Total de Urgencias					
	Nº	Porcentaje SNS	Urgencias por 1.000 hab	Porcentaje Urgencias Ingresadas	Presión de urgencias (%)
La Rioja	131.951	85,26	424	15,01	47,78
Posición				2º con mayor	3ª con menor
Total	25.715.001	78,77	557	10,65	52,64

TABLA 5-28. Indicadores de actividad Quirúrgica. Año 2012

	Intervenciones (Total)			Intervenciones con Hospitalización		CMA		Tasa de ambulatorización (1)
	Nº	Intervenciones por 1.000 hab	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Públicos-SNS %
La Rioja	27.536	88,38	84,17	11.806	69,84	10.127	92,13	53,09
Posición							1ª con mayor	1ª con mayor
Total	4.743.182	102,75	71,57	2.099.129	67,98	1.444.804	74,17	42,89

TABLA 5-29. Indicadores de frecuentación. Año 2012.

	INGRESOS			ALTAS			ESTANCIAS		
	Nº	Frecuen- tación por 1.000 hab	% SNS	Nº	Frecuen- tación por 1.000 hab	% SNS	Nº	Frecuen- tación por 1.000 hab	% SNS
La Rioja	41.443	133,01	90,09	32.353	103,84	87,31	262.728	843,24	95,45
Total	5.201.714	112,68	77,21	5.166.953	111,93	77,23	39.431.642	854,18	81,64
	CONSULTAS TOTALES			ACTOS QUIRÚRGICOS			URGENCIAS		
	Nº	Frecuen- tación por 1.000 hab	% SNS	Nº	Frecuen- tación por 1.000 hab	% SNS	Nº	Frecuen- tación por 1.000 hab	% SNS
La Rioja	661.177	2.122,09	92,10	27.536	88,38	84,17	131.951	423,50	85,26
Total	88.615.831	1.919,62	85,05	4.743.182	102,75	71,57	25.715.001	557,05	78,77

E.7 ATENCIÓN A LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA.

La gestión del Teléfono Único de Emergencias Europeo 112 en La Rioja la realiza el Centro de Coordinación Operativa SOS Rioja Emergencias 112, dependiente de la Consejería de Administraciones Públicas y Hacienda.

La atención a la urgencia extrahospitalaria se presta a través de:

- Puntos de atención continuada (PAC)- Asistencia extrahospitalaria durante las 24 horas del día, atendidos por los Equipo de Atención Primaria (EAP) y complementados por el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en tres Zonas Básicas de Salud (ZBS) (Arnedo, Calahorra y ZBS de Logroño).
- 061.- Constituido por:
 - Centro coordinador (Logroño)
 - Unidades Móviles de Emergencias (UMEs): (3)

Se recoge a continuación actuaciones y evaluación de la actividad en la atención a la urgencia. (Tablas 5-30 y 5-31)

TABLA 5-30. Actuaciones realizadas en el periodo 2009-2013.

2013	Protocolo denominado Rayo 061: las unidades de soporte vital avanzado del 061 pueden compartir con las unidades hospitalarias la Historia Clínica del Paciente mientras éste estabilizado y trasladado al Hospital donde va a ser atendido.
------	---

Fuente: Memorias Servicio Riojano de Salud, 2009-2013.

TABLA 5-31. Evolución actividad 061. 2010-2013.

Centro Coordinador	2010	2011	2012	2013
Nº de intervenciones sanitarias atendidas	73.024	71.880	70.073	69.073
Nº de intervenciones demanda asistencial	54.635	54.653	59.024	52.352
Nº de intervenciones resueltas por teléfono	18.341	17.314	12.273	10.455
Activación de Recursos				
Movilización de recursos	36.294	37.339	24.785	24.373
SVA (recurso = UME)	2.789	2.693	2.759	2.842
Tiempo llegada de UME al lugar	nd	nd		
< 15 minutos			79%	78%
> 30 minutos			4%	6%
Convencional y SVB	33.505	34.646	21.487	21.066
Tiempo llegada al lugar	nd	nd		
< 15 minutos			69%	69%
> 30 minutos			7%	8%

Fuente: Memorias Servicio Riojano de Salud, 2009-2013. nd: no disponible.

E.8 SALUD MENTAL

En el año 2006 comienza a ejecutarse del Plan de Salud Mental de La Rioja con la definición de estructuras y el inicio de actividad del Centro de Conductas Adictivas situado en el Centro de Salud Espartero así como con el comienzo de las obras del Centro de Salud de Albelda, que sustituirá al Hospital Psiquiátrico Reina Sofía. En 2009 inicia su actividad el Centro de Salud Mental de Albelda.

E.8.1 Unidades de Salud Mental

Es un Servicio especializado adscrito al Centro de Salud de referencia que incluye a varias Zonas Básicas de Salud. Su función es asesorar y supervisar al Equipo de

Atención Primaria además de la Atención Especializada en el sector. En la Tabla 5-32 se informa de las Unidades de Salud Mental en la Comunidad Autónoma.

TABLA 5-32. Unidades de Salud Mental y Específicas.

Unidades Salud Mental
Rioja Alta
Rioja Baja
Logroño CS. 7 Infantes
Logroño CS. Espartero
Unidades Específicas
Unidad de Salud Mental Infanto – Juvenil (17 años)

E.8.2 Centro de Salud Mental

El Centro de Salud Mental es un dispositivo destinado a la atención en régimen de ingreso para pacientes con enfermedad mental severa y alta dependencia psiquiátrica. En el Centro están ingresados una media de 120 pacientes y un elevado porcentaje de éstos sufren graves discapacidades y requieren un abordaje rehabilitador con una actuación multidisciplinar que persigue la reinserción familiar y social.

En el Centro de Salud Mental se localizan las siguientes unidades:

- Unidad de larga estancia psiquiátrica, destinada a los enfermos mentales con objetivos terapéuticos, rehabilitadores e integradores.
- Unidad de minusválidos psíquicos, en la que se realiza asistencia en régimen de hospitalización a los pacientes crónicos de gran dependencia, con trastornos conductuales, que no son susceptibles de atención en otras estructuras asistenciales.
- Unidad asistencial psicogeriatrica, que atiende a pacientes de gerontopsiquiatría, enfermos mentales de tipo sociosanitario.

Se llevan a cabo técnicas y programas de psicoterapia grupal, de terapia ocupacional, atención psiquiátrica, psicológica, atención social, cuidados, fisioterapia y actividades lúdico-recreativas, entre otras.

TABLA 5-33. Salud Mental. Hospitalización Crónicos y Agudos.

Hospitalización crónicos
Larga Estancia psiquiátrica Minusválidos psíquicos Psicogeriatría
Hospitalización agudos
Unidad de Agudos Hospital de Día Trastornos Conducta Alimentaria

Fuente: Subdirección de Salud Mental. Servicio Riojano de Salud 2014.

E.9. ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Se viene constatando un incremento de la demanda de los servicios socio-sanitarios en la comunidad, por un lado, debido al envejecimiento de la población y al incremento de los procesos degenerativos y de discapacidad, por otro los cambios sociales (familiares y de conducta social).

La atención socio sanitaria en la Rioja se desarrolla con el Decreto 24/2004, de 16 de abril, sobre centros socio sanitarios de convalecencia. Tal como recoge el Decreto, la Rioja se distribuye en tres zonas geográficas y establece que en cada una de estas zonas geográficas se ubicará, al menos, un centro. En la actualidad los centros existentes son:

- Rioja Baja (agrupa las Zonas Básicas de Salud nº 1 a 4): Centro Socio sanitario convalecencia Nuestra Señora Virgen del Carmen, ubicado en Calahorra.
- Rioja Media (agrupa las Zonas Básicas de Salud nº 5 a 9 y las correspondientes a Logroño nº 13 a 20): Policlínico Riojano Nuestra Señora de Valvanera S.A., ubicado en Logroño.
- Rioja Alta (agrupa las Zonas Básicas de Salud nº 10 a 12): Centro Socio sanitario de convalecencia Los Jazmines, ubicado en Haro.

Así mismo recoge que el número de plazas en centros de convalecencia se establece en una cantidad comprendida entre el 10% y el 20% de las plazas hospitalarias para agudos de que disponga la Comunidad Autónoma de La Rioja. El número de plazas de convalecencia en 2013 es de 177 lo que representa un 28,9% de las camas de agudos instaladas (Hospital San Pedro y FHC).

TABLA 5-34. Evolución de la actividad de centros sociosanitarios 2010 a 2013.

	2010	2011	2012	2013
Clínica Valvanera (Logroño)				
Derivaciones	718	721	639	631
Hombres	346 (48,2%)	305 (42,3%)	286 (44,8%)	296 (46,9%)
Mujeres	372 (51,8%)	416 (57,7%)	353 (55,2%)	335 (53,1%)
Pluripatología	69,64%	531 (73,6%)	437 (68,5%)	417 (66,1%)
Demora media para ingreso (días)	0,69	0,78	1,2	1,38
Estancias (días)	26.002	26.245	26.825	26.678
Estancia media (días)	39,54	38,2	41,97	53,14
Ocupación (%)	94,98	95,87	97,72	97,45
Edad media (años)	79,92	80,08	78,41	79,06
Los Jazmines (Haro)				
Derivaciones	176	167	182	197
Hombres	96 (54,6%)	81 (48,5%)	95 (52%)	90 (45,7%)
Mujeres	80(45,5%)	86 (51,5%)	87 (48%)	107 (55,3%)
Pluripatología	69,9%	119 (71,3%)	122 (67%)	130 (65,9%)
Demora media para ingreso (días)	1,45	1,12	1,2	1,03
Estancias (días)	9.296	9.197	9.208	9.246
Estancia media (días)	59,77	64,18	50,59	53,40
Ocupación (%)	97,96	96,91	97,02	97,43
Edad media (años)	79,39	79,84	78,80	81,50
Virgen del Carmen (Calahorra)				
Derivaciones				336
Hombres				191 (56,9%)
Mujeres				145 (43,2%)
Pluripatología				244 (72,6%)
Demora media para ingreso (días)				Nd
Estancias (días)				18.794
Estancia media (días)				51,33
Ocupación (%)				73,06
Edad media (años)				76,19
Total derivaciones	894	888	821	1.164

Fuente: Memorias Servicio Riojano de Salud, 2009-2014. nd: no disponible.

E.10. LISTAS DE ESPERA

La norma que regula la demora quirúrgica en La Rioja es el Decreto 56/2008, de 10 de octubre. El Decreto indica que los pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del Sistema Público de Salud de La Rioja, recibirán esa atención en los siguientes plazos máximos:

- Cien días en el caso de los procedimientos quirúrgicos.
- Cuarenta y cinco días para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada.
- Treinta días para la realización de pruebas diagnósticas especializadas.

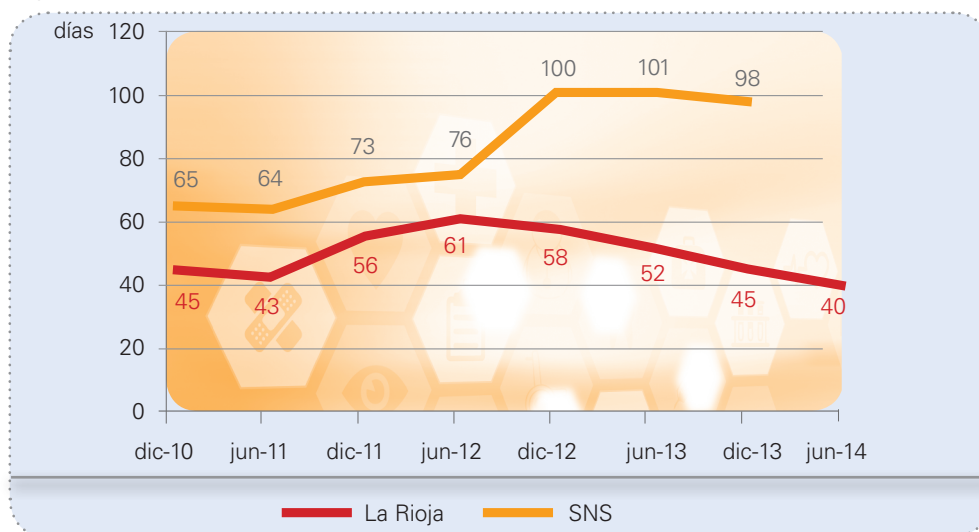
La norma establece que en el supuesto de que se supere el plazo máximo aplicable sin que el paciente haya sido atendido, y siempre que se acredite que se cumplen todos los requisitos establecidos, éste puede requerir asistencia en otro centro, propio o concertado, dentro del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de La Rioja, con cargo al Servicio Riojano de Salud.

E.10.1 Lista de Espera Quirúrgica

A cierre de 2013, la demora en el caso de La Rioja era de 45 días cuando en el resto del SNS este indicador ascendía a 98 días. Durante el año, el 86% de los intervenidos se operaron en los primeros tres meses; y a 31 de diciembre no había ningún paciente con esperas superiores a 100 días.

La evolución de la demora media quirúrgica en La Rioja es sensiblemente inferior al total del SNS en todo el periodo analizado. Desde junio de 2012 se ha ido rebajando el tiempo medio de espera quirúrgico, pasando de 52 días a 31 de diciembre de 2012 a los 45 días de 2013. (Figura 5-1 y Tabla 5-35)

FIGURA 5-1. Evolución Lista de Espera Quirúrgica 2010-2014. Tiempo medio de espera (días).



Fuente: Elaboración propia con datos de los Sistemas de Información del Sistema Público de Salud de La Rioja.

TABLA 5-35. Demora media quirúrgica a 31 de diciembre de 2013.

	La Rioja	SNS
Demora media quirúrgica	45	98
Demora Media por especialidades		
Cirugía general	46	95
Ginecología	45	61
Oftalmología	46	72
ORL	46	92
Traumatología	44	129
Urología	42	106
Cirugía Vasculat	44	103
Cirugía Plástica	37	133
Cirugía Torácica	8	102
Dermatología	48	49
Cirugía Cardíaca	24	75
Demora Media por Procesos		
Prótesis de Cadera	46	128
Juanetes	50	118
Varices	51	109
Hernia inguinal	44	88
Artroscopia	40	105

Fuente: *Sistemas de Información del Sistema Público de Salud de La Rioja.*

Según datos de los Sistemas de Información del Sistema Público de Salud de La Rioja, en los hospitales de La Rioja el tiempo medio para ser intervenido, a junio de 2014, se ha situado en 40 días (San Pedro, 41 días, y Fundación Hospital Calahorra, 35). Esta demora media quirúrgica de 40 días supone un descenso de prácticamente dos semanas respecto al mismo periodo del año pasado, que se encontraba en 52 días.

El número de pacientes en espera ha disminuido en casi un 10,5%, a 30 de junio de este año, respecto al mismo período de 2013. De los pacientes en espera, un 96% de los intervenidos son operados en los primeros tres meses; y no hay ningún paciente con esperas superiores a 100 días.

VALORACION: Según el último Barómetro Sanitario, en relación a la evolución de las listas de espera el 38,18% de la población riojana cree que los problemas de la

lista siguen igual, frente al 42% en 2012, casi un 26 % creen que han empeorado y únicamente el 8,8% de la población cree que las listas de espera han mejorado en el último año.

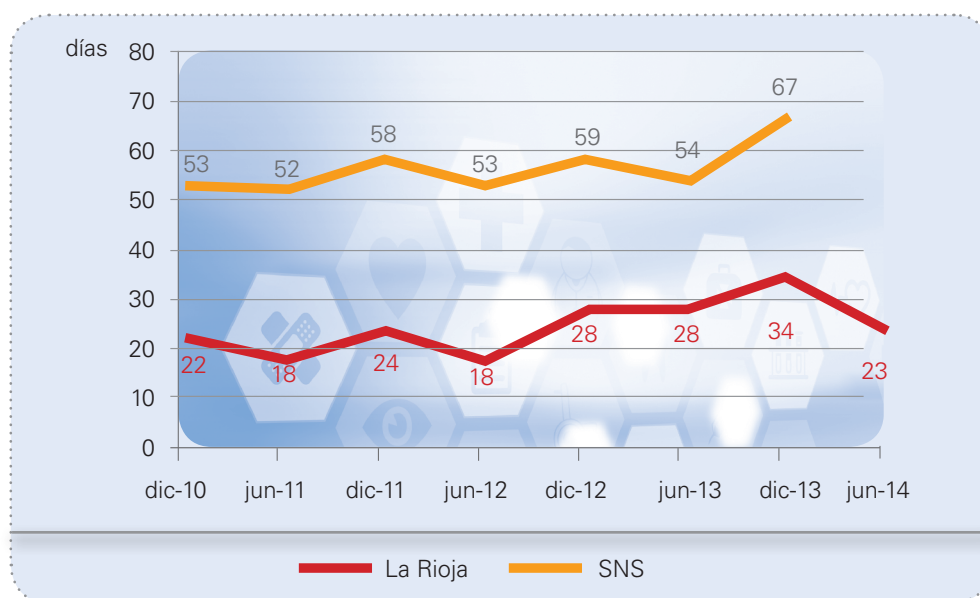
Un 44,2% de la población (porcentaje superior que en 2012) desconoce si se están llevando a cabo acciones destinadas para mejorar las listas, un 32% cree que no se está haciendo nada al respecto mientras que el 24,0% piensa que las autoridades están tomando medidas para mejorarlas.

E.10.2 Lista de Espera de Consultas Externas

A cierre de 2013, la demora en el caso de La Rioja era de 34 días cuando en el resto del SNS este indicador era el doble (67 días).

La evolución de la demora media de consultas externas en La Rioja es muy inferior al total del SNS en todo el periodo analizado. Desde junio de 2012 se ha ido aumentando el tiempo medio de espera a ser visitado en consulta externa, pasando de 28 días a 31 de diciembre de 2012 a los 34 días de 2013. (Figura 5-2 y Tabla 5-36)

FIGURA 5-2. Evolución Lista de Espera Consultas Externas, 2010-2013. Tiempo medio de espera (días).



Fuente: Elaboración propia con datos de los Sistemas de Información del Sistema Público de Salud de La Rioja,

A 31 de diciembre de 2013, por especialidades y por orden decreciente, oftalmología, traumatología, dermatología y cardiología son las especialidades con mayor volumen de pacientes en lista de espera para una primera consulta.

TABLA 5-36. Demora Media Consultas Externas (Datos a 31 de diciembre de 2013).

	La Rioja	SNS
Demora media consultas externas	34	67
Demora Media por especialidades		
Cirugía General	9	47
Ginecología	13	106
Oftalmología	49	78
ORL	12	42
Traumatología	38	78
Urología	27	64
Digestivo	17	69
Neurología	24	60
Dermatología	36	49
Cardiología	32	54

Fuente: *Sistemas de Información del Sistema Público de Salud de La Rioja.*

Según datos de los Sistemas de Información del Sistema Público de Salud de La Rioja, en los hospitales de La Rioja el tiempo medio para ser visto en una primera consulta, a junio de 2014, se ha situado en 23 días. Esta demora media supone un descenso de 5 días con respecto al mismo periodo del año pasado, que se encontraba en 28 días.

E.10.3 Lista de Espera de Pruebas Diagnósticas

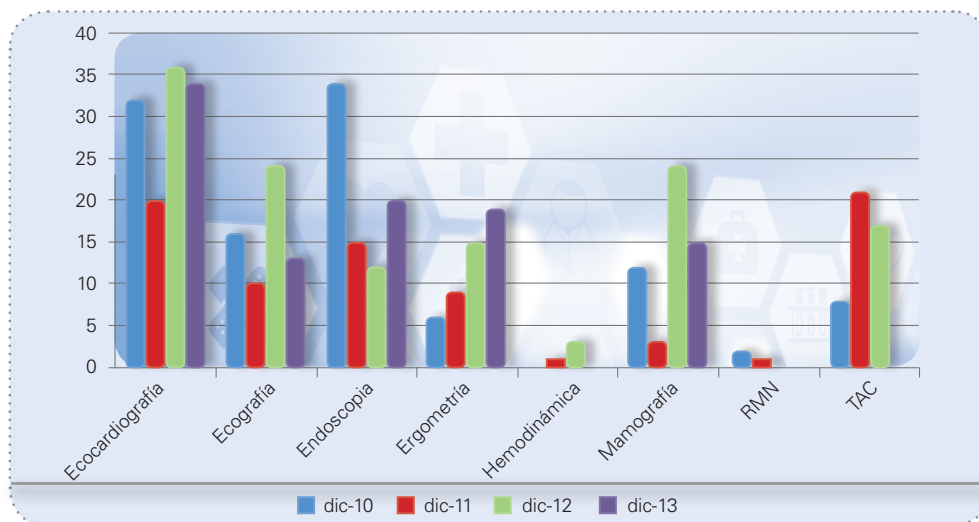
La prueba diagnóstica con un mayor tiempo de espera medio es la ecocardiografía con una espera superior a los 30 días a 31 de diciembre de 2012 y 2013. La endoscopia prácticamente ha duplicado su tiempo medio de 2012 a 2013. (Tabla 5-37 y Figura 5-3)

TABLA 5-37. Lista de espera en cada prueba diagnóstica.

	Dic 2010	Jun 2011	Dic 2011	Jun 2012	Dic 2012	Jun 2013	Dic 2013	Jun 2014
Ecocardiografía	32	31	20	27	36	16	34	18
Ecografía	16	11	10	11	24	6	13	14
Endoscopia	34	18	15	13	12	17	20	13
Ergometría	6	22	9	8	15	7	19	18
Hemodinámica			1	1	3	2		
Mamografía	12	6	3	12	24	24	15	21
RMN	2	1	1	1		2		
TAC	8	9	21	6	17			

Fuente: *Elaboración propia con datos de los Sistemas de Información del Sistema Público de Salud de La Rioja.*

FIGURA 5-3. Evolución Listas de Espera de pruebas diagnósticas, 2010-2013. Tiempo medio de espera (días).



Fuente: Elaboración propia con datos de los Sistemas de Información del Sistema Público de Salud de La Rioja.

E.11 PRESTACIONES Y CARTERA DE SERVICIOS

Las prestaciones y la cartera de servicios del Sistema Público de Salud de La Rioja está constituida por la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, cuyo contenido viene recogido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, desarrollado en la Orden SCO/33422/2007, de 21 de noviembre.

Se recoge la cartera de servicios del Hospital San Pedro, hospital de referencia de la Comunidad. (Tabla 5-38)

TABLA 5-38. Cartera de Servicios. Hospital San Pedro, año 2013.

Servicio		Hospital	Quirófano	C. Externas	Urgencias
Alergología				+	
Cardiología	Hemodinámica	+		+	+
Cirugía Vascul y Angiología		+	+	+	+
Cirugía General de Aparato Digestivo y Plástica		+	+	+	+
Cirugía Torácica		+	+	+	+
Dermatología			+	+	
Digestivo	Interconsultas online	+		+	+
Endocrinología		+		+	
Ginecología y Obstetricia		+	+	+	+
Hematología/Hemoterapia	Unidad de Citología y Citometría Trasplante de médula ósea	+		+	+
Geriatría		+		+	+
Hospitalización a Domicilio		+			
Enfermedades Infecciosas		+		+	+
Medicina Intensiva		+			
Medicina Interna	Unidad Lípidos	+		+	+
Nefrología	Diálisis Crónica CAPD-UTN	+		+	+
Neumología		+		+	+
Neurología		+		+	+
Obstetricia	Fecundación in vitro	+	+	+	+
Oftalmología	Terapia Fotodinamia	+	+	+	+
Oncología		+		+	+
Otorrinolaringología	Patología de la Voz	+	+	+	+
Pediatría y Neonatología		+		+	+
Psiquiatría		+	+	+	
Rehabilitación				+	
Reumatología		+		+	
Traumatología y Ortopedia		+	+	+	+
Unidad del Dolor				+	
Urgencias					+
Unidad de Corta Estancia		+			
Urología	Trasplante renal	+	+	+	+

	Servicios Centrales				Urgencias
Análisis Clínicos	Bioquímica				
	Microbiología				
	Genética				
	Hematología				
	Urgencias				+
	Virología				
Anatomía Patológica					
Anestesiología y Reanimación					+
	Analgesia obstétrica				+
Farmacia					+
Medicina Preventiva	Esterilización				+
Neurofisiología Clínica					+
Prevención de Riesgos Laborales					
Radiodiagnóstico	Radiología Intervencionista. y Terapéutica				+
Medicina Nuclear (FRS)					
Radioterapia Oncológica (FRS)					
Radiofísica Hospitalaria					
Unidades de apoyo					
Unidad de Admisión					
Unidad de Documentación Clínica					
Unidad de Atención al Paciente					
Unidad de Formación					
Unidad de Investigación					
Unidad de Docencia					
Informática					
Control de Gestión					
Otros Servicios					
Unidad de C.A.					
Onco-hematológico: Hospital Día					
Unidad de Extracción de órganos y trasplantes					
Infecciosos: Hospital Día					
Endoscopia (Digestivo)					
Endoscopia (Neumología)					
Estudios del Sueño					
Unidad de Hemofilia					
Docencia Residentes y Matronas					

Fuente: Memoria del Servicio Riojano de Salud. 2013

E.12. GASTO SANITARIO

El dinero destinado a Sanidad representa el 32,15% del presupuesto global de la Comunidad de La Rioja en el 2013, lo que ha supuesto un decremento del 2,95% sobre el presupuesto del 2012.

Conforme a la Ley de Presupuestos Generales de La Rioja, el gasto sanitario en 2013 ha sumado 393 millones de euros, un 5,88% menos que el realizado en 2012. De los 24,57 millones que supone este descenso, 6,98 corresponden a Gastos de personal, y 19,48 a Transferencias de capital. Bienes corrientes y Servicios por el contrario se ha incrementado en 3,38 millones. Respecto al total de presupuesto regional, de cada 10 euros, un poco más de 3 se han ido a parar al gasto sanitario, proporción ligeramente inferior a la contemplada en los años analizados. (Fuente: Indicadores Básicos de La Rioja 2013. Sanidad). (Tabla 5-39)

TABLA 5-39. Evolución del presupuesto inicial de gasto sanitario en La Rioja, 2009-2013.

	2009	2010	2011	2012	2013	%Var. 13/12
Operaciones corrientes						-5,56
Personal	198,16	197,97	183,55	182,96	175,98	-3,82
Bienes corrientes y servicios	101,26	108,79	104,78	105,6	108,98	3,2
Transferencias corrientes	138,28	136,3	130,81	126,2	106,73	-15,43
Operaciones de capital						-52,49
Inversiones reales	6,66	11,51	6,80	2,34	0,94	-59,82
Transferencias de capital	2,25	4,04	3,15	0,51	0,41	-18,66
Gasto sanitario total	446,6	458,6	429,08	417,61	393,04	-5,88
Presupuesto total	1.324,26	1.345,36	1.258,38	1.260,5	1.222,38	-3,02
% sobre el presupuesto total	33,72	34,09	34,10	33,13	32,15	-2,95

Fuente: Indicadores Básicos de La Rioja 2013. Sanidad. Unidades: millones euros.

Del presupuesto inicial para el SRS en 2014, podemos ver el peso que tiene en el gasto sanitario la asistencia sanitaria de los servicios de atención especializada que suponen un 77,8% del presupuesto; el gasto en los servicios primarios de salud, de un 22%. Para todo el periodo analizado el peso medio de la Atención Especializada ha sido de un 78,9% mientras que para la Atención Primaria este peso ha supuesto un 20,9%.

La evolución del presupuesto de 2011 a 2014 se recoge en la Tabla 5-40, donde se observa un descenso del presupuesto asignado para la Atención Especializada con respecto a 2011 de un 2,5%, media de descenso anual de 0,63%; para la Atención Primaria se ha aumentado el presupuesto en un 8,9% con respecto a 2011, media de aumento anual de un 2,23%.

TABLA 5-40. Evolución del presupuesto inicial del Servicio Riojano de Salud. Millones de euros.

	2011	2012	2013	2014
Complejo hospitalario y 061	194,034	193,372	186,337	186,645
Formación del personal sanitario	5,101	5,104	5,279	5,311
Centro asistencial de Albelda	6,256	5,539	5,034	5,199
Total Atención Especializada	205,391	204,015	196,65	197,155
% sobre presupuesto total	79,8%	79,6%	78,6%	77,8%
Atención Primaria, Centros de Salud	49,897	49,574	50,507	52,915
Formación del personal sanitario	2,061	1,972	2,458	2,835
Total Atención Primaria	51,958	51,546	52,965	55,75
% sobre presupuesto total	20,2%	20,1%	21,2%	22%
Gerencia. Dirección y servicios generales	No detallado	0,765	0,675	0,580
Total	257,349	256,326	250,290	253,485

Fuente: elaboración propia con datos Presupuestos Generales de La Rioja.

Del informe “Estadística de gasto sanitario público 2012: Principales resultados” elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad podemos destacar lo siguiente:

- A)** En el año 2012, La Rioja se encuentra ligeramente por encima de la media de Comunidades Autónomas en gasto per cápita destinado a Sanidad, ocupando la novena posición entre las distintas comunidades autónomas españolas y la decimotercera en porcentaje sobre el PIB. La Rioja es la comunidad con el gasto más bajo, en valores absolutos, junto con la Comunidad Foral de Navarra y Cantabria. En relación con el ejercicio anterior se observa un descenso en la tasa de variación interanual del gasto sanitario del 9,11 %. (Tabla 5-41)
- B)** En el año 2012 en el sector Comunidades Autónomas el gasto en asistencia sanitaria hospitalaria y especializada supuso el 61,9% del gasto consolidado del sector, y experimentó un descenso de un 2,1 por ciento respecto al

año anterior. En La Rioja este porcentaje es del 63,5%, por encima de la media y ocupa la quinta posición entre las distintas comunidades autónomas españolas. En relación con el ejercicio anterior se observa una tasa de variación interanual positiva del 3,59%. (Tabla 5-42)

- C)** En cuanto al gasto en farmacia, es ligeramente superior a la media de las comunidades un 17,3% frente al 17%, y se ha producido un descenso del gasto del 2,8% con respecto a 2011. (Tabla 5-42)

TABLA 5-41. Gasto sanitario consolidado La Rioja. Sector gasto por Comunidad Autónoma, 2011-2012.

	Millones de euros		Porcentaje sobre el PIB		Euros por habitante	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
La Rioja	461	419	5,7	5,3	1.428	1.296
Comunidades Autónomas (*)	62.169	59.092	5,9	5,8	1.322	1.255
España	67.689	64.150	6,4	6,2	1.434	1.357

(*) Tener en cuenta que un 7,9% del gasto sanitario público no se recoge territorializado en la estadística (año 2012) y un 4,2% (año 2011) lo que implica una infraestimación de los indicadores.

Fuente: elaboración propia con datos de Estadística de gasto sanitario público 2012: Principales resultados y Estadística de gasto sanitario público 2011: Principales resultados.

TABLA 5-42. Gasto sanitario público de servicios hospitalizados y especializados y farmacia. Porcentaje sobre el total de gasto consolidado, 2011-2012.

	Servicios Hospitalarios y especializados		Farmacia	
	2011	2012	2011	2012
La Rioja	61,3	63,5	17,8	17,3
Comunidades Autónomas	59,6 (52,3-69,8)	61,9 (55,3-69,8)	18,9 (14,4-23)	17 (13-22,3)

Fuente: elaboración propia con datos de Estadística de gasto sanitario público 2012: Principales resultados y Estadística de gasto sanitario público 2011: Principales resultados.

TABLA 5-43. Indicadores de Gasto, 2012.

	Total Compras y Gastos	Gasto por habitante	Gasto por Cama(*)	Gasto por Alta(*)	Gasto por Estancia (*)
La Rioja	262.044.702	841	160.584	4.561	562
Total	40.419.662.811	876	165.934	4.496	589

(*) Calculado con base a la estimación de gasto de hospitalización a partir del número de UPAS (Unidad Ponderada de actividad).

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada, 2012.

TABLA 5-44. Financiación de actividad asistencial, 2012.

	% de altas Financiadas por SNS	% de estancias Financiadas por el SNS	% Consultas Financiadas por el SNS	% CMA Financiadas por el SNS	% urgencias Financiadas por el SNS	% Hospital de día Financiadas por el SNS	% Hospit. A Domicilio Financiadas por el SNS
La Rioja	92,50	83,00	93,59	93,10	87,05	99,27	100,00
Total	80,40	88,08	85,76	80,86	77,78	94,63	97,32

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada, 2012.

E.13 ACTUACIONES DEL SISTEMA SANITARIO

E.13.1. Estrategias Nacionales de Salud

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Agencia de Calidad y dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud ha impulsado la elaboración de Estrategias en Salud” para las patologías más prevalentes y las que suponen una mayor carga asistencial, familiar, social y económica y están siendo objeto de especial atención en todos los países y por parte de los organismos internacionales. Dentro del mismo Plan de Calidad también se impulsa la Estrategia de Seguridad del Paciente y la línea estratégica de Salud y Género. La finalidad de estas herramientas es promover los principios de equidad y cohesión territorial para garantizar que todos tengan acceso, en las mismas condiciones, a las actuaciones y procedimientos efectivos para la mejora de la salud y de la calidad de vida, y sobre las que existe consenso a cerca de su eficiencia.

Los profesionales de la Administración Sanitaria de La Rioja han participado y participan en todas ellas, en su elaboración en unos casos y en todos los casos en su desarrollo e implementación.

E.13.2. Planes Integrales Vigentes

- III Plan Integral de Infancia 2011-2014.
- IV Plan Integral de la Mujer 2011-2014.

E.13.3. Programas de Detección Precoz

- Diagnóstico precoz y seguimiento de metabopatías.
- Programa de detección precoz de hipoacusia neonatal.
- Programa de detección precoz del cáncer de mama.
- Programa de detección precoz del cáncer de cérvix.
- Programa de detección precoz del cáncer de colon.
- Programa de salud bucodental en mujeres embarazadas.

E.13.4. Programas en la Infancia y Adolescencia

- Atención temprana.
- Programas de vacunación en la prevención de enfermedades transmisibles.
- Programa de revisiones del Niño Sano.
- Programa de Salud Bucodental (6 a 16 años).

E.13.5. Prestaciones de Salud Pública

Información, Vigilancia Epidemiológica y Prevención Sanitaria

- Vigilancia de Enfermedades Transmisibles: EDOs, brotes epidémicos.
- Plan de eliminación del sarampión.
- Plan de erradicación de la poliomielitis.
- Plan regional de prevención y control de sida.
- Plan de alerta, prevención y control de los efectos de la ola de calor sobre la salud.
- Vacunación frente a la gripe estacional y vacunación antineumocócica.
- Registros poblacionales (mortalidad, tumores).

Promoción y Educación para la Salud

- Promoción de la actividad física (Paseos saludables).
- Promoción del Envejecimiento Activo.
- Programa de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis.
- Programa de prevención de drogas de síntesis, cocaína y otras.
- Programa de prevención de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y SIDA.
- Programa de desarrollo personal y social a través del cine. Subprograma de desarrollo personal y social a través de películas en DVD.
- Programa de alimentación y nutrición.
- Promoción de la Lactancia Materna.



Salud Laboral

- Plan estratégico de gestión de procesos de IT sospechosos de enfermedad profesional en la comunidad autónoma de La Rioja.
- Programa de vigilancia de la salud postocupacional de los trabajadores con riesgo de exposición al amianto.

Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental

- Programa de control general y específico de las empresas alimentarias.
- Programa de control de los autocontroles en establecimientos alimentarios.
- Programa de control de riesgos biológicos.
- Programa control de residuos de plaguicidas en alimentos.
- Programa de control de contaminantes de alimentos.
- Programa control de ingredientes tecnológicos.
- Programa control de materiales en contacto con alimentos.
- Programa de control de alérgenos y sustancias que provocan intolerancias presentes en los alimentos.
- Programa de verificación del control oficial.
- Programa de control de residuos de determinadas sustancias en animales y sus productos (PNIR).
- Programa de EET.
- Programa de bienestar animal.
- Vigilancia y control sanitario del agua de consumo humano.
- Vigilancia y control sanitario de aguas recreativas.

- Vigilancia y control sanitario de instalaciones con riesgo de legionella.
- Vigilancia y control sanitario de productos químicos.
- Vigilancia y control sanitario de biocidas.
- Protección de la salud en actividades y procesos territoriales.
- Actuaciones de Pesticida DDD en el medio rural.

E.13.6. Otros

Inspección Farmacéutica

- Inspección de establecimientos y servicios farmacéuticos.
- Inspección de otros establecimientos.
- Inspección de ensayos clínicos.

Control farmacéutico

- Programa de mejora de la atención al paciente mayor polimedicado.
- Farmacovigilancia.





F. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

F.1. FORMACIÓN

Fuente: Memoria Servicio Riojano de Salud - 2013.

El programa de formación para los profesionales del sistema público de salud aprobado para el año 2013 contempla 173 acciones, y se trata de formación específica para el personal de instituciones sanitarias ya que la formación de carácter general está incluida en el Plan de Formación de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

En concreto, el programa, cuyo objetivo es proporcionar a los profesionales las herramientas específicas para mejorar su capacitación profesional y el desempeño de su trabajo, se dirige a los casi 5.000 profesionales del sistema sanitario riojano en todas sus categorías, tanto sanitarias como no sanitarias y a todos los grupos profesionales (médicos, enfermeras, técnicos, administrativos y gestión, personal subalterno, pinches, etc.).

Todas las acciones formativas pretenden ofrecer soluciones a necesidades y demandas técnicas de los profesionales del Sistema Público de Salud. Las actividades se agrupan en 6 áreas; dos de ellas incluyen 8 programas.

Los datos recopilados sobre la ejecución del Programa de Formación del año 2013 ponen de relieve la alta valoración de los cursos que se imparten; de hecho la nota obtenida ronda el 8,5 (rango de 1 a 10). Se impartieron 2.493 horas de formación, con una media de 17,5 alumnos por curso. El 89% del alumnado son mujeres. (Tabla 6-1)

TABLA 6-1. Datos programa de formación de 2008 a 2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
Porcentaje ejecución del programa	85,18	85,55	81,25	72,42	81,51
Número de horas impartidas	3.074	3.720	3.615	2.758	2.493
Total actividades anuales	216	270	304	272	211
Alumnos participantes	3.030	3.486	4.273	3.832	3.018

Fuente: Servicio Riojano de Salud 2013.

Los contenidos del programa se pueden consultar mediante la página Web del Gobierno de La Rioja en materia de salud, www.riojasalud.es.

El Programa 2013 ha incorporado nuevos cursos modulares, con contenidos complementarios y repartidos a lo largo del año, que conforman un mismo ciclo temático, también se apuesta por actividades muy concretas y de corta duración (entre 1,5 y 5 horas), denominadas "Formación Express" basadas en el principio formación/acción. Se desarrollan fundamentalmente en el programa de técnicas y entrenamiento sanitario y en el programa de habilidades, técnicas y actitudes centradas en la actualización de conocimientos producidos por los avances técnicos, que garantizan el mantenimiento del nivel competencial profesional.

Para potenciar el uso de las nuevas tecnologías, la Consejería de Salud y de Servicios Sociales sigue impulsando la formación en 'Aula virtual' contando con 6 actividades en aula virtual y 4 mixtas las cuales son de desarrollo propio en el ámbito de las drogodependencias, de la prevención de riesgos laborales y de la reanimación cardiopulmonar.

El Plan de formación engloba todas las áreas del sistema sanitario y contiene nuevas fórmulas para aumentar su calidad, potenciando la acreditación. En el año 2013 se han reforzado las actividades formativas del ámbito de los servicios sociales, para dar respuesta a la nueva realidad competencial de la Consejería.

El programa de formación continuada contempla este año 173 acciones formativas para 3.889 plazas y 1.753 horas impartidas. Además, el 42 % de las acciones formativas son nuevas respecto a las contempladas en el programa formativo de 2012.

Las áreas que conforman esta edición son las siguientes: Área de Gestión Sanitaria y Bioética, Área de Investigación Biomédica y Producción Científica en Ciencias de la Salud; Área de Formación Sanitaria (que incluye los programas de Salud Pública y promoción de la Salud, Seguridad Alimentaria y consumo, Drogodependencias, Farmacia y Uso Racional del Medicamento y Técnicas y entrenamiento sanitario con un subprograma de salud mental); Área de formación en servicios sociales y habilidades específicas (que incluye los programas de formación en servicios sociales, en habilidades para la atención al paciente y en habilidades ofimáticas y TICs en Rioja Salud) Área de Prevención de Riesgos Laborales Sanitarios, y, finalmente, Área de Formación de Formadores y Tutores en Ciencias de la Salud.



El programa de formación 2013 ha reforzado notablemente la formación específica dirigida a la mejora del nivel de competencia y de desarrollo personal, con actividades pensadas para afianzar el crecimiento personal y también refuerza el Área de Prevención de Riesgos Laborales con actividades encaminadas a potenciar hábitos saludables, autocuidados y promoción de la salud laboral.

F.2. INVESTIGACIÓN

Fuente: Memoria Fundación Rioja Salud 2013.

Los pilares básicos sobre los que se asienta el plan para el fomento de la I+D biomédica en La Rioja, son la creación de un modelo organizativo propio, la identificación de áreas prioritarias, la construcción de una infraestructura permanente y la participación institucional.

El modelo organizativo se integra en la Fundación Rioja Salud (FRS) como organismo oficial encargado de la coordinación y gestión de todas las actividades de investigación biomédica en el ámbito geográfico de nuestra Comunidad. Consta de un órgano fijo de coordinación general al que se añaden determinados órganos de soporte –en ocasiones compartidos con otras áreas del Sector Salud– como el sistema de control de calidad, apoyo logístico y administrativo, imagen y proyección exterior, y soporte metodológico y documental.

En cuanto a las áreas prioritarias se han identificado los grupos con presencia en La Rioja que, con independencia de su adscripción y tamaño, desarrollan una actividad investigadora relevante. El área de interés prioritario en investigación está dedicada a la Oncología por su importancia socio-sanitaria y la relevancia que el cáncer, en sus manifestaciones más frecuentes, tiene en nuestra población.

El impulso que se pretende dar a la investigación biomédica en La Rioja no se limita a estas áreas prioritarias sino que contempla también aspectos complementarios muy a tener en cuenta, como la potenciación de los ensayos clínicos en el nuevo Hospital San Pedro y el complemento de un ambicioso programa de docencia en ciencias médicas así como de formación continuada en todos los niveles técnicos. La investigación se integra en redes de I+D y en proyectos cooperativos de grupos académico-científicos de diversa índole.

Las líneas de desarrollo de la política de Investigación Aplicada en Ciencias de la Salud de la Comunidad de La Rioja son las siguientes:

- Enfermedades Infecciosas transmitidas por Artrópodos Vectores.
- VIH, lipodistrofia y alteraciones metabólicas asociadas.
- Angiogénesis.
- Proliferación y diferenciación en Cáncer.
- Cáncer de pulmón.
- Enfermedades neurodegenerativas.
- Nueva línea de investigación en neurodegeneración.
- Microbiología Molecular.

Dentro del área de Investigación en el CIBIR, están constituidos los siguientes Comités Científicos:

- Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR).
- Comité Ético de Investigación Animal (CEEA).
- Comité Científico Asesor Externo (Scientific Advisory Board-SAB).

Además de estas líneas, según la Memoria del Servicio Riojano de Salud del año 2013, desde la Unidad Docente y para el fomento de la investigación es objetivo que el residente, al finalizar su período formativo MIR, sea capaz de:

- Conocer y manejar las principales fuentes de documentación científica.
- Aplicar los principios básicos del diseño de un proyecto de investigación y abordar científicamente una investigación.



- Elaborar un protocolo de investigación y realizar un proyecto de investigación en el ámbito de la atención primaria.
- Conocer los principios éticos de la investigación biomédica e incorporarlos tanto al diseño de proyectos como a los resultados de investigación en la práctica clínica.
- Tener habilidades en la presentación de resultados de investigación, tanto en forma de artículo de revista, como de comunicaciones para reuniones científicas (orales, pósters).
- Realizar una lectura crítica de un artículo original sobre los siguientes aspectos: etiología, pruebas diagnósticas, terapéutica, pronóstico, eficiencia.

Para la consecución de dichos objetivos desde la Unidad Docente se han impartido los cursos correspondientes en Metodología de la Investigación y se ha apoyado y tutorizado individualmente la realización y presentación de los trabajos y proyectos de investigación que obligatoriamente los residentes deben realizar antes de concluir su formación, En el año 2013 se han realizado 10 Proyectos de Investigación, 9 Protocolos de Investigación, 28 Comunicaciones a congresos y 12 Publicaciones en revistas.

Las únicas comunidades autónomas que presentaron tasas positivas de crecimiento en el gasto en I+D respecto al año anterior fueron Castilla y León (7,5%) y País Vasco (2,4%).

Por su parte, La Rioja (-15,3%), Canarias (-13,0%) y Castilla-La Mancha (-11,1%) registraron los mayores descensos. (Tabla 6-2)

Por otro lado, entre 2009 y 2012 se ha registrado una disminución progresiva del Porcentaje de gastos en I+D respecto al PIB tanto en La Rioja como a nivel nacional. (Figura 6-1)

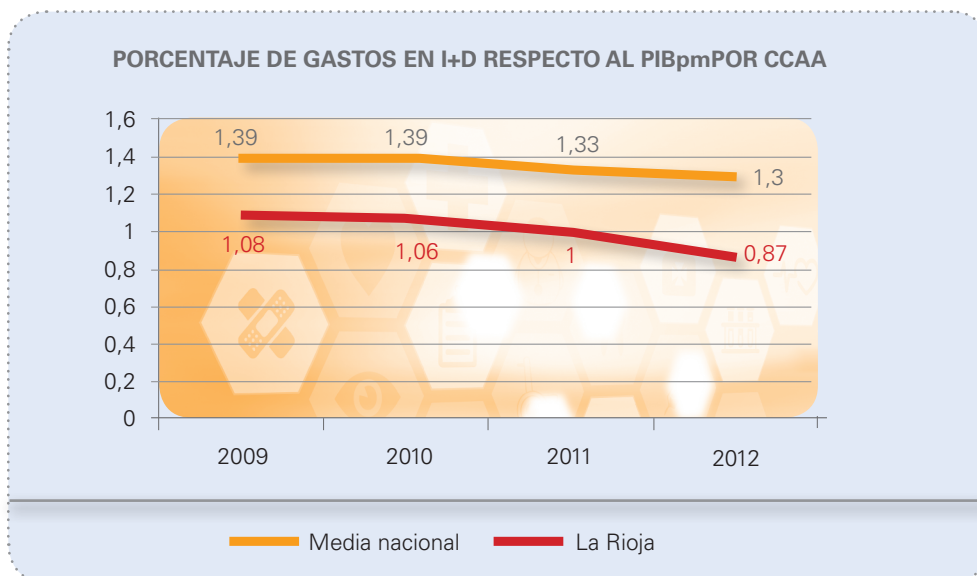
TABLA 6-2. Gastos internos totales en I+D por Comunidades Autónomas, año 2012.

	Total gasto* Todos sectores	Reparto gasto	Tasa de variación 2011-2012
Total	13.391.607	100,0	-5,6
Andalucía	1.480.460	11,1	-10,2
Aragón	312.795	2,3	-2,9
Principado de Asturias	195.892	1,5	-10,2
Islas Baleares	89.921	0,7	-6,2
Canarias	211.495	1,6	-13,0
Cantabria	126.166	0,9	-11,0
Castilla y León	617.467	4,6	7,5
Castilla La Mancha	230.547	1,7	-11,1
Cataluña	2.991.010	22,3	-3,6
Comunidad Valenciana	1.008.041	7,5	-3,5
Extremadura	128.432	1,0	-10,7
Galicia	487.840	3,6	-7,3
Comunidad de Madrid	3.433.677	25,6	-8,7
Región de Murcia	227.759	1,7	-2,7
Comunidad Foral de Navarra	346.690	2,6	-9,7
País Vasco	1.431.108	10,7	2,4
Rioja, La	69.297	0,5	-15,3
Ceuta	1.132	0,0	-9,6
Melilla	1.876	0,0	2,0

*gasto en miles de Euros

Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (estadísticas sobre actividades de I+D), 2012.

FIGURA 6-1. Porcentaje de gastos en I+D respecto al PIB a precios de mercado media nacional y La Rioja, 2009-2012.



Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (estadísticas sobre actividades de I+D), 2012.



Comentarios a la evaluación del II Plan de Salud de La Rioja

La revisión de las acciones desarrolladas e implementadas con el II Plan de Salud de la Rioja pretende indicar cuáles son las áreas de mejora detectadas así como aquellas intervenciones que requieren su análisis por no haber sido desarrolladas en el momento actual, a fin de valorar la oportunidad de su inclusión en la redacción del nuevo Plan de Salud.

El análisis se estructura en la visión de las estrategias básicas de intervención que vendría referido a medidas básicas y por otro lado las estrategias transversales de intervención que recogen un conjunto de actividades y orientaciones de carácter general cuya adopción hace factible la puesta en práctica de las incluidas en el primer grupo. Dentro de las estrategias básicas de intervención se van a analizar los apartados: Disminución de los hábitos perjudiciales para la salud; Atención a los problemas de salud y grupos de riesgo específico; y Disminución de riesgos externos.

En las estrategias transversales de intervención se consideran las siguientes áreas: Investigación; Formación profesional; Fomentos de estilos de vida y entorno saludable y estrategias intersectoriales; Educación para la salud; Sistemas de información y evaluación; Reorientación de los servicios sanitarios

EMPEZANDO POR LAS ESTRATEGIAS BÁSICAS Y EN RELACIÓN CON:

1. DISMINUCIÓN DE LOS HáBITOS PERJUDICIALES PARA LA SALUD:

Consumo de tabaco: Objetivo general “Reducir el porcentaje de la población riojana expuesta al humo de tabaco, al menos en 10 puntos” ha sido valorado como iniciado, considerando además acciones que no se han puesto en marcha. Esto se evidencia con los siguientes indicadores:

La prevalencia de consumo de tabaco por 100 habitantes en la población adulta en La Rioja ha pasado de 26.92% en el año 2006 a 24.43 %en 2011. Se aprecia una disminución si bien se sitúa por encima de la tasa de España que en el año 2011 fue de 23.95. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)



La edad media de inicio en el consumo de tabaco de los fumadores diarios en la población de 16 años y más que fuma diariamente, ha pasado en La Rioja de 17.4 años en 2006 a 17.5 años en 2011, siendo la de España en 2011, 17.2 años. (Fuente: Encuesta Nacional de Salud años 2006 y 2011). Este dato, que se desprende de una muestra entre los 16 y más años, debe ser matizado a tenor de la encuesta ESTUDES (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2006 y 2010), que se realiza sobre una población de 14 a 18 años y cuyos resultados de edad media de inicio, para la población española, se señalan a continuación:

	2006	2008	2010
Tabaco:	13,1 años	13,3	13,5

En relación con la tasa de abandono de hábito tabáquico en población adulta se ha situado en el año 2011 en 23.26% siendo la de España 23.99% (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Consumo de Alcohol. Objetivo general “Disminuir la incidencia y prevalencia y retrasar la edad de inicio del consumo abusivo de alcohol” ha demostrado que queda una mejora posible en este área, que se sustenta por los siguientes indicadores:

El consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses con distribución porcentual en la población de 16 años y más ha pasado en La Rioja de 62.51% en el año 2006 a 67% en el año 2011 siendo el valor para España en el año 2011 de 65.6%. (Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006 y 2010)

La edad media (en años) de inicio del consumo de bebidas alcohólicas de manera regular en la población de 16 y más años que consume o ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en La Rioja ha pasado de 18.42 años en 2006 a 17.3 años en 2010 manteniendo la misma tendencia que en la media de España que pasa de 18.92 años en 2006 a 17.8 años en 2011) (Fuente: Encuesta Nacional de Salud años 2006 y 2011). Este dato, que se desprende de una muestra entre los 16 y más años, debe ser matizado a tenor de la encuesta ESTUDES (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2006 y 2010), que se realiza sobre una población de 14 a 18 años y cuyos resultados de edad media de inicio, en población española, se señalan a continuación:

	2006	2008	2010
Alcohol:	13,8 años	13,7	13,7

Consumo de Drogas. Objetivo general “Disminuir la incidencia, prevalencia y retrasar la edad de inicio en el consumo de las distintas drogas ilegales entre la población de La Rioja, especialmente entre la población juvenil” ha sido valorado como evidenciado lo que se apoya en el indicador:

La prevalencia de consumo de cannabis entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en los últimos 30 días (porcentajes) en La Rioja ha pasado de 28.2% en el año 2006 a 20.2% en el año 2010. Siendo el valor del indicador en la media de España el 17.2%. (Fuente Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006 y 2010). No hay indicadores en la bibliografía consultada que aporten indicación sobre el consumo de otras drogas o en población adulta.

En la encuesta ESTUDES, ya citada, la edad media de inicio en España es:

	2006	2008	2010
Cannabis:	14,6 años	14,6	14,7

ESTRATEGIAS BÁSICAS Y EN RELACIÓN CON:

2. ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD Y GRUPOS DE RIESGO ESPECÍFICO

Enfermedades transmisibles

Enfermedades Transmisibles. Enfermedades prevenibles por inmunización.

Objetivo general “Disminuir la morbimortalidad ocasionada por las enfermedades prevenibles por inmunización” ha sido valorado como logrado.

Se evidencia con el dato de cobertura, así el porcentaje alcanzado en la primovacunación con tres dosis de Difteria, Tétanos, Tosferina acelular, Haemophilus Influenzae tipo b, Polio I,II,III, Hepatitis B, Meningitis C (2 dosis) sigue siendo el más alto superando en los años 2011 y 2012 el 98%. (Fuente: Boletín Epidemiológico de la Rioja. Julio-agosto 2013 - Volumen 5, Número 4. www.riojasalud.es)

Con relación a la campaña de vacunación contra la gripe relativos al grupo de población de mayor riesgo (personas mayores de 65 años), La Rioja alcanzó una cobertura de vacunación de 73.2% frente a un 62,3% de la media del país. (Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

En relación con los datos de incidencia por 100.000 habitantes para cada enfermedad prevenible por inmunización, se expone en la tabla los valores del indicador.

La incidencia de todas las enfermedades prevenibles por vacunación ha disminuido o se ha mantenido en La Rioja, excepto en parotiditis, varicela y hepatitis B donde ha aumentado. Los casos en los que ha habido una tendencia creciente, el dato para 2011 de La Rioja es menor que la media de España en sarampión y parotiditis, y mayor que la media en tosferina y varicela. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

		2008	2009	2010	2011	2012
Tétanos	La Rioja	0	0	0	0	0
	España	0,03	0,02	0,02	0,02	0,03
Tosferina	La Rioja	1,94	0,96	3,8	7,83	4,81
	España	1,55	1,19	1,94	7,06	7,45
Gripe	La Rioja	1.710,61	3.649,96	454,07	1.039,74	2.325,18
	España	1.408,68	2.521,91	492,34	1288,3	2.232,49
Hepatitis B	La Rioja	1,3	0,32	1,9	0	2,25
	España	2,27	1,93	1,9	1,75	1,27
Meningitis	La Rioja	0,65	0,96	0,95	0,63	0,96
	España	1,7	1,56	1,21	1,25	0,79
Sarampión	La Rioja	0,32	0	0	2,19	0
	España	0,67	0,09	0,65	7,94	3,36
Rubéola	La Rioja	0	0	0	0	0
	España	0,15	0,02	0,01	0,04	0,19
Parotiditis	La Rioja	3,09	2,24	2,85	10,02	10,27
	España	8,28	4,53	5,57	10,06	20,66
Varicela	La Rioja	271,71	209,58	449,57	349,4	355,62
	España	268,66	309,14	342,01	298,28	315,49
Rub. congénita	La Rioja	0	0	0	0	
	España	0,39	0,2	0	-	-

Enfermedades transmisibles. Tuberculosis. Objetivo general “Disminuir la morbimortalidad por tuberculosis en La Rioja” se evidencia la puesta en marcha de actuaciones que han dado lugar a la valoración como conseguido del objetivo, lo cual se apoya en los indicadores:

La incidencia de tuberculosis por 10.000 habitantes en La Rioja para los años 2008, 2009, 2010 y 2011 ha tenido unos valores de 21.37, 19.84, 13.02 y 15.04 respectivamente. Hay que considerar que el valor de este indicador para España en el año 2011 ha sido 11.23. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Enfermedades transmisibles. Infección nosocomial. Objetivo general “Disminuir las tasas de prevalencia e incidencia de infección nosocomial en la Comunidad Autónoma de La Rioja” ha demostrado el logro del mismo. Se aprecia en el indicador:

Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalarias en La Rioja en los años 2008, 2009, 2010, y 2011 han sido respectivamente 0.7, 0.66, 0.62 y 0.63. El valor de este indicador en la media de España en el año 2011 ha sido 0.82. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Enfermedades transmisibles. VIH Sida. Objetivo general “Disminuir la incidencia de VIH y SIDA y aumentar la supervivencia de los casos diagnosticados, de acuerdo a los objetivos y líneas de actuación del Plan Nacional del SIDA” se han iniciado intervenciones si bien parece ser oportuna una mejora en alguna de las intervenciones incluidas en la redacción del Plan.

El indicador Incidencia de SIDA por 100.000 habitantes demuestra una tendencia decreciente en la Rioja en los años 2008, 2009, 2010, y 2011 que se corresponde con las cifras 35.06, 31.61, 19.06 y 19.19. En el caso de España el valor para el año 2011 es de 18.3. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Enfermedades transmisibles Hepatitis víricas. Objetivo general “Disminuir la morbimortalidad por hepatitis vírica” se considera como alcanzado. Se confirma en el caso del indicador:

La incidencia de hepatitis B por cada 100.000 habitantes, en La Rioja presenta unos valores de 1.3, 0.32, 1.9 y 0 en los años 2008, 2009, 2010, y 2011. El valor de este



indicador en España en el año 2011 es 1.75. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

La incidencia de hepatitis A por cada 100.000 habitantes para la Rioja es de 3.56, 2.56, 7.4 y 2.5 en esos mismos años. En el 2011 para España tuvo un valor de 1.55.

Cáncer

La evidencia en la mejora en el proceso de la atención referente a la línea de intervención Cáncer se realiza a través de la evaluación de dos objetivos generales:

- Disminuir la incidencia de los cánceres evitables.
- Aumentar la calidad de vida y la supervivencia del paciente oncológico. Disminuir la morbilidad y la mortalidad ocasionada por el cáncer.

La evaluación del primero de ellos refleja la oportunidad de mejora en las intervenciones recogidas en el plan, si bien, analizando un indicador que podría reflejar el resultado y que es la Mortalidad prematura por cáncer por 100.000 habitantes, menores de 75 años, se refleja como positivo. Así las cifras para los años 2008, 2009, 2010 y 2011 son respectivamente 105.77, 99.3, 96.33 y 100.19. El resultado del indicador en España en el año 2011 es de 104.07. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Reflejando la Tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer, por 100.000 habitantes, el valor en 2011 también ha disminuido con respecto a 2008, si bien la bajada habría sido mayor en los años 2009 y 2010. Los valores son los que siguen para la Rioja, 151.26, 146.8, 145.86 y 150.83 en los años 2008, 2009, 2010 y 2011 respectivamente. El valor del indicador para España en el 2011 es de 152.12. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Enfermedades Cardiovasculares

Los objetivos generales evaluados en esta línea de intervención son tres:

- Disminuir la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares en la Comunidad Autónoma de La Rioja
- Mejorar la calidad asistencial en los centros sanitarios que atienden a los ciudadanos de la comunidad Autónoma de La Rioja con padecimientos cardiovasculares.

Conforme a la evaluación de las intervenciones realizadas en cada uno de ellos, se aprecia una posibilidad de mejora en los dos primeros, mientras que se considera que el último ha sido logrado con la ampliación de la cartera de servicios en la comunidad es el caso de la hemodinamia.

Se evidencia con los siguientes indicadores (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Marzo de 2015).

Tasa de mortalidad ajustada por edad, por enfermedad isquémica del corazón por 100.000 habitantes					
	2008	2009	2010	2011	2012
La Rioja	39,63	38,1	34,12	34,2	37,27
España	47,35	45,3	43,75	41,88	40,73
Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes. menores de 75 años					
	2008	2009	2010	2011	2012
La Rioja	16,89	17,7	16,63	18,04	17,05
España	22,27	20,8	20,11	18,88	18,47
Tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio por 10.000 habitantes					
	2008	2009	2010	2011	2012
La Rioja	-	-	7,6	8,01	8,34
España	-	-	8,72	8,44	8,57
Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) por cada 100 altas por ICC					
	2008	2009	2010	2011	2012
La Rioja	7,86	7,4	7,94	8,25	7,98
España	9,75	9,67	9,59	9,63	9,74

La tabla muestra una tendencia creciente en los indicadores de Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes en menores de 75 años y en Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC)



por cada 100 altas por ICC. Sin embargo los valores en los dos casos en el año 2011, están por debajo de la media de España.

Hay una disminución en el valor del indicador en Tasa de mortalidad ajustada por edad, por enfermedad isquémica del corazón por 100.000 habitantes y en la Tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio, si bien en este último indicador el valor de La Rioja de 2011 es superior al de la media de España.

Salud Mental. Objetivo general “Mejorar la atención a las personas afectadas de enfermedad mental de acuerdo a los principios básicos del modelo psicobiocomunitario”, se han desarrollado intervenciones aunque se considera la posibilidad de mejora. Así se ha publicado el Plan de Salud Mental de La Rioja, si bien es necesaria una mayor implementación del mismo.

Como indicador en este objetivo se aporta la Prevalencia de trastornos mentales por 100 habitantes mayores de 15 años, sólo se dispone del valor en el año 2011 que es 4.22 para La Rioja y 9.59 para España.: (Fuente Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

En 2006 la incidencia total atendida de trastornos mentales fue de 8,9 casos por 1000 habitantes (Fuente análisis de situación de la línea Salud Mental en el II Plan de Salud de La Rioja).

Diabetes. Objetivos generales evaluados:

- Disminuir la incidencia de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Reducir la morbimortalidad de la diabetes.
- Garantizar la calidad en el tratamiento y seguimiento del paciente diabético.

En los tres objetivos se han realizado intervenciones incluidas en el Plan si bien cabe una mejora en el grado de implementación de las acciones. Los indicadores, sin embargo, demuestran una mejora en los valores desde 2008 a 2011. No se dispone de datos de incidencia de diabetes en La Rioja. (Fuente Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus, por 100.000 hab.					
	2008	2009	2010	2011	2012
La Rioja	10,2	10,2	8,17	7,42	7
España	12,31	11,7	11,19	10,99	18,53
Mortalidad prematura por diabetes mellitus por 100.000 hab. menores de 75 años					
	2008	2009	2010	2011	
La Rioja	3,74	3,2	3,31	1,42	
España	4,21	4	3,69	3,49	
Tasa de amputaciones en miembros inferiores por cada 1.000 personas diabéticas					
	2008	2009	2010	2011	
La Rioja	2,7	2,51	2,36	2,25	
España	3,15	3,19	3,03	2,9	

Los tres indicadores descienden al comparar 2008 con 2011 y tienen menor valor al compara con España en 2011.

Cuidados Paliativos. Objetivo general “Mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes en situación avanzada/terminal y sus familiares, garantizando una atención integral y coordinada del sistema sanitario” evidencia una adecuada consecución conforme refleja por la tendencia positiva de los datos siguientes (Fuentes: Memorias Fundación Rioja Salud, Informe Evaluación de Contrato Programa por Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad):

Datos de actividad en cuidados paliativos en La Rioja					
	2008	2009	2010	2011	2012
Pacientes atendidos	1.684	1.956	2160	2270	2374
Nº visitas de las unidades domiciliarias	4.314	4.880	5125	5213	4985
Nº de pacientes hospitalizados	366	331	405	444	395
Enfermos atendidos por psicólogo	806	898	1.164	1.303	1.285
Familiares atendidos por psicólogo	1.457	1.561	1.846	2.305	2.028
Casos atendidos en el área de servicios sociales	1.395	1.264	1358	1969	2481

Enfermedades Respiratorias crónicas y asma. Los objetivos generales evaluados en el apartado de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica son dos: Disminución de la prevalencia de EPOC y la Disminución de la morbimortalidad por EPOC. En Asma ha sido evaluado un objetivo, Disminuir la incidencia, prevalencia y morbimortalidad por asma. En el caso de la EPOC los objetivos resultan como conseguidos quedando alguna intervención de mejora en el caso de Asma.

Para EPOC el indicador Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica por 100.000 habitantes disminuye en medio punto entre los años 2008 y 2011, permaneciendo en este año más baja que la de España. (Fuente Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, por 100.000 habitantes					
	2008	2009	2010	2011	2012
La Rioja	14,67	14,1	16,37	14,12	14,02
España	18,08	18,7	17,83	17,56	18,08

En el caso de Asma se dispone de indicadores actualizados que avalen la situación, se aportan los del año 2011/12. (Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Año 2011/12)

Problemas o enfermedades crónicas de larga duración diagnosticados por el médico en la población adulta. Distribución porcentual. Población de 15 y más años.		
ASMA	2011/12	
	La Rioja	2,21
	España	4,08
Problemas o enfermedades crónicas de larga duración diagnosticados por el médico en la población adulta. Distribución porcentual. Población de 0 a 14 años.		
ASMA	2011/12	
	La Rioja	5,92
	España	5,20

Enfermedades Neurodegenerativas. Objetivo general evaluado “Mejorar la calidad de vida de los pacientes con EA y con EP manteniendo la máxima autonomía posible en los enfermos y permitiendo a sus cuidadores una menor carga de trabajo y estrés” ha sido señalado como no implementado.

En La Rioja se aprecia un crecimiento en el indicador Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad de Alzheimer, por 100.000 habitantes, siendo además su valor superior al de la media en España.

Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad de Alzheimer, por 100.000 habitantes					
	2008	2009	2010	2011	2012
La Rioja	14,84	14,2	13,57	17,17	14,25
España	11,19	11,6	11,37	11,51	12,16

Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad de Parkinson 1º y 2º, por 100.000 habitantes					
	2008	2009	2010	2011	2012
La Rioja	5,8	5,39	4,82	5,4	5,15
España	2,96	3,32	3,3	3,36	3,53

Mejora de la calidad es la creación y puesta en marcha de una Unidad de Atención al Ictus en 2014.

En relación con los grupos de riesgo específicos:

Resultado de políticas desarrolladas en Grupos Vulnerables

La evaluación indica la necesidad de incidir en el objetivo general “Mejorar el nivel de salud de las personas pertenecientes a grupos vulnerables”.

ESTRATEGIAS BÁSICAS Y EN RELACIÓN CON:

3. DISMINUCIÓN DE RIESGOS EXTERNOS

Resultado de políticas desarrolladas en entorno y salud.

- Salud laboral. Objetivo general planteado en el Plan es “Establecimiento e impulso del marco organizativo de la salud laboral dentro de la salud pública de La Rioja” se ha valorado positivamente tal como se recoge en el indicador:

Incidencia de accidentes de trabajo por 100.000 afiliados a la seguridad social que ha tenido una tendencia descendente, teniendo valores en los años 2008,



2009, 2010, y 2011 de 5129.11, 4311.07, 3951.03 y 3677.92, respectivamente. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

- Seguridad alimentaria. Objetivo general de “Garantizar la protección de la salud en materia de seguridad alimentaria a través del Plan de Seguridad Alimentaria” queda como logrado en la evaluación.
- Salud y Medio Ambiente. Agua y salud. La evaluación del Plan demuestra la consecución de los objetivos generales en este apartado.
- Salud y Medio ambiente. Productos químicos y salud/Políticas sectoriales y salud/Cambio climático y salud. La evaluación del Plan apoya la necesidad de mejora en estos apartados.

Resultado de políticas desarrolladas en enfermedades por causas externas

En relación con el objetivo general “Promover la cultura de prevención de riesgos entre los ciudadanos” se han evaluado diferentes secciones entre las que destacan accidentes de tráfico, accidentes no intencionados y suicidios. La evaluación en la cultura de prevención ha mostrado mejoras en algunos aspectos como el caso de los accidentes de tráfico. Se reflejan los indicadores:

El número total de víctimas en accidentes de tráfico en la Rioja diferenciando las totales y las víctimas mortales ha tenido en ambos casos una tendencia descendente, que se muestra en la siguiente tabla:

	2008	2009	2010	2011
Número total víctimas	1056	984	939	919
Numero de víctimas mortales	30	34	22	16

En la tabla siguiente se expone la tasa ajustada por edad en accidentes de tráfico de motor observándose una disminución a lo largo de los años 2008 a 2012.

Accidentes de tráfico vehículos de motor Tasa ajustada por edad por población europea por 100000 h					
	2008	2009	2010	2011	2012
ESPAÑA	5,82	4,99	4,46	3,97	3,52
La Rioja	9,41	9,46	5,95	5,31	3,51

La tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes no intencionados por 100.000 habitantes también refleja una tendencia descendente siendo respectivamente en los años 2008, 2009, 2010, y 2011 de 21.22, 18.37, 17.32 y 13.82. En España en el año 2011 este indicador tuvo un valor de 15.47. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

También se ha demostrado una disminución en el caso de la tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidios por 100.000 habitantes, pasando de 7.93 en el año 2008 a 5.36 en el año 2011, si bien en el año 2010 la tasa fue de 4.55. En España en el año 2011 este indicador tuvo un valor de 5.74. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Otro objetivo general de estas políticas “Detectar y proporcionar atención integral en los casos de violencia con especial atención a las mujeres que sufren maltrato y a sus hijos e hijas” ha sido evaluado con una disminución en las denuncias por violencia de género disminuyendo un 1.26% las denuncias del 2012 con respecto a 2011. Sin embargo hay que considerar que a nivel nacional también ha habido una disminución que puede deberse al impacto de la crisis económica tanto en la víctima como en su familia y en la propia sociedad, impacto que no favorece las denuncias. (Fuente: Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, Consejo General del Poder Judicial).

CAMBIANDO DE APARTADO GLOBAL Y REFIRIÉNDONOS A LAS ESTRATEGIAS TRANSVERSALES DE INTERVENCIÓN Y EN RELACIÓN CON:

1. INVESTIGACIÓN

El objetivo general “Fomentar la investigación biomédica conforme a las líneas establecidas en el III Plan Riojano de I+D+i” ha sido valorado como conseguido



a través del impulso de trabajos de asesoramiento y gestión de proyectos de investigación relacionados con la salud pública y los servicios de salud en el ámbito del CIBIR.

Actualmente desarrollan los 60 investigadores del CIBIR en aspectos relativos al cáncer de colon y pulmón, bioética, genómica, resistencia a los antibióticos, artrópodos y complicaciones en el tratamiento del SIDA. Y en el 2014 incluirá un proyecto de investigación en enfermedades neurodegenerativas

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES DE INTERVENCIÓN

2. FORMACIÓN

Entre las políticas de salud, uno de los apartados es la formación que se verbaliza con el objetivo general: "Impulsar la competencia profesional como instrumento de mejora de los servicios de salud" con este objetivo se pretende evidenciar el compromiso con la mejora de las capacidades de los profesionales en la resolución de los problemas sanitarios de la ciudadanía y, en este sentido, destaca el esfuerzo que anualmente se realiza en la organización y disposición de oportunidades para la formación:

Tabla comparativa 2012/2008					
	2008	2009	2010	2011	2012
Porcentaje ejecución del programa	85,18%	85,55%	81,25%	72,42%	81,51%
Número de horas impartidas	3.074	3.720	3.615	2.758	2.493
Total actividades anuales	216	270	304	272	211
Alumnos participantes	3.030	3.486	4.273	3.832	3.018

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES DE INTERVENCIÓN

3. FOMENTOS DE ESTILOS DE VIDA

Práctica de ejercicio físico

En relación con el objetivo "Aumentar la realización de actividad física entre la población riojana" se evidencia la puesta en marcha de actuaciones que han dado lugar a la valoración como conseguido del objetivo, lo cual se apoya en los indicadores:

La actividad física realizada en los últimos 7 días, distribución porcentual, demuestra una tendencia positiva en la Rioja, siendo 93.1 % en el año 2011. El valor para España en ese año es de 84.3 % (Encuesta Nacional de Salud 2011)

La prevalencia de sedentarismo por 100 habitantes en población adulta de La Rioja ha pasado de 59.33% en el año 2006 a 32.96% en el año 2011. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Alimentación y nutrición

El objetivo general "Promover una alimentación saludable adaptada a todos los grupos de edad, género y estados de salud" ha sido valorado como conseguido parcialmente apoyado por los indicadores:

La prevalencia de sobrepeso y de obesidad por 100 habitantes de 18 años y más en la Rioja. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

	2006	2009	2011
Sobrepeso	38.84	34.57	38.13
Obesidad	11.03	14.66	14.88

La Prevalencia de sobrepeso y de obesidad por 100 habitantes de 2 a 17 años en la Rioja. Rioja (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

	2006	2009	2011
Sobrepeso	18.7		12.42
Obesidad	12.44		9.67

Salud sexual

La evaluación del objetivo general “Mejorar la salud sexual y reproductiva de la población” ha reflejado la necesidad de mejora, tal como se demuestra en el indicador:

Incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo por 1000 mujeres de 15 a 49 años que tiene unos valores en La Rioja de 7.84%, 7.86%, 7.95% y 7.99% en los años 2008, 2009, 2010 y 2011. Situando los valores en la población de jóvenes y en concreto de 15 a 19 años la incidencia ha aumentado. Así los valores respectivos son de 10.14%, 6.45%, 9.27% y 11.38% en los años 2008, 2009, 2010 y 2011. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Resultado de las políticas desarrolladas en el Envejecimiento

La evaluación del Plan muestra un área de mejora en el objetivo general de “Mejora de Atención a la dependencia” tal como se aprecia en el siguiente indicador:

Índice de dependencia que tiene como valores en los años 2008, 2009, 2010 y 2011 las cifras 46.87, 47,63, 49,08 y 50,46 respectivamente. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

En relación con el objetivo, “Promover un envejecimiento saludable”, se aprecia evidencias en mejora de hábitos. Y como indicador que puede indicar su medida se describe:

Porcentaje de personas con valoración negativa de su estado de salud que se cifra en La Rioja para las personas mayores de 65 años en valores de 53.6%, 53,6% y 46,55% respectivamente para los años 2006, 2009 y 2011. (Fuente: Encuesta Nacional de Salud años 2006 y 2011).

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES DE INTERVENCIÓN

4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Como tal el Plan de Salud no incluye ningún objetivo general que establezca la consecución de un logro.

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES DE INTERVENCIÓN

5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

Sistemas de Vigilancia

El objetivo general “Desarrollar el Sistema de Información Microbiológica” ha sido evaluado como conseguido.

Sistemas de información

El objetivo general “Organizar un sistema de información homogéneo e integrador que permita la planificación, exportación, evaluación e investigación con distintos niveles de desagregación (Comunidad Autónoma, Área sanitaria, Servicios especializados y de Atención primaria de Salud)” se ha valorado como conseguido con un amplio desarrollo.

Actualmente, en La Rioja, la Historia Clínica Electrónica está desplegada al 100% en la asistencia especializada y sus centros de especialidades. También en el 100% de la Atención Primaria, por lo que La Rioja dispone de la Historia de Salud Única Electrónica en todo su territorio.

Se enumeran dos intervenciones pioneras:

1. La Carpeta de Salud del Ciudadano. Disponible en Internet, (https://www.riojasalud.es/carpeta_ciudadano) ,para todos los usuarios pertenecientes al Sistema Público de Salud de La Rioja, mediante un acceso seguro con la utilización de certificado digital o DNI electrónico.



2. Implantación en La Rioja de un sistema pionero que permitirá a los equipos de tres unidades de soporte vital avanzado del 061 consultar en el mismo lugar donde se produzca una emergencia, la historia clínica del paciente, antes incluso de estabilizarlo, y también compartir en tiempo real la información de la asistencia con los servicios de Urgencia Hospitalaria o a la Unidad de Medicina Intensiva a donde trasladan al paciente.

Además de estas dos intervenciones se ha extendido la receta electrónica a la dispensación de medicamentos en las oficinas de farmacia.

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES DE INTERVENCIÓN

6. REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Los resultados de evaluación del II Plan de Salud en este apartado evidencian una consecución de logros si bien permanecen objetivos generales donde es necesaria una mejora en la implementación de las intervenciones que el Plan recoge para su desarrollo. Es el caso del objetivo general “Mejorar la aplicabilidad y puesta en marcha de las decisiones de incorporación y reposición de nuevas tecnologías en el sistema de salud”.

Como objetivos generales en los que se ha apreciado un logro está “Promover un uso seguro y adecuado de medicamentos” principalmente a través del estudio de pacientes polimedicados. Se ha de considerar también la seguridad de la utilización de los medicamentos, lo cual puede apoyarse en el indicador Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos por 1000 habitantes que se ha mantenido en 0.28 durante los años 2008 y 2011, estando la tasa de España en el año 2011 en un valor de 0.31.

En relación con la calidad en el sistema público de salud de la Rioja se aprecia una mejora durante los años de desarrollo del Plan como la implantación de sistemas de gestión integrada de calidad (EFQM, ISO..), si bien es necesaria la extensión de la cultura de la calidad en el sistema público de salud.

El Plan también recoge intervenciones relacionadas con la Seguridad del Paciente que han tenido una tendencia positiva, tal como se recoge en los siguientes indicadores: Tasa de úlceras por presión por cada 1000 altas hospitalarias que en La

Rioja ha tenido como valores 5.18, 6.39, 6.54 y 4.22 en los años 2008, 2009, 2010 y 2011 respectivamente. El valor medio de España de este indicador en el año 2011 ha sido de 13.96.

Se aportan indicadores de satisfacción de usuarios en la Comunidad Autónoma. (Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013)

Porcentaje de personas satisfechas con la atención recibida en la consulta de medicina de familia			
2008	2008	2009	2010
89,22	82,5	92,93	95,68
Porcentaje de personas satisfechas con la atención recibida en la consulta del médico especialista			
2008	2008	2009	2010
82,08	87,18	87,87	98,83
Porcentaje de personas satisfechas con la atención recibida en los servicios de urgencias			
2008	2008	2009	2010
60,56	80,02	92,22	82,98
Porcentaje de personas satisfechas con la atención recibida en el ingreso hospitalario			
2008	2008	2009	2010
82,13	88,43	94,61	86,87
Satisfacción con el conocimiento del historial y seguimiento de sus problemas de salud en el centro de A.P.			
2008	2008	2009	2010
7,26	7,03	7,66	7,89
Satisfacción con la información recibida sobre su problema de salud en consulta de atención especializada			
2008	2008	2009	2010
7,27	7,29	7,74	7,65

En todos los indicadores se aprecia una tendencia creciente de satisfacción del año 2008 al año 2011.

En relación con indicadores que reflejan la satisfacción del profesional sanitario se dispone del dato de la encuesta en Fundación Hospital Calahorra con un valor de 4.2 sobre 6 del año 2010. (Fuente: Informe de Evaluación año 2010 Plan de Salud de La Rioja)

CONCLUSIONES

1. El mayor logro en la consecución de objetivos incluidos en el II Plan de Salud de la Rioja se corresponde con el objetivo normativo Mejora de Atención Sanitaria. Se incluirían en este objetivo la disminución de la morbimortalidad, la detección precoz de las enfermedades y el aumento de la calidad de vida de los pacientes.
2. El mayor impulso de implementación se sitúa en el objetivo normativo de ordenamiento de la política sanitaria que engloba entre otros la normativa, estrategia, calidad y estilos de práctica.
3. Se ha de continuar trabajando en los objetivos referidos a establecimiento y desarrollo de sistemas de vigilancia y de información, en el fomento de la investigación básica en salud, en el incremento de la satisfacción del usuario y en la mejora de la satisfacción del profesional sanitario.
4. Cabe destacar en el logro de los objetivos dentro del ámbito de ordenamiento de la política sanitaria, el desarrollo transversal de la salud pública en general tanto en hábitos saludables como en entorno, la mejora de la atención a los casos de violencia de género, la estrategia de envejecimiento saludable, el fortalecimiento Sistema Público de Salud de La Rioja y el avance en el uso racional del medicamento, la calidad y la seguridad.
5. En el apartado de la mejora de atención sanitaria destaca la atención a las drogodependencias y otras adicciones, la atención a las enfermedades transmisibles, el aumento de la capacidad de resolución en enfermedades cardiovasculares, la atención al cáncer, la atención a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la atención al envejecimiento.
6. En el apartado de sistemas de vigilancia e información cabe destacar el desarrollo del sistema integrado que tiene como eje el ciudadano; la integración de los sistemas de información en la plataforma SELENE y la disponibilidad de Historia Clínica Digital en atención primaria y atención especializada.
7. En el apartado del fomento de investigación básica en salud se ha consolidado el CIBIR, y el impulso de la investigación clínica con la convocatoria de ayudas.

8. En el logro de la satisfacción del usuario se ha avanzado en la mejora de la información aportada a las personas.
9. Por último, en el apartado de satisfacción del profesional sanitario se han evidenciado mejoras en la comunicación y la participación.
10. Como mejora en la consecución de objetivos dentro del ordenamiento de la política sanitaria, es necesario el impulso en la cultura de prevención de riesgos, el establecimiento de políticas de colaboración, el desarrollo de campañas dirigidas a la población, la evaluación del impacto medioambiental y la evaluación del impacto de la formación continuada.
11. En el apartado de mejora de atención a la salud se observa la necesidad de mejora en la atención a las complicaciones de la obesidad, en la atención a los pacientes con enfermedad cardiovascular, y la promoción de guías de atención integrada al paciente diabético.
12. En el apartado de sistemas de vigilancia e información se ha de progresar en la explotación de los datos, y el desarrollo de aplicaciones ad hoc para estudio concreto de enfermedades.
13. En relación con el fomento de la investigación básica en salud cabe mejorar el Mapa de Investigación Biosanitaria y la consolidación de las ayudas.
14. Por último, tanto en la satisfacción del usuario como en la del profesional sanitario se ha de medir la misma en ambos casos.



Numeración			Enunciado de objetivos generales, objetivos específicos y acciones	AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->					Evaluación
OG	OE	A		2009	2010	2011	2012	2013	
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA									
DROGAS									
1			Disminuir la incidencia, prevalencia y retrasar la edad de inicio en el consumo de las distintas drogas ilegales entre la población de La Rioja, especialmente entre la población juvenil.						
1	1		Disponer de un marco normativo de ámbito autonómico que dé respuesta a la realidad actual del consumo de drogas ilegales.						
1	1	1	Elaborar, aprobar y entrada en vigor de una nueva Ley de Drogodependencias y otras adicciones antes de final del 2010.						
1	1	2	Elaborar y aprobar el III Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones antes de final del 2011.						Evaluación 2014
1	2		Reducir el número de consumidores de las distintas drogas ilegales						
1	2	1	Realizar actividades de sensibilización y educación para la salud en torno al consumo de drogas ilegales en los ámbitos comunitario, escolar y laboral.						
1	2	2	Realización de programas de prevención del consumo de drogas de carácter selectivo dirigidos a sujetos y colectivos en situación de riesgo sociosanitario.						
1	3		Retrasar la edad media del primer consumo de drogas ilegales de los jóvenes al menos en un año.						
1	3	1	Desarrollo de programas y actuaciones de prevención del consumo de drogas en los distintos niveles y ciclos de la Educación Primaria y Educación Secundaria.						
1	3	2	Desarrollar programas y actuaciones de prevención del consumo de drogas ilegales en el contexto del ocio y tiempo libre juvenil.						
1	3	3	Realización de formación de padres mediante "Escuela de Padres"						
2			Mejorar la atención sanitaria de las personas con problemas derivados del consumo de drogas.						
2	1		Optimizar la detección y atención de consumidores de drogas ilegales.						
2	1	1	Protocolización de la detección precoz, derivación y seguimiento de pacientes con consumo de drogas ilegales y otras conductas adictivas en Atención Primaria.						
2	1	2	Protocolización del diagnóstico y tratamiento de pacientes con patología dual y facilitación de los cauces de coordinación con los dispositivos de Salud Mental.						
2	1	3	Diseño y aplicación en la totalidad de los servicios de un protocolo específico para el tratamiento de menores con problemas de abuso y/o dependencia de drogas que permita una atención adaptada a sus peculiaridades.						
2	1	4	Apoyar a las familias de menores drogodependientes, de forma coordinada con los servicios sociales de atención a la familia.						
3			Promover la calidad y la evidencia científica en la intervención en drogodependencias y otras conductas adictivas.						
3	1		Mejorar la calidad de los programas y actuaciones informativas, preventivas y asistenciales de las drogodependencias dirigidas a los adolescentes y jóvenes.						
3	1	1	Diseño e implantación de un sistema de acreditación y homologación por la Consejería de Salud de los programas y materiales que con un fin preventivo o asistencial de las drogodependencias se deseen aplicar en La Rioja.						

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
3	1	2	Utilización y aplicación de las nuevas tecnologías a la prevención y asistencia en adicciones.							
		13								
3	2		Mejorar el sistema de información en materia de drogodependencias y otras conductas adictivas							
3	2	1	Diseño de un sistema de indicadores para su implementación por el Observatorio Riojano sobre Drogas.							
		14								
3	2	2	Establecimiento de un protocolo para la recogida, análisis y gestión de la información en materia de drogodependencias y otras adicciones.							
		15								
			ALCOHOL							
4			Disminuir la incidencia y prevalencia y retrasar la edad de inicio del consumo abusivo de alcohol.							
4	1		Retrasar al menos en un año la edad media de inicio en el consumo de alcohol entre la población joven de La Rioja.							
4	1	1	Desarrollo de actuaciones de prevención del consumo abusivo de alcohol en los distintos niveles y ciclos de la Educación Primaria y Educación Secundaria.							
		16								
4	2		Reducir el consumo abusivo de alcohol entre la población, especialmente en el ámbito laboral.							
4	2	1	Realización de actividades de educación para la salud centradas en el consumo no abusivo de alcohol, en el ámbito de la comunidad laboral.							
		17								
4	2	2	Desarrollo de actuaciones de prevención del consumo abusivo de alcohol en el contexto laboral.							
		18								
5			Mejorar la atención sanitaria de las personas con problemas de abuso y/o dependencia del alcohol.							
5	1		Optimizar la detección y atención a bebedores de riesgo desde la Atención Primaria.							
5	1	1	Protocolización de la detección precoz, derivación y seguimiento de pacientes con consumo de riesgo en Atención Primaria.							
		19								
			TABACO							
6			Reducir la incidencia, prevalencia y retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco en la población de La Rioja							
6	1		Prevenir la incorporación de los jóvenes al hábito tabáquico y/o retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco al menos en un año en la población de 14 a 18 años.							
6	1	1	Promover la prevención del tabaquismo en el marco de los programas escolares de educación para la salud en todas las etapas educativas, incluyendo una visión crítica y el aprendizaje en el manejo de las presiones promotoras del uso del tabaco.							
		20								
6	1	2	Impulsar que el desarrollo de programas educativos en el ámbito escolar se vea complementado con actuaciones comunitarias más amplias que los refuercen y sin las cuales el alcance de los programas escolares es limitado.							
		21								
6	1	3	Colaborar con las diferentes administraciones y entidades cívicas que trabajen con colectivos en situación de riesgo de exclusión social, incidiendo en los colectivos de máxima vulnerabilidad como son los jóvenes y adolescentes, a fin de prevenir el consumo de tabaco.							
		22								
6	2		Reducir el porcentaje de personas que han fumado diariamente en el último mes, al menos en tres puntos.							
6	2	1	Facilitar información, realizar campañas de sensibilización y elaborar materiales específicos adaptados a las características de los diferentes grupos poblacionales (embarazadas, inmigrantes, ...)							
		23								
6	2	2	En colaboración con las organizaciones sindicales y empresariales con representación en La Rioja, y del Instituto Riojano de Salud Laboral, impulsar la extensión de programas de prevención, formación y desarrollo de programas asistenciales.							
		24								

OG	OE	A	AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
6	3		Aumentar la proporción de población ex-fumadora (al menos un año sin fumar) al menos en tres puntos.						
6	3	1 25	Realizar campañas informativas sobre el abandono del tabaco. Elaborar y difundir materiales de apoyo para dejar de fumar para su amplia distribución, incluyendo materiales en otros idiomas dirigidos a colectivos inmigrantes.						
6	3	2 26	Mantener la prestación del tratamiento farmacológico del tabaquismo desde Atención Primaria.						
6	3	3 27	Impulsar la inclusión gradual del consejo sanitario antitabaco en las consultas de Atención Especializada.						
6	3	4 28	Elaborar y editar, junto con Atención Primaria y Atención Especializada, protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del tabaquismo y actualización de los mismos.						
6	3	5 29	Promover la consolidación del circuito de atención al fumador establecido en la Red asistencial.						
6	3	6 30	Consolidar la colaboración de las oficinas de farmacia en el tratamiento del tabaquismo.						
7			Reducir el porcentaje de la población riojana expuesta al humo del tabaco, al menos en 10 puntos.						
7	1		Para el año 2012, el 100% de los centros sanitarios y docentes de la Administración Pública y centros de trabajo serán espacios libres de humo y el 100% de los establecimientos de restauración cumplirán la normativa vigente en materia de tabaco en cuanto a la venta, suministro, consumo y publicidad de los productos del tabaco.						
7	1	1 31	Realizar campañas de sensibilización en los escolares, población general y población trabajadora sobre las consecuencias del tabaquismo pasivo y potenciar la norma social de no fumar. Destacar la especial importancia de no fumar durante el embarazo, ni en presencia de niños, ancianos y enfermos.						
7	1	2 32	Impulsar la inclusión gradual del consejo sanitario sobre tabaquismo pasivo en las consultas de Atención Primaria y Especializada, preguntando a los pacientes sobre su exposición al aire contaminado por humo de tabaco en el hogar o lugar de trabajo, aconsejando cómo minimizar el riesgo que conlleva						
7	1	3 33	Desarrollar una Red de centros sanitarios y docentes sin humo y promover que todos los actos y reuniones científicas declarados de interés sanitario sean espacios sin humo.						
7	1	4 34	Fomentar espacios públicos y de ocio sin humo						
7	1	5 35	Potenciar las actividades de control, inspección y cumplimiento de la normativa vigente sobre tabaco.						
			ACTIVIDAD FÍSICA						
8			Aumentar la realización de actividad física entre la población riojana.						
8	1		Sensibilizar a la población sobre la necesidad de practicar actividad física regular e informar sobre los beneficios que aporta a la salud.						
8	1	1 36	Desarrollar campañas de sensibilización dirigidas a la población general, adecuando mensajes y medios a los distintos públicos.						Evaluación 2014
8	1	2 37	Integrar en la práctica clínica del consejo sanitario sobre el ejercicio físico como actividad preventiva habitual.						
8	2		Impulsar la actividad física y patrones de vida más activos desde el nacimiento hasta la adolescencia.						
8	2	1 38	Capacitar a los padres y madres de los y las recién nacidos/as, mediante talleres y consejo sanitario, para la práctica de ejercicios apropiados a su edad.						

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
8	2	2	Realizar colaboraciones entre la Consejería de Salud y la Consejería de Educación, Cultura y Deportes para potenciar y facilitar las actividades deportivas en los centros educativos con la participación de padres, madres, personal docente y sanitario							
		39								
			ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN							
9			Promover una alimentación saludable adaptada a todos los grupos de edad, género y estados de salud							
9	1		Mejorar el conocimiento de los hábitos nutricionales de la población de La Rioja para su posterior evaluación.							
9	1	1	Informar y concienciar a las familias/padres de la importancia que tiene educar a sus hijos en hábitos de alimentación sana y equilibrada.							
		40								
9	1	2	Elaborar guías nutricionales para la población general de La Rioja y para grupos con necesidades específicas.							
		41								
9	1	3	Establecer un sistema de Vigilancia Epidemiológica para detectar la obesidad							
		42								Evaluación 2014
9	1	4	Realización de la encuesta nutricional de la población riojana							
		43								
9	2		Disminuir en la población general el consumo de carne, embutidos y fiambres, sal y grasas trans Incrementar el consumo de pescados, legumbres y hortalizas.							
9	2	1	Informar y concienciar a las familias/padres de la importancia que tiene educar a sus hijos en hábitos de alimentación sana y equilibrada.							
		40								
9	2	2	Elaborar guías nutricionales para la población general de La Rioja y para grupos con necesidades específicas.							
		41								
9	3		Propiciar marcos de colaboración entre los diferentes ámbitos: empresariales, sanitarios, educativos y sociales.							
9	3	1	Impulsar programas y establecer medidas específicas para controlar la alimentación equilibrada en los centros docentes y universitarios.							
		44								
9	3	2	Incorporar en las consultas de Atención Primaria el Consejo Mínimo sobre los beneficios de la dieta sana							
		45								
9	3	3	Promover la lactancia materna en las embarazadas							
		46								
9	3	4	Control de la publicidad de alimentos no saludables.							
		47								
9	3	5	Realización de actividades de sensibilización e información dirigidas a periodistas.							
		48								
9	3	6	Realización de programas de promoción de alimentación equilibrada en radio y televisión.							
		49								
9	3	7	Concienciar al sector de la restauración colectiva para que su oferta sea nutricionalmente equilibrada y cardiosaludable, aumentando la oferta de fruta, verduras y reduciendo las grasas saturadas y la sal e informando en las cartas del menú sobre el contenido nutricional de los platos.							
		50								Evaluación 2014
9	3	8	Reducir el consumo de sal y las grasas trans en los productos de panadería							
		51								
9	3	9	Concienciar a los industriales de los productos alimenticios, para que reduzcan la cantidad de sal y grasas trans en el proceso de fabricación e incluyan la información nutricional del etiquetado, especialmente en los productos destinados a la población infantil.							
		52								Evaluación 2014



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
9	3	10	Formación del personal docente en la promoción de la dieta equilibrada							
		53								
			SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA							
10			Mejorar la salud sexual y reproductiva de la población.							
10	1		Promover la educación afectivo-sexual en todas las etapas de la vida							
10	1	1	Realizar actividades de educación afectivo-sexual desde la educación infantil, formando a niños, padres y profesionales del ámbito educativo.							
		54								
10	1	2	Mantener la participación de los centros docentes públicos e incrementar la participación de los centros privados en el programa de prevención de embarazos no deseados y SIDA dirigido a los alumnos de Educación Secundaria.							
		55								
10	1	3	Desarrollar estrategias de información y asesoramiento en el ámbito sanitario sobre utilización de métodos anticonceptivos, protección frente a infecciones de Transmisión Sexual (ITS), realización de la prueba de detección del VIH en aquellas personas que han tenido prácticas de riesgo.							
		56								
10	1	4	Formar y actualizar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada, en salud sexual.							
		57								
10	1	5	Facilitar información y atención en materia de salud sexual a la mujer en edad menopáusica.							
		58								
10	1	6	Desarrollar campañas para promover la responsabilidad compartida en materia de anticoncepción y reproducción.							
		59								
10	2		Reducir en un punto la tasa de IVES en La Rioja							
10	2	1	Favorecer y promover el acceso a los programas de planificación familiar de jóvenes y poblaciones con dificultades especiales (emigrantes, prostitutas, ...).							
		60								
10	2	2	Facilitar información y acceso a los distintos métodos de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia.							
		61								
10	3		Promover una concepción, gestación, parto y postparto saludables.							
10	3	1	Informar sobre los problemas y riesgos derivados de la concepción en edades tardías.							Evaluación 2014
		62								
10	3	2	Desarrollar actividades de sensibilización y difusión de los consejos sobre cuidado e higiene en relación con el embarazo y el parto.							
		63								
10	4		Proteger la salud sexual de los colectivos más desfavorecidos.							
10	4	1	Identificar colectivos más desfavorecidos en materia de salud sexual donde la patología es más frecuente (inmigrantes, prostitutas), para proteger su salud.							Evaluación 2014
		64								
10	4	2	Informar sobre salud sexual a los colectivos desfavorecidos y con mayor dificultad de acceso.							Evaluación 2014
		65								
ENTORNO Y SALUD										
			SALUD LABORAL							
11			Establecimiento e impulso del marco organizativo de la salud laboral dentro de la salud pública de La Rioja							
11	1		Establecer los criterios y requisitos que deben cumplir los servicios de prevención para el año 2009, delimitando las competencias propias de las autoridades laboral y sanitaria.							

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
11	1	1	66	Transposición y publicación de los criterios básicos sobre la organización de los recursos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención aprobados por la Comisión de Salud Pública y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.						
11	1	2	67	Desarrollar una normativa que, teniendo en cuenta los criterios nacionales, se adapte a las necesidades de nuestra comunidad autónoma						Evaluación 2014
11	1	3	68	Verificar anualmente el cumplimiento de los criterios y requisitos que deben cumplir los servicios de prevención (propios y ajenos), en los aspectos sanitarios, a través de la evaluación de la memoria obligatoria de estos servicios e informarles de los resultados de la misma.						
11	2			Identificación y prevención de riesgos y patologías que afectan a la salud de los trabajadores.						
11	2	1	69	Implantar sistemas de información que permitan la elaboración de mapas de riesgos laborales y la realización de estudios epidemiológicos.						Evaluación 2014
11	2	2	70	Elaborar por parte de la autoridad sanitaria el conjunto mínimo de datos de la actividad sanitaria realizada de los Servicios de Prevención y que quedarán reflejados en la memoria anual.						
11	2	3	71	Para el año 2009, elaboración de un protocolo de comunicación de las enfermedades profesionales o sospecha de origen profesional por los facultativos correspondientes a través del organismo de referencia en salud laboral.						Evaluación 2014
11	3			Aumentar la detección de enfermedades profesionales y de enfermedades relacionadas con el trabajo en La Rioja						
11	3	1	72	Integración de la información de los diferentes sistemas de registro para el año 2010.						Evaluación 2014
11	3	2	73	Creación para el año 2012 de un grupo de médicos centinela de la red sanitaria pública para la detección de trastornos psicológicos relacionados con riesgos psicosociales derivados de la organización del trabajo.						
11	3	3	74	Incluir para el año 2011, en las bases de datos de los registros de tumores específicos las variables de exposición de neoplasias malignas cuya relación causal laboral es altamente específica.						
11	3	4	75	Protocolizar e instaurar la intervención en la gestión de brotes epidémicos de enfermedades profesionales o relacionadas con el trabajo para el año 2010.						
11	3	5	76	Identificar las empresas de nuestra comunidad con riesgo de contraer enfermedades profesionales causadas por la exposición a agentes cancerígenos reconocidos en el cuadro de enfermedades profesionales en vigor.						Evaluación 2014
11	3	6	77	Potenciar la recogida de datos de ocupación en las bases de datos administrativo asistenciales.						
11	3	7	78	Establecer mecanismos que permitan el intercambio de información con otra entidad relacionados con la actividad laboral (ej. Tesorería General de la Seguridad Social TGSS).						Evaluación 2014
11	4			Realizar vigilancia sanitaria específica según los riesgos del trabajador						
11	4	1	79	Establecimiento de protocolos de vigilancia sanitaria específica según los riesgos a que deben ajustarse las unidades sanitarias de los servicios de prevención actuales.						
11	4	2	80	Seguimiento del Programa Integral de Vigilancia de la Salud de los trabajadores que han estado expuestos a amianto en nuestra Comunidad. 2009-2012.						
11	4	3	81	Especial supervisión de la vigilancia de las condiciones de trabajo de las mujeres en periodos de embarazo y lactancia para el año 2010						
11	4	4	82	Asesoramiento técnico a los facultativos del servicio riojano de salud que asistan a la mujer embarazada respecto a las condiciones de trabajo que afectan negativamente a la salud materno-fetal.						Evaluación 2014



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
11	4	5	Coordinación con sanidad ambiental en la valoración de riesgos por agentes químicos presentes en el puesto de trabajo de la mujer embarazada.							
		83								
12			Garantizar la protección de la salud en materia de seguridad alimentaria a través de la aplicación del Plan de Seguridad Alimentaria.							
12	1		Promover la cooperación y coordinación de todos los departamentos de la Comunidad Autónoma implicados en la seguridad alimentaria.							
12	1	1	Elaborar un Plan de Seguridad Alimentaria.							
		84								Evaluación 2014
12	1	2	Elaborar un instrumento sobre cooperación y coordinación de departamentos relacionados con la seguridad alimentaria.							
		85								Evaluación 2014
12	2		Potenciar la implantación del sistema de autocontrol basado en los principios del Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico (APPCC) en los establecimientos alimentarios de La Rioja.							
12	2	1	Elaboración de guías de aplicación del sistema de autocontrol en cooperación con los diversos sectores.							
		86								
12	2	2	Formación de los responsables de empresas alimentarias, sobre los sistemas de autocontrol.							
		87								Evaluación 2014
12	2	3	Elaborar procedimientos de supervisión y auditoría de los sistemas de autocontrol que permitan la adaptación de los servicios de inspección.							
		88								
12	2	4	Impulsar la formación del personal de inspección sobre supervisión y auditoría de los sistemas de autocontrol.							
		89								
12	3		Prevenir los riesgos para la salud humana derivados del consumo de productos alimenticios de origen animal que puedan ser portadores de sustancias, aditivos fraudulentos o residuos de productos zoonosarios perjudiciales.							
12	3	1	Elaborar el plan de investigación de residuos en animales y productos de origen animal.							
		90								
12	4		Disminuir a niveles aceptables la presencia de peligros biológicos o químicos en todas las etapas de la cadena alimentaria.							
12	4	1	Elaborar los procedimientos documentados necesarios para controlar que las actividades de la cadena alimentaria cuenten con las autorizaciones y registros pertinentes, disponen de instalaciones, sistemas de autocontrol, trazabilidad, formación de los trabajadores, gestión de residuos, etc., adecuados							
		91								
12	4	2	Elaborar los procedimientos de auditoría interna y externa para garantizar la coherencia de los controles oficiales.							
		92								Evaluación 2014
12	5		Asegurar una protección eficaz de la salud ante las situaciones de crisis.							
12	5	1	Elaboración de un procedimiento documentado donde se desarrolle e implante un sistema integral de Alertas y Crisis Alimentarias coordinando los diferentes sectores implicados.							
		93								
12	5	2	Elaboración de una instrucción técnica donde se describan las actuaciones que deben desarrollar los equipos de inspección.							
		94								
12	5	3	Formación de todas las partes que intervienen en la gestión de la crisis.							
		95								
12	5	4	Actividades de información al ciudadano.							
		96								
12	6		Reducir la incidencia y prevalencia de las enfermedades de transmisión alimentaria a niveles razonablemente aceptables.							

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
12	6	1 97	Elaboración de un procedimiento documentado de gestión de brotes de enfermedades de transmisión alimentaria.							
12	6	2 98	Formación de los agentes de control oficial que intervienen en la gestión de brotes.							
12	7		Conocer el nivel de confianza en los sistemas de control oficial de la cadena alimentaria por parte de los ciudadanos.							
12	7	1 99	Establecer los mecanismos de información al ciudadano para lograr el máximo nivel de transparencia.							
			SALUD Y MEDIO AMBIENTE: Agua y Salud							
13			Prevenir los riesgos para la salud de los riojanos derivados de los diferentes usos del agua.							
13	1		Mejorar los programas de vigilancia y control sanitario de los sistemas de abastecimiento y de la calidad del agua de consumo humano para el año 2010.							
13	1	1 100	Control oficial mediante protocolos, procedimientos y cuestionarios para las diferentes actuaciones y prioridades.							
13	1	2 101	Desarrollo normativo sanitario en esta materia.							
13	1	3 102	Mejorar la implantación del SINAC, fomentando la sensibilización, la comunicación, la formación y la educación de los ciudadanos y agentes implicados para el año 2009.							
13	2		Mejora de los programas de vigilancia y control sanitario de las instalaciones de riesgo en la proliferación y dispersión de la legionella para el año 2009.							
13	2	1 103	Evaluación del riesgo de las instalaciones.							
13	2	2 104	Control oficial mediante protocolos, procedimientos y cuestionarios para las diferentes actuaciones y prioridades.							
13	2	3 105	Desarrollo de legislación sanitaria que sea oportuna en esta materia.							
13	2	4 106	Homologación, autorización y control de cursos de legionella.							
13	2	5 107	Campañas de información sanitaria.							Evaluación 2014
			SALUD Y MEDIO AMBIENTE: Productos Químicos y Salud							
14			Prevenir los riesgos químicos para la salud de los riojanos derivados de las sustancias peligrosas.							
14	1		Mejorar la vigilancia y control de productos químicos para aumentar la conformidad con la normativa de los más peligrosos desde el año 2009.							
14	1	1 108	Extender el control oficial de productos químicos.							
14	1	2 109	Información/asesoramiento a empresas y otros organismos sobre cumplimiento de la legislación.							Evaluación 2014



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
14	1	3	Gestión del Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos en La Rioja y coordinación de actuaciones con otras Comunidades Autónomas							
		110								
14	2		Mejorar la vigilancia y control de los establecimientos y servicios biocidas, desde el primer año de vigencia del plan, para disminuir los incumplimientos normativos de mayor riesgo.							
14	2	1	Desarrollar el control oficial de fabricantes, almacenistas, distribuidores, vendedores y servicios de aplicación de biocidas en función del riesgo.							
		111								
14	2	2	Seguimiento y control de las buenas prácticas de aplicación de biocidas en edificios de uso público.							
		112								
14	2	3	Gestión del Registro de Establecimientos y Servicios de Biocidas de La Rioja.							
		113								
14	2	4	Homologación, autorización y seguimiento de cursos, y control de la cualificación de aplicadores de biocidas.							
		114								
			SALUD Y MEDIO AMBIENTE: Políticas Sectoriales y Salud							
15			Prevenir los riesgos para la salud de los riojanos derivados de otras políticas sectoriales.							
15	1		Introducir criterios de protección de la salud en los proyectos, actividades, instalaciones y en los planes y programas sujetos a los procedimientos de Licencia Ambiental (LA), Autorización Ambiental Integrada (AAI), Evaluación de Impacto Ambiental (EIA), Evaluación Ambiental Estratégica (EAE), para el año 2012.							
15	1	1	Elaboración de dos guías, una, dirigida a los proyectistas y técnicos municipales, con los contenidos mínimos en materia de protección de la salud que deben figurar en los proyectos de actividades e instalaciones, y otra, dirigida a los técnicos de salud públicas, para la evaluación e informe sanitario de dichos proyectos en función del riesgo para la salud.							Evaluación 2014
		115								
15	1	2	Elaboración de dos guías, una con los contenidos de protección de la salud, que deben figurar en la documentación a presentar para solicitar la AAI, y otra con los aspectos de salud a considerar en el Estudio de Impacto Ambiental. Ambas dirigidas a los equipos profesionales que elaboran la documentación a presentar en cada caso.							Evaluación 2014
		116								
15	1	3	Elaboración de una guía que desarrolle los criterios para determinar la posible significación de los efectos sobre la salud humana de planes y programas y los contenidos de salud humana previstos en el informe de Sostenibilidad Ambiental (ISA).							Evaluación 2014
		117								
15	1	4	Realización de talleres prácticos, sobre la elaboración de los informes sanitarios de las actividades mencionadas, con los inspectores de salud pública a quien se encomiende dichas tareas. Y protocolización, coordinación y evaluación de dichas actuaciones en el marco de la programación de actividades de sanidad ambiental.							Evaluación 2014
		118								
15	1	5	Estudio de la necesidad de actualización de la normativa reguladora y, en su caso, propuesta de desarrollo. Y establecimiento de vías de colaboración con los órganos competentes para una adecuada integración de los criterios de protección de la salud en los procedimientos de LA, AAI, EIA y EAE.							Evaluación 2014
		119								
15	2		Integrar las consideraciones de salud pública en el resto de políticas en La Rioja.							
15	2	1	Desarrollo del método de EIS propuesto por la OMS y la CE.							
		120								
15	2	2	Coordinación con el resto de comunidades autónomas y con el Ministerio de Sanidad y Política Social en la estrategia de implantación de la EIS para todas las políticas nacionales, autonómicas y locales.							
		121								
15	2	3	Establecimiento de canales de comunicación con todos los organismos del Gobierno de La Rioja que desarrollen políticas sectoriales para acordar un procedimiento para la EIS de dichas políticas.							
		122								

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
15	3			Fomentar la sensibilización de ciudadanos y profesionales de las interacciones existentes entre contaminación ambiental y salud para el año 2012.						
15	3	1	123	Desarrollar campañas de concienciación a los distintos sectores implicados, grupos de riesgo, ciudadanos y agentes sociales.						
15	3	2	124	Orientar los actuales programas de vigilancia y control sanitarios hacia las enfermedades prioritarias.						Evaluación 2014
				SALUD Y MEDIO AMBIENTE: Cambio Climático y Salud						
16				Proteger la salud de los riojanos frente al cambio climático.						
16	1			Prevenir los efectos en la salud de los riojanos por las posibles olas de calor						
16	1	1	125	Mantenimiento y mejora del actual "Plan de alerta, prevención y control de los efectos de la ola de calor en la Comunidad Autónoma de La Rioja".						
16	2			Introducir criterios de adaptación al CC en los actuales programas y actividades de vigilancia y control sanitarios para el año 2010.						
16	2	1	126	Identificar la vulnerabilidad al CC de las infraestructuras de abastecimiento de agua, de la cadena de suministro de alimentos, de los almacenamientos de sustancias peligrosas, del control vectorial, de los centros sanitarios, etc. Y proponer las oportunas medidas de adaptación.						Evaluación 2014
16	3			Implantar un programa marco de medidas de salud pública para la mitigación y adaptación al CC para el año 2012.						
16	3	1	127	Desarrollar un sistema de indicadores de CC e impacto en salud para su monitorización						
16	3	2	128	Desarrollar un sistema de evaluación de impacto en salud que realice estimaciones de los posibles impactos futuros (evaluación de riesgo).						Evaluación 2014
16	3	3	129	Establecer un sistema de gestión del riesgo que proponga medidas de adaptación basadas en el principio de precaución y en el análisis costo-beneficio.						Evaluación 2014
16	3	4	130	Promover la investigación en cambio climático y salud.						
16	3	5	131	Realizar campañas de concienciación ciudadana sobre cambio climáticos y salud.						
16	3	6	132	Establecer medidas de fortalecimiento de la capacidad de adaptación en cuanto a recursos, tecnologías e infraestructuras de salud pública.						Evaluación 2014
16	3	7	133	Coordinar y reforzar el papel de la salud pública en todas las políticas y planes relacionados con el CC mediante la creación de un Observatorio de CC Salud.						Evaluación 2014
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES										
				ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN						
17				Disminuir la morbimortalidad ocasionada por las enfermedades prevenibles por inmunización.						
17	1			Mantener la cobertura de vacunación en cada una de las edades y para cada una de las vacunas incluidas en el calendario oficial de vacunaciones sistemáticas en la edad pediátrica por encima del 90%.						
17	2			Conocer la situación epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación y los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo.						



OG	OE	A	AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
17	3		Identificar los grupos de población con baja cobertura vacunal.						
17	4		Eliminar la Poliomielitis, el Tétanos neonatal, el Sarampión por virus salvaje y la Rubéola congénita.						
17	5		Alcanzar un 30% de cobertura vecinal en adultos frente a difteria y tétanos.						
17	6		Mantener las tasas de cobertura vacunal frente a gripe por encima de 70% en mayores de 65 años, del 90% en mayores de 60 años institucionalizados y del 30% en personal sanitario y docente.						
17	7		Mantener el número absoluto de vacunados frente a la gripe en personal de riesgo menor de 65 años por encima de los 20.000.						
17	8		Alcanzar un 70% de vacunados frente a enfermedad neumocócica en las personas que cumplan 65 años o en los mayores de esa edad no vacunados previamente.						
17	9		Actualizar el calendario oficial de vacunaciones sistemáticas en la edad pediátrica cada vez que la evidencia científica proporcione suficiente información para incluir o excluir una vacuna.						
17	0	1 134	Consolidar el sistema de información específico sobre el estado vacunal de los distintos grupos poblacionales que permita mejorar los registros individualizados y difundir información a los distintos profesionales y ámbitos implicados.						
17	0	2 135	Elaborar y difundir el análisis de la situación epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación y los cambios que se produzcan a lo largo del tiempo.						
17	0	3 136	Consolidar y actualizar los planes de eliminación de sarampión, rubéola congénita, poliomielitis y tétanos neonatal en La Rioja.						
17	0	4 137	Colaborar en la vigilancia epidemiológica de las reacciones adversas a las vacunas con la Unidad de Farmacovigilancia de La Rioja.						
17	0	5 138	Mantener el sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda.						
17	0	6 139	Sensibilizar, informar y motivar a la población adulta y mayor sobre la importancia que tiene para mantener y mejorar su salud el estar vacunado frente a Tétanos y Difteria en adulto, gripe y neumococo en mayores.						
17	0	7 140	Fomentar y facilitar la vacunación antigripal entre el personal sanitario y docente.						
17	0	8 141	Potenciar y dinamizar la Comisión de Vacunaciones de La Rioja como instrumento de actualización científica permanente y como órgano asesor de la política de vacunaciones recogida en el calendario oficial.						
17	0	9 142	Analizar y actualizar el estado vacunal de la población de reciente ingreso en el ámbito escolar.						Evaluación 2014
			TUBERCULOSIS						
18			Disminuir la morbimortalidad por tuberculosis en La Rioja.						
18	1		Controlar y disminuir la incidencia de tuberculosis en La Rioja.						
18	1	1 143	Elaborar y poner en marcha un programa de prevención y control de la Tuberculosis en la Rioja.						
18	1	2 144	Realizar un protocolo que recoja la base legal para la puesta en marcha de las medidas especiales, en materia de salud pública, en aquellos casos en los que no se acepte realizar el tratamiento antituberculoso.						
18	2		Sensibilizar a los profesionales sanitarios para la detección precoz y la notificación temprana de los casos de tuberculosis.						
18	2	1 145	Difundir los resultados de las investigaciones sobre tuberculosis.						

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
18	3		Establecer líneas de colaboración entre los distintos niveles asistenciales y sociales, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento de los casos.							
18	3	1 146	Establecer líneas de coordinación entre los distintos niveles asistenciales implicados en el estudio de contactos, los equipos sanitarios que realizan el diagnóstico de tuberculosis y los laboratorios de microbiología.							
18	3	2 147	Establecer convenios de colaboración con instituciones del ámbito de los servicios sociales que faciliten la relación con grupos de población con necesidades especiales en relación a la tuberculosis.							
18	4		Promover la participación intersectorial e interautonómica.							
18	4	1 148	Participar en actividades de consenso o actualización con otras entidades interautonómicas o estatales.							
18	5		Priorizar la educación para la salud y la información sobre tuberculosis en la población general.							
18	5	1 149	Formar e incorporar a agentes comunitarios procedentes de entorno socioculturales similares a los enfermos para localizar y acercar a los servicios sanitarios y mejorar el cumplimiento terapéutico.							
18	5	2 150	Diseñar campañas de educación para la salud en población general con especial atención a los grupos de mayor riesgo.							
			INFECCIÓN NOSOCOMIAL							
19			Disminuir las tasas de prevalencia e incidencia de infección nosocomial en la Comunidad Autónoma de La Rioja							
19	1		Definir un modelo de vigilancia y control de la infección nosocomial común a todos los centros sanitarios de la Comunidad.							
19	2		Conocer los niveles endémicos de infección nosocomial de cada centro hospitalario.							
19	3		Conocer el patrón microbiológico del centro, así como el mapa de resistencias a los antimicrobianos.							
19	4		Detectar brotes nosocomiales.							
19	5		Disminuir la prevalencia de infecciones nosocomiales en La rioja al menos un 15%.							
19	6		Disminuir la prevalencia de pacientes con infección nosocomial en los hospitales de La Rioja al menos en un 15%.							
19	7		Disminuir la prevalencia de infecciones nosocomiales en las unidades de medicina intensiva al menos un 10%.							
19	8		Disminuir la prevalencia de infecciones nosocomiales en cirugía al menos un 20%.							
19	9		Disminuir por debajo del 3% la prevalencia de infección quirúrgica en cirugía limpia.							
19	10		Disminuir al menos un 15% la prevalencia de infecciones por microorganismos multirresistentes.							
19	11		Definir una política antibiótica homogénea e informatizada en toda la Comunidad Autónoma.							
19	0	1 151	Diseñar una base de datos de infecciones nosocomiales común a todos los centros, para obtener un mínimo de indicadores establecidos.							
19	0	2 152	Definir una estrategia que permita detectar brotes de infección nosocomial y secuencia de medidas a seguir, así como de gémenes de especial relevancia como los multirresistentes.							
19	0	3 153	Definir un plan de minimización de riesgos microbiológicos en la Comunidad Autónoma (legionella, aspergillus ...)							
19	0	4 154	Establecer un sistema de gestión de calidad total de las centrales de esterilización en todos los centros de La Rioja para asegurar la calidad del proceso de esterilización, la trazabilidad del producto esterilizado, así como minimizar los accidentes e incidentes.							



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
19	0	5	Definir procedimientos normalizados para la limpieza y desinfección de materiales y superficies, así como medidas de supervisión y control a realizar (especialmente endoscopios y laparoscopias).							
		155								
19	0	6	Establecer un sistema de supervisión y control de la higiene hospitalaria.							
		156								
19	0	7	Definir procedimientos normalizados en relación con procedimientos de riesgo.							
		157								
19	0	8	Establecer una serie de recomendaciones para el uso racional de los antibióticos.							
		158								
19	0	9	Definir protocolos normalizados de profilaxis antibiótica preoperatorio.							
		159								
19	0	10	Control de enfermedades transmisibles y política de vacunación del personal sanitario.							
		160								
			VIH-SIDA							
20			Disminuir la incidencia de VIH y SIDA y aumentar la supervivencia de los casos diagnosticados, de acuerdo a los objetivos y líneas de actuación del Plan Nacional del SIDA.							
20	1		Atender de forma integral a los enfermos de SIDA.							
20	1	1	Establecer un Plan de Acción Multisectorial sobre la Infección VIH/SIDA en La Rioja.							
		161								
20	2		Priorizar las medidas preventivas individualizadas.							
20	2	1	Fomentar el mantenimiento y la adherencia de medidas preventivas en las personas infectadas con VIH y sus parejas.							
		162								
20	3		Promover la prueba de detección de VIH.							
20	3	1	Disponer de servicios de atención sanitaria donde se facilite la realización de la prueba de detección frente a VIH.							
		163								
20	3	2	Diseñar campañas de sensibilización para la realización voluntaria de la prueba de detección precoz.							
		164								
20	4		Promover las actividades preventivas y de control en el medio sanitario.							
20	4	1	Establecer líneas de coordinación entre los distintos servicios sanitarios implicados en la prevención y control de la transmisión de VIH/SIDA en el medio sanitario.							
		165								
20	4	2	Facilitar el tratamiento antirretroviral post-exposición a los trabajadores del ámbito sanitario.							
		166								
20	5		Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral frente al VIH con el fin de reducir la aparición de resistencias.							
20	5	1	Educación para la salud individualizada y grupal en las consultas sanitarias.							
		167								
20	6		Mantener la ausencia de transmisión vertical de la infección por el VIH.							
20	6	1	Detección precoz (primer trimestre de gestación) de la infección por el VIH en las mujeres embarazadas.							
		168								
20	7		Mejorar la reinserción social y laboral de los enfermos.							
20	7	1	Establecer convenios de colaboración con ONG, empresas y administraciones públicas para la reinserción social y laboral de las personas con SIDA.							
		169								
20	8		Promover la educación para la salud en la población general.							

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
20	8	1	170	Editar y distribuir materiales de prevención sobre la transmisión del VIH adaptados a las características socioculturales y lingüísticas de los diferentes colectivos.						
				OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL						
21				Vigilancia y control de las Infecciones de Transmisión Sexual.						
21	1			Mantener la eliminación de la sífilis congénita.						
21	1	1	171	Editar y distribuir materiales de prevención sobre las enfermedades de transmisión sexual adaptados a las características socio-culturales, lingüísticas y de edad de los diferentes colectivos.						
21	1	2	172	Priorizar la detección precoz de la sífilis durante el embarazo.						
21	2			Mantener la eliminación de la oftalmia neonatorum.						
21	3			Mejorar la notificación de casos al sistema de enfermedades de declaración obligatoria y realizar búsqueda activa de la subnotificación.						
21	3	1	173	Facilitar medios electrónicos para la notificación de las ITS al sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria.						
				ZOONOSIS						
22				Disminuir la morbi-mortalidad humana por zoonosis.						
22	1			La morbimortalidad declarada por brucelosis debe mantenerse por debajo de tres casos por 100.000 habitantes.						
22	1	1	174	Establecer criterios para la búsqueda activa de casos de brucelosis en personal de riesgo.						
22	2			El número de brotes de toxoinfección alimentaria notificados por cada cien mil habitantes serán menor de cuatro.						
22	2	1	175	Realizar actividades de educación para la salud a la población sobre prácticas que no conlleven riesgos para la aparición de brotes.						Evaluación 2014
22	3			La hidatidosis humana debe eliminarse durante el periodo de vigencia del plan.						
22	3	1	176	Llevar a cabo la desparasitación canina frente a hidatidosis.						Evaluación 2014
22	3	2	177	Controlar los subproductos de origen animal no destinados a consumo humano.						
22	3	3	178	Controlar los perros vagabundos o abandonados.						
22	4			La triquinosis en personas debe ser eliminada.						
22	4	1	179	Promover el método de digestión para la detección de triquina en jabalíes abatidos en cacerías y en animales de la especie porcina sacrificados para consumo familiar.						Evaluación 2014
22	5			La morbilidad declarada por fiebre exantemática mediterránea debe mantenerse por debajo de tres casos por cien mil habitantes.						
22	5	1	180	Señalar las zonas en las que se ha descrito una alta incidencia de infección transmitida por garrapatas.						
22	5	2	181	Investigar la presencia y evolución de las rickettsiosis causantes de enfermedades humanas.						
22	5	3	182	Vigilancia epidemiológica y control de cualquier brote zoonótico.						
				HEPATITIS VÍRICAS						
23				Disminuir la morbimortalidad por hepatitis vírica.						
23	1			Mantener la tasa de incidencia de hepatitis A por debajo de 5 casos por cien mil habitantes.						



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
26	1	1	Colaborar con las instituciones implicadas en campañas de información y educación en seguridad vial a los colectivos más afectados (Conductores de 18 a 35 años y peatones mayores de 60 años).							Evaluación 2014
		193								
26	1	2	Dirigir campañas de educación e información a jóvenes conductores (18 a 35 años), sobre los efectos negativos de la conducción bajo influencia de alcohol y drogas de abuso.							Evaluación 2014
		194								
26	1	3	Colaborar con las instituciones implicadas en campañas de información a personas mayores en hogares de ancianos, sobre la necesidad de respetar las normas de circulación como viandantes y de su vulnerabilidad como peatones.							Evaluación 2014
		195								
26	2	Incrementar y consolidar la cultura de prevención de riesgos en el ámbito laboral.								
26	2	1	Colaboración con la autoridad laboral en la realización de programas específicos dirigidos a la población en activo, para la adecuada protección de la salud (riesgos por trastornos osteomusculares. Psicosociales, etc....) y en la realización de campañas formativas y divulgativas conjuntas relacionadas con la prevención del consumo de sustancias estupefacientes, y la actividad laboral.							Evaluación 2014
		196								
26	2	2	Colaboración con la autoridad laboral en el asesoramiento a las empresas sobre la adecuada vigilancia de la salud de sus trabajadores.							Evaluación 2014
		197								
26	2	3	Colaboración con la autoridad laboral en el asesoramiento y vigilancia del correcto cumplimiento de los protocolos sanitarios que aplican los Servicios de Prevención.							
		198								
26	2	4	Creación de un protocolo de trabajo para los médicos de atención primaria y especializada para detectar e identificar las enfermedades de origen profesional.							
		199								
26	3	Mejorar la conciencia preventiva en el hogar y en las actividades de ocio.								
26	3	1	Realizar Campañas informativas de protección infantil-juvenil (menores de 15 años) en colaboración con la Consejería de Educación y Deportes.							Evaluación 2014
		200								
26	3	2	Realizar Campañas informativas sobre actuaciones preventivas para lesiones traumáticas, intoxicaciones, mordeduras y picaduras de animales, etc. a la población en general.							
		201								
26	3	3	Realizar Campañas informativas específicas sobre prevención de accidentes en embarazadas.							
		202								
26	4	Disminuir el número de caídas en población de edad avanzada.								
26	4	1	Establecer sistemas de detección de ancianos de riesgo y medidas de coordinación con Servicios Sociales.							
		203								
26	4	2	Realizar Campañas de evitación de caídas y lesiones fortuitas, en centros de salud, residencias de ancianos, hogares del jubilado y medios de comunicación.							
		204								
26	4	3	Realizar Campañas de corrección de defectos visuales y auditivos en ancianos.							
		205								
26	5	Difundir el conocimiento de la actuación ante accidentes.								
26	5	1	Campaña de difusión del conocimiento en la población de los números de emergencias sanitarias (112, Toxicología, Teleasistencia, Mujer maltratada,...).							
		206								
26	5	2	Realización de campañas de formación en atención a Primeros Auxilios.							
		207								
27	Detectar y proporcionar atención integral en los casos de violencia con especial atención a las mujeres que sufren maltrato y a sus hijos e hijas.									
27	1	Formación y participación de los profesionales sanitarios para la Prevención y Atención a la Violencia (mujeres, niños y discapacitados).								



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
27	1	1	Impartir formación en violencia contra las mujeres en el plan de formación continuada de los profesionales de la salud.							
		208								
27	1	2	Establecer un plan de formación para los trabajadores de los centros de salud, ginecología y obstetricia, salud mental y urgencias.							
		209								
27	1	3	Establecer sesiones de sensibilización en la Atención Primaria de Salud.							
		210								
27	1	4	Crear equipos de trabajo multidisciplinares para la elaboración de las guías y protocolos de actuación.							
		211								
27	2	Participación y colaboración con otros organismos en la mejora de la atención a las víctimas de la violencia.								
27	2	1	Colaborar con el III Plan Integral de la Mujer para los años 2006-2009, elaborado por el Gobierno de La Rioja.							
		212								
27	2	2	Colaborar con el II Plan de Atención a las personas con discapacidad 2006-2009, que contempla actuaciones para la prevención y atención de la violencia doméstica en personas discapacitadas y de riesgo.							
		213								
CÁNCER										
28	Disminuir la incidencia de los cánceres evitables.									
28	1	Para el año 2020, en la Comunidad de La Rioja, reducción en un 10% la tasa de incidencia ajustada a la población europea de cáncer de pulmón.								
28	2	Para el año 2011, en la Comunidad autónoma de La Rioja, todos los escolares entre los 14 y 16 años conocerán el Código Europeo Contra el Cáncer (CECC).								
28	3	Para el año 2013, en la Comunidad autónoma de La Rioja, se habrá realizado al menos una campaña de difusión en población general del Código Europeo Contra el Cáncer.								
28	3	1	Realizar campañas de difusión del CECC en la población general, en centros educativos, en los centros sanitarios y entre el personal de la salud.							
		214								
28	3	2	Incluir las recomendaciones del CECC en las actividades de Atención primaria proporcionando herramientas que posibiliten recordar las mismas accediendo desde la historia clínica informatizada.							Evaluación 2014
		215								
28	3	3	Estudiar la posibilidad de incluir el CECC en la plantilla de los informes clínicos de todos los pacientes.							
		216								
29	Aumentar la calidad de vida y la supervivencia del paciente oncológico. Disminuir la morbilidad y la mortalidad ocasionada por el cáncer.									
29	1	Asegurar un cribado de cáncer de cervix eficiente a las mujeres de la Comunidad de La Rioja de acuerdo a las recomendaciones internacionales, y a la Sociedad Española de Ginecología, incluyendo a la población de alto riesgo.								
29	2	Más del 80% de las mujeres entre 40 y 50 años se habrán realizado una citología en los últimos cinco años.								
29	2	1	Establecer un protocolo de actuación en el ámbito de la Comunidad Autónoma entre los Servicios de Ginecología y Atención Primaria, sobre las medidas preventivas a realizar en la mujer sana, y establecer un seguimiento sobre su cumplimiento.							Evaluación 2014
		217								
29	2	2	Elaborar un folleto informativo sobre las acciones preventivas a realizar en la mujer sana y distribuirlo tanto en Atención Primaria como en las Consultas de Ginecología.							Evaluación 2014
		218								
29	2	3	En colaboración con las ONG's se diseñarán programas adecuados que posibiliten mejorar el acceso de la población inmigrante y a otros grupos de alto riesgo a los programas de cribado.							
		219								

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
29	2	4 220	Realizar estudio epidemiológico sobre la incidencia de cáncer de cerviz en la población inmigrante.							Evaluación 2014
29	2	5 221	Se realizarán revisiones del Programa a tenor de los datos de la evidencia científica conforme a los criterios de cribado según las recomendaciones de las agencias de evaluación dependiendo de la evidencia disponible tras la implantación generalizada de la vacuna del virus del papiloma humano.							
29	3		Para el año 2010, se ofertará en La Rioja un Programa de Detección Precoz del cáncer de Mama al 100% de las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma de La Rioja de 45 a 69 años.							
29	4		Para el año 2010, en la Comunidad Autónoma de La Rioja, se habrá implantado un programa específico de cribado estructurado del cáncer de mama dirigido a mujeres con alto riesgo, incluidas aquellas subsidiarias de realizar estudio genético.							
29	4	1 222	Elaborar información en soporte adecuado para entregar a las mujeres sobre las características del programa y de la validez, riesgos y beneficios que conlleva el proceso.							
29	4	2 223	Mantener el cumplimiento de las recomendaciones de garantía de calidad de las Guías Europeas en mamografía de cribado.							
29	4	3 224	Elaborar un protocolo para definir y establecer: a) Mujeres con criterios para la realización de un estudio genético. B) mujeres con riesgo elevado de padecer cáncer de mama.							
29	4	4 225	Estructurar el cribado en las mujeres con alto riesgo, pero sin criterios de estudio genético.							
29	5		Para el año 2013, en la Comunidad Autónoma de La Rioja, se ofertará un programa de cribado organizado para las personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal.							
29	6		Para el año 2013 el cribado poblacional deberá hacer cubierto al menos el 50% de la población diana.							
29	6	1 226	Establecer un protocolo estructurado en toda la Comunidad Autónoma de detección y cribado en todas las personas con riesgo elevado de padecer CCR, con difusión entre los profesionales sanitarios.							
29	6	2 227	Realización de un estudio piloto de cribado poblacional con sangre oculta en heces cada 2 años entre los 50 y 74 años, en una población restringida con el fin de analizar su implementación a la población general. La participación de Atención Primaria es imprescindible.							
29	6	3 228	Extensión de forma progresiva del programa de cribado a la población general.							
29	7		Garantizar a los pacientes y familiares con sospecha de cáncer hereditario acceso a un diagnóstico y consejo genético de calidad.							
29	7	1 229	Difundir entre los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada que tratan a los pacientes con cáncer colorrectal y cáncer de mama y ovario el protocolo y los criterios de derivación a la consulta de consejo genético en cáncer.							
29	7	2 230	Actividades formativas para que el personal sanitario conozca el Consejo Genético en cáncer.							
29	8		Garantizar a todo paciente con sospecha de cáncer un proceso de diagnóstico rápido, efectivo y eficiente.							
29	9		El tiempo total desde la derivación de Atención Primaria al diagnóstico definitivo: histopatológico, citológico-inmuno fenotípico y/o citogenética-molecular (incluidas las pruebas necesarias para tomar una decisión terapéutica) no debe ser superior a 3 semanas.							
29	10		En más del 75% de los pacientes con sospecha fundada de cáncer, el tiempo transcurrido entre la solicitud de Atención Primaria y la prueba diagnóstica (mamografía, broncoscopio, colonoscopia, etc.) será inferior a 15 días.							



OG	OE	A	AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
29	11		Una vez establecido el plan terapéutico, el tiempo transcurrido hasta el inicio del primer tratamiento, en términos generales, no deberá ser superior a: una semana si es quimioterapia, dos semanas si es cirugía y dos semanas si es radioterapia.						
29	12		El diagnóstico, estadio TNM, y el plan terapéutico constará en el informe clínico. En el caso de linfomas y leucemias además del plan terapéutico, constará el diagnóstico y estadificación que corresponda a su patología.						
29	13		Mejorar la satisfacción del paciente y de sus familiares con la atención sanitaria recibida con motivo de la enfermedad que padezca.						
29	13	1 231	Establecer circuitos de diagnóstico rápido (CDR) de los tipos de tumores más frecuentes.						
29	13	2 232	Actualización de las vías clínicas existentes, en especial cuando se produzcan cambios en la evidencia científica.						
29	13	3 233	Elaboración de vías clínicas priorizando las patologías más frecuentes o relevantes.						
29	13	4 234	Protocolización y estandarización de los estudios e informes de Anatomía Patológica en las distintas patologías neoplásicas (codificación según la clasificación SNOMED-CT).						
29	13	5 235	Estandarización y protocolización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y relevantes.						
29	13	6 236	Se estructurará el registro de las fechas de los eventos más relevantes en continuidad con los registros de diagnóstico rápido: fecha de diagnóstico histológico, fecha diagnóstico de extensión inicial, fecha del primer tratamiento.						
29	13	7 237	Creación de un registro hospitalario de tumores.						Evaluación 2014
29	13	8 238	Difusión del protocolo del control del dolor.						
29	13	9 239	Se estructurará el apoyo psicosocial en todas las etapas de la enfermedad.						
29	13	10 240	Se elaborará un protocolo de integración de la Unidad de Cuidados Paliativos en los distintos procesos oncológicos.						
29	13	11 241	Informe anual de consumo de Morfina Hospitalaria y citostáticos en los distintos servicios que atienden a pacientes con cáncer.						
29	13	12 242	Realizar, al menos anualmente, encuestas de satisfacción de los pacientes.						
29	14		Potenciar el diagnóstico precoz de cáncer en los niños y adolescentes.						
29	15		Facilitar el acceso a los niños y adolescentes con cáncer a unidades de referencia de forma que se les garantice una adecuada atención y en coordinación con las unidades de referencia.						
29	15	1 243	Mantener las charlas y conferencias dirigidas a los profesionales que cuidan de los niños para recordar la existencia de estas enfermedades, potenciar las habilidades para su pronto diagnóstico y cuidado de las consecuencias de la enfermedad y de su tratamiento.						
29	15	2 244	Mantener el contacto personal y fluido con las unidades de referencia tanto por parte del personal médico como de enfermería.						
29	15	3 245	A través de Hospitalización a domicilio, dar soporte a las complicaciones que surjan durante el tratamiento evitando en lo posible ingresos hospitalarios.						
29	15	4 246	En los niños de entre 14 y 18 años, valorar de forma individual, la conveniencia de que sean remitidos a Unidad de Oncología Pediátrica.						

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
29	16			Para el año 2013 se deberá disponer de la tecnología suficiente y adecuada que permita ofertar estudios de biología molecular de calidad necesarios, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer.						
29	16	1 247		Creación de un grupo de trabajo, con los servicios implicados: Anatomía Patológica, Oncología Médica, Hematología y Laboratorio de Genética, para coordinar las iniciativas en esta área y evaluar la actividad.						
29	17			Proporcionar apoyo psicosocial estructurado a los pacientes con cáncer y a sus familias.						
29	17	1 248		Realizar sesiones, cursos y/o seminarios para dotar al personal sanitario de herramientas para dar respuesta a las necesidades de apoyo psicosocial a los pacientes y de sus familias.						
29	17	2 249		Estructurar de forma organizada la detección por parte del personal sanitario de las necesidades especiales de apoyo psicosocial, que van a requerir la intervención de otros profesionales.						
29	17	3 250		Creación del Comité Psicosocial.						
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES										
30				Disminuir la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares en la Comunidad Autónoma de La Rioja.						
30	1			Coordinación entre niveles asistenciales para proporcionar atención integral al paciente con enfermedades cardiovasculares.						
30	1	1 251		Elaborar e implantar una Guía de actuación integrada (atención primaria-atención especializada-urgencias) para las enfermedades cardiovasculares.						Evaluación 2014
30	2			Reducir la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares mediante la promoción de hábitos de vida saludables en la población.						
30	3			Detectar precozmente, desde Atención Primaria, la presencia de factores de riesgo cardiovascular, y establecer una función de cálculo del riesgo cardiovascular en prevención primaria a través de la herramienta SCORE.						
30	3	1 252		Implantación de la herramienta SCORE.						Evaluación 2014
30	4			Detectar desde Atención Primaria, al menos al 60% de los hipertensos y controlarlos de forma efectiva en al menos el 35%.						
30	4	1 253		Potenciar el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria.						
30	5			Detectar desde Atención Primaria al menos al 60% de pacientes con dislipemia y controlarlos de forma efectiva en al menos el 50%.						
30	5	1 254		Poner en práctica un Programa de Detección de las Dislipemias.						
30	6			Detectar desde Atención Primaria al menos el 60% de pacientes con obesidad y controlarlos de forma efectiva en al menos el 25%						
30	7			Mejorar la atención del paciente con Síndrome Coronario Agudo.						
30	7	1 255		Poner en práctica un Programa de Atención y Tratamiento mediante Revascularización Precoz (Angioplastia Primaria) al infarto Agudo de Miocardio, proporcionando un traslado rápido al hospital con personal capacitado y equipamiento adecuado.						Evaluación 2014
30	7	2 256		Elaborar un programa de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (061, atención primaria, atención especializada) para la atención a los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio con elevación de ST.						Evaluación 2014
30	7	3 257		Elaborar campañas de información sanitaria para conseguir que un porcentaje alto de pacientes con infarto agudo de miocardio se pongan en contacto con el sistema sanitario en los primeros 60 minutos desde el inicio de los síntomas, preferentemente a través del 061.						Evaluación 2014

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
30	7	4	Poner en práctica un Programa para reducir la incidencia de muerte súbita en el ámbito comunitario que incluya la formación de la población en técnicas de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Desfibrilación Precoz.							Evaluación 2014
		258								
30	7	5	Introducir la formación en técnicas de Reanimación Cardiopulmonar Básica en los Centros de Enseñanza Secundaria, dirigida a alumnos mayores de 13 años y profesores.							
		259								
30	7	6	Información a los convivientes de pacientes con cardiopatía isquémica sobre actuación en caso de parada cardíaca.							
		260								
30	7	7	Capacitación de profesores de primera intervención en desfibrilación externa semiautomática (Médicos de Atención Primaria, DUE de Atención Primaria, Técnicos de transporte sanitario, Guardia Civil, Bomberos, personal de seguridad de los centros comerciales adheridos al programa "La Rioja cardiosaludable").							
		261								
30	8	Mejorar la asistencia y el tratamiento de los pacientes con cardiopatía isquémica crónica.								
30	8	1	Elaborar protocolos de tratamiento y seguimiento de la cardiopatía isquémica crónica.							Evaluación 2014
		262								
30	8	2	Incorporación a la cartera del Servicio Riojano de Salud de aquellas técnicas terapéuticas basadas en el intervencionismo coronario y la cirugía de revascularización coronaria, de acuerdo a criterios de eficiencia.							Evaluación 2014
		263								
30	9	Mejorar la atención de la insuficiencia cardíaca crónica.								
30	9	1	Poner en práctica un Programa de Gestión Integral de la insuficiencia cardíaca que incluya los diferentes niveles asistenciales.							Evaluación 2014
		264								
30	9	2	Elaboración e implantación de protocolos de manejo de pacientes con arritmias cardíacas utilizando tratamientos avalados por la evidencia científica.							
		265								
30	9	3	Elaboración e implantación de protocolos de manejo de pacientes con cardiopatías valvulares proporcionando el tratamiento más adecuado en cada caso.							
		266								
30	9	4	Elaboración e implantación de protocolos de manejo de pacientes con Cardiopatías Congénitas, proporcionando el tratamiento más adecuado en cada caso.							
		267								
30	10	Mejorar la atención, diagnóstico y tratamiento a los pacientes con ictus agudos.								
30	10	1	Reducir los tiempos de demora en la asistencia al ictus agudo mediante la implantación de un código ictus extra e intrahospitalario.							
		268								
30	10	2	Aumentar el número de pacientes con ictus isquémicos agudos tratados con terapias de revascularización (trombolisis intravenosa e intrarterial) según las recomendaciones científicas.							
		269								
30	10	3	Promover la atención de los pacientes con ICTUS agudo en una Unidad-Equipo de Ictus en el centro de referencia que permita aplicar los tratamientos indicados y avalados por la evidencia científica así como la monitorización semiintensiva de estos pacientes.							Evaluación 2014
		270								
31	Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares en la Comunidad Autónoma de La Rioja.									
31	1	Ayudar a los pacientes a reducir los síntomas y maximizar la función cardíaca.								
31	1	1	Incluir en los programas de Hospital de Día y Hospitalización a domicilio pacientes con insuficiencia cardíaca crónica.							
		271								
31	1	2	Elaboración e implantación de protocolos de Rehabilitación Cardiovascular en ISO Centros de Atención Primaria.							
		272								

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->					2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
31	1	3 273	Creación de una Comisión de Cuidados de Enfermería y un grupo de mejora que identifiquen, midan y atiendan las necesidades de dependencia o falta de autonomía que presentan las personas y sus grupos de apoyo para satisfacer las necesidades de la vida diaria a través de la metodología propia de enfermería en las situaciones de salud descritas en este capítulo.											
31	2		Reducir la discapacidad por ictus a medio y largo plazo y aumentar el porcentaje de pacientes integrados en sus vidas sociolaboral tras el ictus.											
31	2	1 274	Creación de programas de Rehabilitación tras el ictus que incluyan logopedia y terapia ocupacional así como Unidades de Rehabilitación a domicilio y que se inicien en la fase hospitalaria.											Evaluación 2014
31	3		Coordinación en el manejo y seguimiento de los pacientes cardiovasculares entre los profesionales sanitarios y de servicios sociales.											
31	3	1 275	Derivación por personal de enfermería de Atención Primaria y Especializada a la unidad de Trabajo Social a los pacientes que cumplan criterios según el procedimiento revisado y aprobado que se establezca al efecto.											
31	3	2 276	Información sobre recursos de las redes sanitarias y de servicios sociales a los profesionales sanitarios.											
32			Mejorar la calidad asistencial en los centros sanitarios que atienden a los ciudadanos de la comunidad Autónoma de La Rioja con padecimientos cardiovasculares.											
32	1		Estandarizar la atención de todos los pacientes con enfermedad cardiovascular.											
32	1	1 277	Incorporar en la práctica clínica los protocolos, procedimientos, planes de cuidados de enfermería, vías clínicas y guías de práctica clínica con suficiente evidencia científica.											
32	1	2 278	Realización de técnicas de revascularización cardiaca (mediante cirugía de revascularización miocárdica o intervencionismo coronario percutáneo) en los centros especializados de la Comunidad Autónoma de La Rioja a todos los pacientes subsidiarios.											
32	1	3 279	Implantación u evaluación por parte del Servicio de Cirugía Cardíaca y cardiología Intervencionista de la Comunidad Autónoma de La Rioja de los indicadores contemplados en el Plan.											
32	1	4 280	Aplicación de tratamiento trombolítico en pacientes con ictus isquémicos agudos de menos de tres horas de evolución y la atención en fase aguda en la Unidad de Ictus, a todos los pacientes que lo precisen.											
32	1	5 281	Tratamiento neuroquirúrgico de los pacientes subsidiarios del mismo en los centros especializados.											
32	1	6 282	Realización de procedimientos de tratamiento intervencionista percutáneo en la arritmias cardíacas e implante de dispositivos antiarrítmicos a todos los pacientes subsidiarios en los Centros Especializados de la Comunidad Autónoma de La Rioja.											
32	1	7 283	Realización de tratamiento intervencionista en pacientes con ictus isquémico agudo (trombosis intrarterial) y con ictus hemorrágicos subsidiarios de dicho tratamiento (malformaciones arteriovenosas, aneurismas intracraneales y hemorragia intraventricular).											Evaluación 2014
32	1	8 284	Realización de pruebas de diagnóstico por imagen de última generación en los centros especializados de la Comunidad Autónoma de La Rioja a los pacientes que lo precisen.											
32	2		Disminuir el tiempo de espera para consulta y realización de pruebas diagnósticas en cardiología.											
32	2	1 285	Creación y puesta en funcionamiento con la dotación adecuada de Consultas de Alta Resolución o Acto Único.											
32	3		Dotar a los centros sanitarios de las nuevas tecnologías y personal cualificado que contribuyan a la mejora del diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías cardiovasculares.											



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
32	3	1	Adecuación de los recursos humanos a las necesidades de asistencia a pacientes con Enfermedades Cardiovasculares en los diferentes niveles asistenciales.							Evaluación 2014
		286								
32	3	2	Dotar al Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja con Unidades de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, con Unidades de Electrofisiología Cardíaca, Unidades de Imagen y Función Cardíaca, con la última tecnología disponible.							
		287								
32	3	3	Dotar al Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja con Unidades de Ictus incluyendo sistemas de monitorización, así como métodos diagnósticos radiológicos adecuados.							Evaluación 2014
		288								
32	3	4	Instalación de un Servidor de Imagen de Alta Capacidad (PACs) para el manejo de la Imagen Cardíaca estática y en movimiento, ligado a la Historia Clínica Electrónica para hacer disponible toda la imagen cardíaca estática y en movimiento.							
		289								
32	4	Mejorar el conocimiento de las enfermedades cardiovasculares en La Rioja.								
32	4	1	Creación de un registro de base poblacional de infarto agudo de miocardio.							
		290								
32	4	2	Creación de un registro de base hospitalaria o poblacional de ictus.							
		291								
SALUD MENTAL										
33	Promover la salud mental de la población general y de los grupos en riesgo de exclusión social y reducir el estigma asociado a la enfermedad mental.									
33	1	Aumentar los conocimientos sobre Salud Mental en la población en general.								
33	1	1	Crear una guía de información y orientación para el bienestar mental de niños y adolescentes dirigida a padres y educadores que los ayude a comprender los factores de riesgo y de protección.							
		292								
33	1	2	Implantar estrategias de apoyo y cooperación con entidades dedicadas a las personas en riesgo de exclusión social.							
		293								
33	1	3	Desarrollar un proyecto de colaboración con los medios de comunicación sobre hábitos saludables de promoción de la Salud Mental.							
		294								
33	2	Mejorar la prevención de los trastornos mentales en la población general y en los grupos de riesgo.								
33	2	1	Incrementar la colaboración con los equipos de Atención Primaria, equipos psicopedagógicos y otros agentes comunitarios en la detección precoz de las patologías psiquiátricas más prevalentes en la población general y en grupos de riesgo.							
		295								
33	2	2	Fomentar la salud mental de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad mental, discapacidad y/o dependencia.							
		296								
34	Mejorar la atención a las personas afectadas de enfermedad mental de acuerdo a los principios básicos del modelo psicobiocomunitario.									
34	1	Reforzar el programa de apoyo a la Atención Primaria en cuanto a la mejora del diagnóstico y tratamiento precoz de las patologías más prevalentes.								
34	1	1	Asignar un profesional del Equipo de Salud Mental como enlace para cada Zona Básica de Salud.							
		297								
34	1	2	Establecer estrategias de comunicación, cooperación y corresponsabilidad.							
		298								
34	1	3	Elaborar e implantar protocolos de actuación consensuados para la actuación en salud mental en el ámbito de la comunidad.							
		299								
34	2	Incrementar las intervenciones psicoterapéuticas en las Unidades de Salud Mental.								

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
34	2	1 300	Incrementar las actividades psicoterapéuticas grupales en las patologías de alta frecuencia.							
34	2	2 301	Fomentar la psicoterapia de tiempo limitado y frecuencia ajustada a la evidencia.							
34	2	3 302	Realizar un estudio de adecuación de las plantillas de las Unidades de Salud Mental.							
34	3		Desarrollar programas específicos de atención a la infancia y adolescencia.							
34	3	1 303	Establecimiento de Protocolos de actuación en trastorno mental grave infanto-juvenil, conducta alimentaria y hospitalización breve.							
34	4		Desarrollar programas de atención a los trastornos mentales graves (TMG) en el adulto.							
34	4	1 304	Establecer un programa individualizado de atención (PIA) intensivo y precoz que recoja todo tipo de intervenciones e incluya responsable del caso, tutor y criterios de evaluación.							
34	4	2 305	Establecer protocolos específicos de atención al TMG que aseguren la continuidad de cuidados y la eficiencia de los mismos.							Evaluación 2014
34	4	3 306	Implantar protocolos específicos de atención a pacientes con tratamientos no voluntarios definiendo pautas de actuación y monitorización de la medida (intervención domiciliaria, traslados, contención física, vigilancia judicial, etc.).							
34	5		Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y ámbitos comunitarios involucrados en la mejora de la Salud Mental.							
34	5	1 307	Elaborar un nuevo plan de Salud Mental para La Rioja.							
34	5	2 308	Diseñar e implantar un modelo de coordinación con las instituciones de Servicios Sociales, Educación, Justicia y Empleo que garantice la atención integral en los diferentes estadios evolutivos.							
34	5	3 309	Crear una comisión socio-sanitaria que aborde integralmente las necesidades de las personas con trastornos mentales (residencia, empleo, ocio, tiempo libre, etc.).							
34	5	4 310	Establecer foros de participación de familiares, pacientes de salud mental y profesionales.							
DIABETES Y OBESIDAD										
			DIABETES							
35			Disminuir la incidencia de Diabetes Mellitas tipo 2							
35	1		Aumentar la adherencia a hábitos de vida saludables en la población.							
35	1	1 311	Puesta en marcha de un programa dirigido a la población general para promover la realización de ejercicio físico, pérdida de peso y hábitos alimenticios saludables.							
35	1	2 312	Colaboración con la Consejería competente en materia de Educación en la creación de material educativo y realización de actividades destinadas a la formación en nutrición y prevención de la diabetes en el ámbito escolar.							
35	1	3 313	Enseñar a programar la práctica de ejercicio físico con el fin de que sea saludable, adaptándola a cada individuo.							
35	1	4 314	Favorecer la labor de Enfermería en el desarrollo de la promoción de la salud en el paciente diabético, especialmente en el ámbito de Atención Primaria.							

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
36				Reducir la morbimortalidad de la diabetes.						
36	1			Mejorar la detección y tratamiento precoz de la diabetes mellitus en población de riesgo.						
36	1	1	315	Coordinar acciones conjuntas con las asociaciones de diabéticos de La Rioja y con la Federación de diabéticos de España.						
36	1	2	316	Elaboración de material informativo-educativo para el conocimiento por la población general de los síntomas de inicio de la diabetes para su diagnóstico más temprano.						Evaluación 2014
36	1	3	317	Practicar cribado oportunista a la personas con factores de riesgo de desarrollar diabetes.						
36	1	4	318	Intensificar el seguimiento a los pacientes diabéticos que son susceptibles de rápida ganancia de peso debido a deshabitación tabáquica, abandono de un trabajo activo o actividad deportiva, embarazo-lactancia, menopausia, tratamiento con fármacos que facilitan aumento de peso, utilizando todos los medios disponibles para evitarles el desarrollo de la obesidad.						
36	2			Disminuir la incidencia y prevalencia de las complicaciones microvasculares y macrovasculares asociadas a la diabetes: diálisis o trasplante renal, ceguera, enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares y amputaciones en miembros inferiores de causa no traumática.						
36	2	1	319	Lograr un adecuado control metabólico de los pacientes diabéticos, de modo que el 50% de ellos consigan hemoglobina A1c inferior a 7% y que menos del 10% de diabéticos superen el 9%.						Evaluación 2014
36	2	2	320	Favorecer la instauración del tratamiento en fases tempranas.						
36	2	3	321	Elaborar y practicar una intervención anual en Atención primaria y cada cinco años en Atención Especializada para conocer el estado evolutivo de las complicaciones vasculares de la diabetes en cada paciente.						
36	2	4	322	Favorecer el autocuidado a través de la Educación Terapéutica Diabetológica, en el tratamiento del diabético, en su calidad de vida y en las complicaciones vasculares.						
36	2	5	323	Realización de un plan de información dirigido a población diabética sobre el riesgo específico que tiene el consumo de determinadas sustancias sobre su salud (tabaco, alcohol, otras drogas.)						Evaluación 2014
36	2	6	324	Promover Guías Clínicas de actuación conjunta para la atención integrada de estas patologías con las especialidades en las complicaciones crónicas.						Evaluación 2014
36	2	7	325	Creación de un sistema de registro de diabetes para determinar la situación actual y monitorizar la evolución de la enfermedad y sus complicaciones en nuestra Comunidad.						
36	3			Reducir la incidencia de la morbi-mortalidad materno-fetal en la mujer con diabetes gestacional.						
36	3	1	326	Realización de una Guía Clínica de actuación para la atención integrada de la diabetes gestacional.						Evaluación 2014
37				Garantizar la calidad en el tratamiento y seguimiento del paciente diabético.						
37	1			Organizar y racionalizar el proceso asistencial del diabético, poniendo a la persona en el centro de la organización.						
37	1	1	327	Elaboración e implantación de Guías de Práctica Clínica en diabetes de acuerdo a las prioridades y criterios de calidad de nuestro sistema de salud.						Evaluación 2014
37	1	2	328	Coordinar los esfuerzos de Atención Primaria y Especializada en el control de la enfermedad, favoreciendo los mecanismos de interrelación.						

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
37	1	3 329	Establecimiento de criterios de derivación consensuados entre los distintos niveles de la estructura sanitaria.							Evaluación 2014
			OBESIDAD							
38			Disminuir la incidencia de la obesidad.							
38	1		Aumentar la adherencia a hábitos de vida saludables en la población.							
38	1	1 330	Puesta en marcha de un programa de actividades de promoción de la salud destinadas a disminuir la prevalencia de obesidad-diabetes tipo 2 (diabesidad) y a aumentar el porcentaje de la población general que realiza ejercicio físico.							
38	1	2 331	Plan de formación dirigida a la población con el objetivo de llegar al máximo número de individuos con el fin de reducir la incidencia.							
38	1	3 332	Fomentar la formación en hábitos alimentarios y en práctica de ejercicio físico en el ámbito escolar.							
38	1	4 333	Concienciar a la población general del riesgo que suponen determinados hábitos de vida incorrectos con información suficiente y veraz, con el fin de que modifiquen dichos hábitos de forma perdurable.							
38	1	5 334	Favorecer la labor de Enfermería en el desarrollo de la promoción de la salud, especialmente en el ámbito de Atención Primaria.							
38	2		Mejorar la detección y el tratamiento precoz de la población que tiene mayor riesgo de desarrollar obesidad.							
38	2	1 335	Realizar medidas de talla y peso en todos los pacientes que acudan a la consulta, con independencia del motivo de consulta, con tipificación posterior según IMC. En los pacientes obesos o con sobrepeso se medirá además la circunferencia de cintura.							
38	2	2 336	Dotar a las consultas de AP de medios para poder obtener datos antropométricos: tallímetros, cintas no extensibles y especialmente de una báscula por centro.							Evaluación 2014
38	2	3 337	Enseñar a programar la práctica de ejercicio con el fin de que sea saludable, adaptándolo a cada individuo ayudándoles a analizar sus diferentes facetas.							
38	2	4 338	Diagnóstico y tratamiento precoz de grupos de riesgo susceptibles de rápida ganancia de peso y utilizar todos los medios disponibles para conseguir la reducción del peso, especialmente en grupos de pacientes obesos susceptibles de rápida ganancia de peso como deshabitación tabáquica, abandono de un trabajo activo o actividad deportiva, embarazo-lactancia, menopausia, tratamiento con fármacos que facilitan aumento de peso.							
38	2	5 339	Elaborar material educativo-informativo dirigido a población escolar y general sobre la obesidad y su tratamiento precoz para disminuir y evitar las complicaciones de la obesidad.							Evaluación 2014
39			Reducir la morbi-mortalidad de las complicaciones asociadas a la obesidad.							
39	1		Disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades osteoarticulares, enfermedades oncológicas asociadas a la obesidad: cáncer de mama, colon y próstata y de las patologías del comportamiento asociadas a la obesidad.							
39	1	1 340	Utilizar los medios diagnósticos adecuados y los criterios de derivación según guías clínicas, para la detección precoz de las complicaciones.							Evaluación 2014
39	1	2 341	Coordinar a las especialidades implicadas en el tratamiento de la obesidad y/o sus complicaciones.							Evaluación 2014
39	1	3 342	Promover Guías Clínicas de actuación conjunta para la atención integrada de estas patologías con las especialidades (cardiología, neumología, digestivo, nefrología, urología, ginecología, traumatología y ortopedia, reumatología, psiquiatría y psicología) implicadas en las complicaciones crónicas.							Evaluación 2014



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
39	1	4	Realización de un plan de información dirigido a población obesa sobre el riesgo específico que tiene el consumo de determinadas sustancias sobre su salud (tabaco, alcohol, otras drogas).							
		343								
40			Garantizar que el tratamiento y seguimiento del paciente obeso cumple criterios y estándares de calidad.							
40	1		Organizar el proceso asistencial del paciente obeso.							
40	1	1	Adecuar el tratamiento del paciente obeso a las necesidades sociolaborales del individuo.							
		344								
40	1	2	Reconocer la importancia que tiene la educación en el tratamiento de la obesidad, en su calidad de vida y en la prevención de las complicaciones.							
		345								
40	1	3	Elaboración e implantación de Guías de actuación clínica mediante grupos de trabajo entre Atención Primaria y Atención Especializada para la elaboración de criterios de diagnóstico, derivación, tratamiento y seguimiento de los pacientes obesos.							Evaluación 2014
		346								
40	1	4	Desarrollar protocolos de cirugía bariátrica de acuerdo con los documentos de consenso de las Sociedades Científicas (SEEDO-SECO) y las declaraciones de Salamanca (SECO 2004) que garantice la mejor relación beneficio-riesgo para el paciente.							Evaluación 2014
		347								
40	1	5	Garantizar la indicación clínica de la cirugía bariátrica y el seguimiento clínico en su estadio pre y post-operatorio.							Evaluación 2014
		348								
40	1	6	Establecimiento de criterios de derivación consensuados entre los distintos niveles de la estructura sanitaria.							Evaluación 2014
		349								
40	1	7	Creación de Unidades Funcionales de Obesidad en las que se incluyen diplomados en enfermería y nutrición y se integran en el grupo de actuación a Psicólogos y/o Psiquiatras, y entrenador deportivo.							
		350								
40	1	8	Garantizar la financiación de fármacos para el tratamiento de la obesidad.							
		351								
40	1	9	Vigilancia de las actuaciones sobre la Obesidad: evitar el fraude de propuestas milagrosas para el tratamiento de la obesidad y vigilancia por parte de la Administración Pública de los tratamientos para la obesidad sin adecuado respaldo científico contrastado.							Evaluación 2014
		352								
CUIDADOS PALIATIVOS										
41			Mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes en situación avanzada/terminal y sus familiares, garantizando una atención integral y coordinada del sistema sanitario.							
41	1		Proporcionar a los pacientes con enfermedad en fase avanzada terminal y a sus familiares una valoración y atención integral basada en las mejores prácticas clínicas y evidencias científicas disponibles.							
41	1	1	Identificar a los pacientes en situación avanzada terminal, según criterios de inclusión, y registrarlo en su historia.							
		353								
41	1	2	Disponer de un plan terapéutico y de cuidados coordinado con los diferentes profesionales sanitarios de atención primaria y especializada implicados.							
		354								
41	1	3	Establecer un sistema de monitorización para evaluar el buen control del dolor y otros síntomas, con la periodicidad mínima de una o dos semanas en función de las necesidades.							Evaluación 2014
		355								
41	1	4	Identificar la fase agónica o de "últimos días" en cualquier nivel asistencial, intensificando las medidas de confort y la evaluación de los resultados de las mismas, teniendo especialmente en cuenta las últimas voluntades.							
		356								
41	1	5	Realizar una valoración integral de la familia del paciente, con especial énfasis en el cuidador principal, con el fin de prevenir la claudicación familiar y promover el autocuidado del mismo, según los criterios de claudicación familiar y riesgo de duelo patológico.							Evaluación 2014
		357								

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
41	1	6 358	Disponer de un sistema de registro y evaluación sistemática de los resultados clínicos obtenidos en pacientes en situación de enfermedad avanzada terminal.							
41	2		Garantizar la coordinación entre los niveles asistenciales y entre las distintas instituciones con competencias sanitarias y sociales que prestan apoyo al paciente y sus cuidadores.							
41	2	1 359	Generalizar y difundir la información sobre recursos sanitarios y sociales y agilización de los trámites burocráticos.							
41	2	2 360	Implantar una comisión de Cuidados Paliativos con participación de los profesionales sanitarios y sociales de los dos niveles asistenciales. Entre sus funciones estarían el consenso y la difusión de protocolos, guías de práctica clínica, evaluación de los resultados obtenidos de la atención practicada e indicadores propuestos.							
41	3		Fomentar la aplicación de los principios bioéticos y de participación del paciente en su proceso de atención, de acuerdo con los principios, valores y contenidos de la Ley de Autonomía del paciente.							
41	3	1 361	Informar a los pacientes sobre su estado y los objetivos terapéuticos, de acuerdo con sus necesidades y preferencias.							Evaluación 2014
41	3	2 362	Fomentar la participación activa del paciente o persona en quien delegue, en la toma de decisiones sobre su proceso de atención y el lugar de su muerte, de lo que quedará constancia en la historia clínica.							
41	3	3 363	Facilitar la toma de decisiones ante dilemas éticos al final de la vida teniendo en cuenta los valores del paciente, los protocolos y/o recomendaciones éticas y guías de práctica clínica existentes. El proceso de decisión se registrará en la historia clínica.							
41	3	4 364	Difundir la normativa sobre voluntades anticipadas y el acceso de los profesionales a dicha información.							
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS Y ASMA										
				ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA						
42	Disminución de la prevalencia de EPOC									
42	1		Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco y retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco entre escolares y adolescentes.							
42	2		Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en los pacientes con EPOC.							
42	2	1 365	En las consultas de Atención Primaria y Atención Especializada, identificar al paciente fumador dejando constancia de ello en la historia clínica, proporcionando al paciente un consejo sanitario antitabaco y si fuera preciso derivarlo a la unidad de atención al fumador.							
42	2	2 366	Acciones de información a nivel de las empresas, a través de los servicios de prevención, en cuanto a deshabituación tabáquica y lucha contra la exposición pasiva al tabaco y otros contaminantes profesionales.							
42	2	3 367	Seguir garantizando la cobertura gratuita del tratamiento farmacológico antitabáquico a la población riojana. Tratamientos farmacológicos eficaces para la dependencia al tabaco.							
43	Disminución de la morbimortalidad por EPOC.									
43	1		Mejorar el diagnóstico de la EPOC en fases tempranas.							
43	1	1 368	Sensibilizar a la población frente a la EPO mediante campañas informativas.							



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
43	1	2	Establecer la sospecha diagnóstica principalmente en las consultas de atención primaria. Sospechar OPOC ante un paciente fumador mayor de 40 años con síntomas respiratorios y realizar espirometría, incluso sin que tenga disnea.							
		369								
43	1	3	Dedicar los recursos técnicos y humanos para la realización de espirometría con personal convenientemente formado y cumplir las normativas establecidas para su correcta realización, con controles periódicos de calidad.							
		370								
43	2		Adecuar el tratamiento a las distintas etapas de la evolución de la enfermedad, valorando la gravedad o estadio clínico-funcional según la sintomatología y los valores de la espirometría.							
43	2	1	Adherencia a una Guía de Práctica Clínica de EPOC incluida dentro del Proyecto GuíaSalud.							
		371								
43	2	2	Garantizar el plazo de derivación desde Urgencias a Consulta Preferente de especializada en un plazo de siete días, en el caso de las agudizaciones que no respondan adecuadamente al tratamiento.							
		372								
43	2	3	Adecuación de la prescripción de la oxigenoterapia continua domiciliaria según protocolo.							
		373								
43	2	4	Establecer programas en colaboración con los servicios de rehabilitación, tanto desde AP como AE, programas que incluyan ejercicio y entrenamiento de las extremidades.							Evaluación 2014
		374								
43	2	5	Desarrollar medidas educativas y participativas para mejorar el cumplimiento del tratamiento (comprobando la correcta realización de la técnica inhalatoria) y el autocuidado del paciente.							
		375								
43	2	6	Desarrollar unidades de Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI), para la utilización de la misma tanto a nivel hospitalario como domiciliario.							
		376								
			ASMA							
44			Disminuir la incidencia, prevalencia y morbilidad por asma.							
44	1		Prevenir el desarrollo de asma en los niños.							
44	1	1	Facilitar el diagnóstico y tratamiento precoz de rinitis y patología atópica en Atención Primaria (AP) impulsando el uso de la determinación cualitativa del Panel de Alergenos.							
		377								
44	2		Disminuir la incidencia del asma de origen profesional.							
44	2	1	Sensibilizar a profesionales sanitarios de AP y Atención Especializada (AE) y de los Servicios de Prevención del Sistema público de Salud de La Rioja sobre la prevención del asma profesional.							
		378								
44	2	2	Análisis de la actividad de los servicios de prevención en cuanto al diagnóstico del asma profesional, en particular, de los relacionados con los isocianatos, cianoacrilatos, harinas y actividades relacionadas con cultivo y recogida de champiñón y setas.							Evaluación 2014
		379								
44	2	3	Poner en marcha un dispositivo de recogida de datos sobre el asma profesional.							
		380								
44	3		Mejorar la información sobre la enfermedad a la población general y a los pacientes asmáticos en particular.							
44	3	1	Creación de un espacio en la web de Riojasalud sobre el asma y los procesos alérgicos que ofrezca información de calidad y validada y actualizada.							Evaluación 2014
		381								
44	4		Definir un sistema global de vigilancia del asma.							
44	4	1	Realización de un estudio que analice la situación actual del asma en La Rioja.							Evaluación 2014
		382								

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
44	5	Mejorar la atención y seguimiento del proceso asmático.								
44	5	1	Elaboración e implantación de protocolos y recomendaciones para el correcto tratamiento y seguimiento del asma.							Evaluación 2014
		383								
44	5	2	Desarrollar el adecuado sistema de seguimiento de las crisis de asma tratadas en Urgencias.							
		384								
44	5	3	Programas de autocontrol para pacientes con asma persistente, de intensidad moderada a severa, de forma que el 90% de los mismos empleen de rutina los medidores de pico flujo.							
		385								
44	5	4	Proporcionar material educativo a pacientes y familiares, en soporte informático o soporte papel sobre educación terapéutica.							
		386								
ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS										
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y ENFERMEDAD DE PARKINSON										
45		Mejorar la calidad de vida de los pacientes con EA y con EP manteniendo la máxima autonomía posible en los enfermos y permitiendo a sus cuidadores una menor carga de trabajo y estrés.								
45	1	Mejorar la asistencia clínica de los pacientes con EA y EP y de sus familias-cuidadores, potenciando el diagnóstico temprano de estas patologías en Atención Primaria y la instauración del tratamiento en una fase lo más temprana posible de la enfermedad.								
45	1	1	Antes de 2010, elaboración e implantación de protocolos clínicos diagnósticos y terapéuticos multidisciplinares consensuados para el deterioro cognitivo en general y la EP, en cualquiera de sus fases. Evaluación de la utilización de los protocolos en 2011.							
		387								
45	1	2	Durante el primer año de vigencia del Plan se elaborará una propuesta organizativa de los recursos que asegure la continuidad en los cuidados de estos pacientes e integre los diferentes recursos asistenciales implicados en su atención.							
		388								
45	1	3	Garantizar el buen uso de los medicamentos, en unos pacientes por lo general polimedcados, evitando cualquier abuso de medicación, con una prescripción eficaz y eficiente, con medidas educativas hacia todos los implicados.							
		389								
45	2	Fomentar los cuidados preventivos para reducir el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad neurológica de base así como la prevención, diagnóstico y tratamiento de la carga del cuidador en Atención Primaria.								
45	2	1	Implantar protocolos de prevención de riesgos de complicaciones desde la Atención Primaria.							
		390								
45	2	2	Actividades de educación y asesoramiento a los cuidadores en el manejo de la enfermedad y la prevención de complicaciones (aparición de escaras y úlceras de presión, adecuada hidratación, etc.)							
		391								
45	2	3	Informar sistemáticamente sobre los recursos disponibles sanitarios y sociales.							
		392								
45	2	4	Detección precoz y seguimiento de los casos de sobrecarga del cuidador y apoyo psicológico.							
		393								
45	3	Mejorar el conocimiento del impacto asistencial de las enfermedades neurodegenerativas, en especial de la EA y EP.								
45	3	1	Realización de un estudio de prevalencia de estas enfermedades.							
		394								
45	3	2	Creación del Registro de casos.							
		395								Evaluación 2014



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
ENVEJECIMIENTO										
46				Promover un envejecimiento saludable						
46	1			Promover y fomentar conductas y hábitos saludables en los ancianos con salud.						
46	1	1	396	Fomentar el consejo sistematizado sobre dieta y ejercicio físico en las consultas de atención primaria.						
46	1	2	397	Creación de una "Escuela o Aula de formación en hábitos saludables para las personas mayores".						
46	1	3	398	Planificación y desarrollo de talleres de formación sobre hábitos alimentarios saludables para desarrollar en el "Aula de formación en hábitos saludables para las personas mayores".						
46	1	4	399	Sensibilizar e informar de la importancia que tiene para la salud del mayor la práctica habitual de ejercicio físico o el deporte.						
46	1	5	400	Establecer y desarrollar programas de colaboración o convenios con instituciones o asociaciones: ayuntamientos, entidades sociales, centros de salud, para realizar actividades deportivas.						
46	1	6	401	Mejorar el control del consumo de fármacos y su correcta administración, en cada paciente anciano en las consultas de atención primaria de medicina y enfermería.						
46	1	7	402	Planificación y desarrollo de talleres o actividades específicas de formación sobre hábitos tóxicos, sexualidad, fomento de la autoestima, desarrollo cognitivo, participación social, autocuidado... Todas ellas podrían desarrollarse en el "Aula de formación en hábitos saludables para las personas mayores". Todas las actividades debieran estar adaptadas a las necesidades de los diferentes grupos y peculiaridades de los mayores.						
46	2			Fomentar la convivencia y las actividades de ocio y recreo en los entornos donde vive el mayor.						
46	2	1	403	Creación y formación de monitores de tiempo libre y mediadores (personas mayores) que faciliten y realicen labores de sensibilización y concienciación en hábitos saludables, apoyo afectivo, animadores sociales y de actividades lúdicas.						
46	2	2	404	Coordinación con las diferentes asociaciones ciudadanas de personas mayores para realizar actividades de promoción de la salud en las que los mayores asuman la planificación y organización de las mismas y la metodología favorezca una participación horizontal entre el personal sanitario y sociosanitario y el tejido social.						
46	2	3	405	Facilitar la implicación de las asociaciones de personas mayores en los Consejos de Salud de Zona y Área.						
46	2	4	406	Establecer y desarrollar programas de colaboración o convenios con instituciones sociales y de ocio para incluir actividades dirigidas a los mayores en las que el mayor participe activamente: teatro y grupos de teatro, cine, conferencias, exposiciones...						
46	2	5	407	Formar a los cuidadores en técnicas de autoayuda, de toma de decisiones, de cuidados personales, de compartir las tareas del cuidado con las personas disponibles en el entorno familiar y los servicios sociales y comunitarios, siempre con la idea de favorecer la creación del "grupo de personas cuidadoras" en lugar del Cuidador principal.						
46	2	6	408	Información a la población general y a los profesionales de los recursos sociales de atención al mayor que existen en la Comunidad.						
46	2	7	409	Abordar las situaciones de sobrecarga con perspectiva de género.						

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
46	3		Promover una vida activa y autónoma teniendo en cuenta las preferencias y la libre decisión de cada persona mayor.							
46	3	1 410	Fomentar el uso de los test de detección de anciano frágil incluidos en el Programa de Atención al anciano en las consultas de atención primaria.							
46	3	2 411	Incorporar el VATAD o test similares validados en las consultas de los trabajadores sociales.							
46	3	3 412	Estimular y apoyar el trabajo interdisciplinar (médico de familia, enfermería y trabajador social) en los centros de salud.							
46	3	4 413	Potenciar los servicios de proximidad: ayuda a domicilio, comida a domicilio, centros de día y de noche...							
46	3	5 414	Crear una red de pisos tutelados en todo el territorio de la Comunidad.							Evaluación 2014
46	3	6 415	Planificación y desarrollo de talleres o actividades específicas de formación sobre este tema.							
46	3	7 416	Proporcionar los instrumentos necesarios para formar en educación para la salud a los profesionales que trabajan con personas mayores.							
46	3	8 417	Elaboración y desarrollo de un protocolo de detección de malos tratos.							
47			Disminuir la incidencia, prevalencia e intensidad de la enfermedad en prevención de un posterior desarrollo de una dependencia.							
47	1		Mejorar la prevención del deterioro funcional y la dependencia.							
47	1	1 418	Fomento y extensión de actividades preventivas. Además del mantenimiento de actividad y ejercicio físico de cierta intensidad y un adecuado soporte y estado nutricional, es muy importante controlar también los factores de riesgo cardiovascular (HTA, colesterol, tabaco), extender las vacunaciones recomendadas (gripo, tétanos, neumocócica) y otras medidas de prevención conforme a una aplicación individualizada de las mismas de acuerdo a la situación y características de la persona.							
47	1	2 419	Fomentar también la actividad mental y la relación social de los mayores.							
47	1	3 420	Potenciar aspectos de movilidad, habilidades físicas, disminución de riesgos.							
47	1	4 421	Correcto abordaje de cuadros clínicos específicos, enfermedades crónicas, y síndromes geriátricos, y que se relacionan entre las causas de fragilidad y dependencia; prestando atención a la importancia de condicionantes y problemática de aspecto social.							
47	1	5 422	Revisión periódica de la medicación habitual, haciendo partícipe a la enfermera en el seguimiento del tratamiento y de la adhesión al mismo.							
47	1	6 423	Evitar o disminuir la repercusión de situaciones estresantes a las que son más vulnerables las personas mayores, como es la hospitalización.							
47	1	7 424	Seleccionar y valorar adecuadamente la función de los "ancianos de riesgo" que permanecen en la comunidad.							Evaluación 2014
47	1	8 425	Aplicación de la Valoración Geriátrica Integral o Global con suficiente intensidad incluyendo planes de manejo de los problemas detectados; realizada fundamentalmente de manera selectiva sobre los ancianos que han perdido funcionalidad, o que presentan factores de riesgo.							



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
47	1	9 426	Favorecer la implicación multidisciplinar de diversos profesionales sanitarios.							
47	2	Prevención de la iatrogenia.								
47	2	1 427	Evitar tanto la polifarmacia inadecuada como la infraprescripción de fármacos, adaptando la dosificación a las características fisiológicas de la persona mayor y monitorizar sus efectos y cumplimiento terapéutico.							
47	2	2 428	Utilización adecuada de medios diagnósticos y terapéuticos conforme a los resultados obtenidos de la valoración geriátrica integral como instrumento para mejorar las decisiones diagnósticas y terapéuticas.							
47	2	3 429	Adaptar la hospitalización a las necesidades del paciente mayor, mediante la implantación de intervenciones específicas y especializadas que posibilitan una reducción significativa de la tasa de incidencia de deterioro funcional y delirium.							
47	2	4 430	Detección de los ancianos frágiles entre las personas con deterioro físico funcional reciente o incipiente, a través de la evaluación de Actitudes Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) o de la movilidad, marcha, o equilibrio. Así como, generalizar esta intervención ante factores que han demostrado ser predictores de un deterioro posterior (edad avanzada, hospitalización reciente, deterioro cognitivo, comorbilidad, deficiente soporte o condicionantes sociales adversos, caídas, polifarmacia).							
48	Mejora de la atención a la dependencia.									
48	1	Retrasar la progresión de la enfermedad y la hospitalización, favoreciendo la permanencia en el domicilio y/o entorno habitual, mediante la oferta de servicios desde Atención Primaria de Salud.								
48	1	1 431	Programa de atención domiciliaria ofreciendo cuidados de calidad técnica y humana en las fases más avanzadas de la enfermedad.							
48	1	2 432	Aumentar el nivel de coordinación, colaboración e integración entre los servicios de atención domiciliaria sanitaria y la ayuda social a domicilio.							Evaluación 2014
48	1	3 433	Aumentar el grado de autonomía de profesionales de Atención Primaria en el caso de prescripciones de material ortoprotésico, estableciendo guías de recomendaciones clínicas que reduzcan las variaciones inapropiadas de las decisiones clínicas.							
48	1	4 434	Aumento de la participación de otros profesionales, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, podólogos y enfermeras especialistas en salud mental.							Evaluación 2014
48	1	5 435	Desarrollo de programas de atención a los cuidadores principales de las redes informales: formación y asesoramiento para el cuidado, manejo problemas de afrontamiento, fomento de asociaciones ayuda mutua, servicio de respiro.							
48	1	6 436	Ofertar servicios que mejoren la calidad de vida de los mayores adecuados al lugar de residencia de los mismos.							
48	2	Mejorar la calidad asistencial de las personas mayores dependientes y el uso apropiado de los recursos hospitalarios.								
48	2	1 437	Valoración geriátrica integral. Todo paciente mayor de 70 años que ingresa en el Hospital debe ser evaluado de su deterioro funcional. Si tiene 80 o más años o entre 65-80 años con riesgo de deterioro funcional moderado o alto o presencia de algún síndrome geriátrico debiera recibir una valoración geriátrica integral.							
48	2	2 438	Asegurar la continuidad de cuidados a través de los dispositivos asistenciales adecuados a la situación clínica del mayor, a su estado funcional y a sus necesidades.							
48	2	3 439	Valoración de Riesgo Social a todas las personas mayores de 75 años con grado de dependencia. Debe realizarse dentro de las primeras 48 horas del ingreso y que en el momento de alta clínica el paciente y/o su familia tengan los recursos necesarios para la atención integral a la persona dependiente.							

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
48	2	4 440	Coordinación de los servicios sociales comunitarios y/o autonómicos con el fin de mejorar la atención a las personas mayores dependientes en su entorno habitual. Evitando el uso del Hospital de agudos como recurso de urgencia ante una situación social grave.							Evaluación 2014
GRUPOS VULNERABLES										
49			Mejorar el nivel de salud de las personas pertenecientes a grupos vulnerables.							
49	1		Mejora del conocimiento de la situación de salud de los colectivos inmigrantes que permita diseñar intervenciones en mejora de la salud en estos colectivos.							
49	1	1 441	Adecuar los sistemas de información para que nos permita realizar estudios sobre necesidades de salud de la población inmigrante y valorar las posibles diferencias en salud por género, edad, nivel socio-económico y origen nacional.							
49	2		Mejorar la accesibilidad de la población inmigrante a los dispositivos sanitarios e intervenciones en salud.							
49	2	1 442	Mejorar la captación en los programas de salud disponibles para el conjunto de la población, en especial los preventivos y en especial en los de salud materno infantil, vacunaciones y planificación familiar.							Evaluación 2014
49	2	2 443	Incorporación en el sistema de historia clínica de ayudas al diagnóstico y la adhesión al tratamiento en diferentes idiomas.							Evaluación 2014
49	2	3 444	Implantación en las consultas de Atención Primaria de protocolos de despistaje para patologías con mayor incidencia entre los inmigrantes, según su origen.							
49	2	4 445	Implantar un documento que recoja las actuaciones asistenciales que se realizan sobre la misma persona, con el fin de garantizar el conocimiento de sus principales datos clínicos por parte de cualquier dispositivo sanitario.							
49	2	5 446	Impulsar la figura de mediadores multiculturales que puede mejorar el acceso y la efectividad de los servicios sanitarios.							
49	2	6 447	Elaboración de folletos informativos, en diferentes idiomas, sobre el sistema de acceso y de funcionamiento del sistema sanitario, vacunación, salud reproductiva, hábitos de vida.							
49	2	7 448	Facilitar los servicios de traducción e interpretación.							Evaluación 2014
49	2	8 449	Colaboración con las asociaciones de inmigrantes en el desarrollo de actividades informativas entre la población inmigrante así como traducción e interpretación.							
49	2	9 450	Mejorar la formación de los profesionales, sanitarios y no sanitarios, en las cuestiones ligadas a la inmigración.							
49	2	10 451	Establecer circuitos en las áreas administrativas de Atención a los Usuarios para la actuación ante la detección de personas que requieran atención sanitaria y no estén correctamente identificados mediante Tarjeta Sanitaria Individual (TIS).							
49	2	11 452	Establecer circuitos en las áreas administrativas de Atención a los Usuarios y áreas asistenciales de derivación de usuarios a las Trabajadoras Sociales.							
49	2	12 453	Potenciar la colaboración con otras instituciones implicadas en la atención a estos grupos y asociaciones de inmigrantes.							
49	2	13 454	Potenciar la colaboración con la Consejería de Servicios Sociales en actividades de Salud.							



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
SOBRE SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA RIOJA										
			SISTEMAS DE INFORMACIÓN							
50			Organizar un sistema de información homogéneo e integrador que permita la planificación, exportación, evaluación e investigación con distintos niveles de desagregación (Comunidad Autónoma, Área sanitaria, Servicios especializados y de Atención primaria de Salud).							
50	1		Unificación del dato y de la información sanitaria.							
50	1	1 455	Identificación de ciudadanos e implantación del Índice Maestro de Pacientes.							
50	1	2 456	Creación de una base de datos de usuarios o poblacional.							
50	1	3 457	Uso del Código de Identificación Personal (CIP) autonómico, con un tratamiento específico de la temporalidad de los ciudadanos.							
50	1	4 458	Mejorar su integración con otros sistemas, tanto de la organización (a través de mensajería estándar) como externos.							
50	1	5 459	Desarrollar el procedimiento de identificación y asignación de recursos del sistema sanitario, a través de la creación de un mapa sanitario, de tipo árbol.							
50	1	6 460	Codificar el domicilio para zonificar y facilitar, en su caso, la integración del callejero con un Sistema de Información Geográfico.							
50	2		Implantar la Historia de Salud Electrónica del Área.							
50	2	1 461	Informatización de centros.							
50	2	2 462	Dotar todos los puestos de trabajo de los profesionales (consultorios locales y auxiliares) de equipamiento informático completo y redes con suficiente ancho de banda que permitan el acceso a todas las aplicaciones corporativas.							
50	2	3 463	Implantación de herramientas informáticas que permitan ayudar a los profesionales en la toma de decisiones, para modificar los hábitos del trabajo en las consultas, realizar investigaciones, etc.							Evaluación 2014
50	3		Despliegue de la Historia de Salud Electrónica.							
50	3	1 464	Concluir el despliegue de la solución de historia clínica electrónica en atención primaria y centralizar la información generada en dicho nivel asistencial.							
50	3	2 465	Integrar el software de gestión clínico-asistencial de primaria con el nuevo sistema de información implantado en los hospitales y el centro de especialidades del SERIS, a través de una herramienta en entorno web accesible desde todos los puntos del sistema.							
50	3	3 466	Obtención de la Historia Clínica Resumida en Atención Primaria, con datos relativos a episodios, prescripciones, vacunas, antecedentes y datos generales del paciente (DGPs) que podrán ser consultados, tanto a través de otras aplicaciones que lo requieran, como a través de los propios profesionales.							
50	3	4 467	Desarrollo del proyecto de Receta Electrónica.							Evaluación 2014

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
50	4			La integración de todos los sistemas de información de la red sanitaria. (SELENE)						
50	4	1	468	Desarrollo de los servicios necesarios para recopilar y modificar la información de distintas aplicaciones sanitarias, para crear la historia global del paciente. El motor de integración constituye la plataforma global que permitirá la interoperabilidad entre todos los sistemas implicados en el proyecto, consiguiendo el intercambio de información entre los mismos.						
50	4	2	469	Completar las integraciones clínico-administrativas desplegadas con gestión de grupos de usuarios y perfiles por SELEN.						
50	4	3	470	Disponer del entorno SELENE en los proyectos de Telemedicina actuales y en los que se vayan implementando en el futuro.						
50	5			Imagen digital.						
50	5	1	471	Digitalización de todos los servicios de diagnóstico por la imagen, Sistemas RIS y PACS.						
50	6			Accesibilidad a los servicios, la máxima calidad en el tratamiento así como la rapidez.						
520	6	1	472	Simultáneamente con la informatización de los centros, dotar a los mismos de la posibilidad de citación mediante teleoperadora y a través de medios informáticos (Web, SMS, IVR).						
50	7			La seguridad, calidad y rapidez en el tratamiento de la información y la prestación de servicios.						
50	7	1	473	Centralizar la información en un repositorio del Sistema de Salud de La Rioja, o a través de la Intranet.						
50	7	2	474	Actualizar la Circular 1/03 a las necesidades actuales.						Evaluación 2014
50	8			La transformación de información en conocimiento y base de investigación.						
50	8	1	475	Desarrollo del Datawarehouse.						
50	8	2	476	Desarrollo de un Cuadro de Mando Integral.479						
50	9			La consolidación y homogeneización de todos los sistemas de comunicaciones.						
50	9	1	477	Creación de un nuevo mapa de comunicaciones de altas prestaciones tecnológicas.						Evaluación 2014
				NUEVAS TECNOLOGÍAS						
51				Mejorar la aplicabilidad y puesta en marcha de las decisiones de incorporación y reposición de nuevas tecnologías en el sistema de salud.						
51	1			Establecer un procedimiento normalizado de incorporación de nuevas tecnologías en el Sistema Público de Salud antes del 2010.						
51	1	1	478	Creación de un grupo de trabajo que elabore un plan de reposición de las tecnologías existentes.						Evaluación 2014
51	1	2	479	Implantación de un protocolo de solicitud de incorporación de nuevas tecnologías.						Evaluación 2014
51	2			Promover la participación de los actores implicados en la mejora de las tecnologías del Sistema Público de Salud de La Rioja antes del 2011.						
51	2	1	480	Creación de una Comisión de Valoración de Tecnologías.						Evaluación 2014



OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
51	2	2	481	Implantación de un registro de la tecnología existente con valoración de su rendimiento.						Evaluación 2014
51	2	3	482	Implantación de técnicas de búsqueda sobre la tecnología emergente y estudios de evaluación sobre la misma.						Evaluación 2014
51	2	4	483	Elaboración de un Plan Tecnológico.						Evaluación 2014
				USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO						
52				Promover un uso seguro y adecuado de los medicamentos en la comunidad mejorando el nivel de conocimiento de la población y de los profesionales sanitarios.						
52	1			Mejorar el conocimiento de la población sobre al autocuidado de su salud.						
52	1	1	484	Diseñar y realizar campañas de información y educación a la población general sobre autocuidados, automedicación responsable, y adecuación de los botiquines caseros.						
52	1	2	485	Establecer acuerdos de colaboración con las organizaciones de consumidores y oficinas de farmacia, para realizar acciones conjuntas especialmente para evitar la acumulación de medicamentos en los botiquines caseros y sobre las consecuencias negativas de la automedicación no responsable.						
52	2			Fomentar el uso adecuado de los medicamentos en la población.						
52	2	1	486	Desarrollar programas dirigidos a la población sobre conocimientos generales del medicamento y su valor terapéutico, a fin de mejorar su utilización priorizando las patologías más prevalentes y/o con gran consumo de recursos farmacéuticos.						
52	3			Impulsar el uso racional de los medicamentos entre los profesionales sanitarios.						
52	3	1	487	Elaboración, coordinación, actualización y aplicación de guías farmacoterapéuticas, guías de práctica clínica, protocolos terapéuticos y programas de intercambio por equivalencia terapéutica, con la inclusión de los criterios de uso racional de los medicamentos.						
52	3	2	488	Divulgación de información científica y objetiva dirigida a los profesionales sanitarios: boletines, evaluación de medicamentos, aportación terapéutica de los nuevos medicamentos que se comercializan, estudios de eficiencia y farmacoeconomía, prescripción por principio activo y medicamentos genéricos.						
52	3	3	489	Establecimiento y evaluación de programas y actividades de formación continuada de los profesionales sanitarios referidas a la utilización racional de los medicamentos.						
52	3	4	490	Impulsar trabajos de investigación sobre la utilización de medicamentos.						
52	3	5	491	Promover a través de las oficinas de farmacia una información veraz a los usuarios sobre las especialidades farmacéuticas genéricas favoreciendo su uso.						
52	3	6	492	Favorecer la notificación de sospechas de reacciones adversas a los medicamentos por los profesionales sanitarios, principalmente a través del Programa de Notificación Espontánea (Tarjeta amarilla) o de otros programas que se desarrollen.						
52	3	7	493	Desarrollar programas de atención farmacéutica a través de las Oficinas de Farmacia y de los Servicios de Farmacia de los hospitales, dirigidos a determinados grupos de población o a pacientes individuales: Programas de seguimiento farmacoterapéutico.						
				SECTOR PRIVADO						
53				Establecer los instrumentos necesarios para dar cumplimiento a lo previsto en el Título VIII de la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud.						
				FORMACIÓN CONTINUADA						
54				Impulsar la competencia profesional como instrumento de mejora de los servicios de salud.						

OG	OE	A	AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
54	1		Promover una formación continuada de calidad con impacto en el desempeño de los servicios de salud.						
54	1	1 494	Elaboración de un catálogo de proveedores de formación acorde a las prioritarias identificadas.						
54	1	2 495	Identificación de áreas prioritarias de intervención en formación.						
54	1	3 496	Elaboración de un Plan de Formación continuada para el personal sanitario y no sanitario del sistema Público de Salud de La Rioja.						
54	1	4 497	Implantación de metodologías de evaluación del impacto de la formación en el desempeño de la actividad profesional.						
			PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN						
55			Fomentar la investigación biomédica conforme a las líneas establecidas en el III Plan Riojano de I+D+i						
55	1		Impulsar los trabajos de asesoramiento y gestión de proyectos de investigación relacionados con la salud pública y los servicios de salud en el ámbito del CIBIR.						
55	1	1 498	Promover convocatoria de ayudas económicas para realizar trabajos técnicos y de investigación conforme a las prioridades identificadas.						
55	1	2 499	Realizar un mapa de la investigación biomédica en La Rioja.						Evaluación 2014
			LA CALIDAD EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA RIOJA						
56			Proporcionar una asistencia sanitaria de calidad a los usuarios del Sistema Sanitario de La Rioja.						
56	1		Extender la cultura de la calidad en el Sistema Público de Salud de La Rioja desde el compromiso de los líderes.						
56	1	1 500	Elaboración de un Plan de Calidad Común para todo el Sistema Riojano de Salud						Evaluación 2014
56	1	2 501	Impulso de la figura del Coordinador de Calidad en los Centros Sanitarios.						
56	1	3 502	Implantación de sistemas de gestión integrada de calidad (EFQM, ISO, EMAS, OSHAS...)						
56	1	4 503	Elaboración de un sistema de información de indicadores de calidad cuya evaluación permita la mejora continua.						
56	2		Mejorar la satisfacción del paciente con el Sistema Público de Salud de La Rioja.						
56	2	1 504	Realización de encuestas de satisfacción del cliente en los diferentes ámbitos del sistema sanitario de la comunidad y establecer planes de mejora. (Estándar: niveles de satisfacción superiores al 7,5 sobre 10).						
56	2	2 505	Actualización e impulso del Plan de Acogida al Paciente.						
56	3		Potenciar relaciones para la mejora del Sistema de Salud mediante colaboraciones y alianzas.						
56	3	1 506	Participación con el Ministerio de Sanidad y otras comunidades autónomas en la coordinación y puesta en marcha de normas de calidad y seguridad.						
56	3	2 507	Colaboración con los servicios de calidad del Gobierno de La Rioja.						
56	3	3 508	Colaboración con las asociaciones de pacientes.						



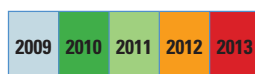
OG	OE	A	AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->	2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
56	4		Garantizar un servicio asistencial de calidad y una continuidad en el proceso asistencial.						
56	4	1 509	Impulsar la implantación de la gestión por procesos asistenciales.						
56	4	2 510	Disminución de la variabilidad de la práctica clínica incorporando la mejor evidencia científica.						
56	4	3 511	Establecimiento de comisiones de grupos de trabajo que realicen o evalúen las vías clínicas y/o los procesos asistenciales.						
56	5		Mejorar la satisfacción de los profesionales del Sistema Público de Salud de La Rioja.						
56	5	1 512	Establecer canales que mejoren la comunicación interna						
56	5	2 513	Fomento de la participación de profesionales en comisiones y grupos de trabajo...						
56	5	3 514	Impulsar la implantación y mejora del Plan de Acogida al Trabajador.						
56	5	4 515	Realizar periódicamente encuestas de satisfacción de trabajadores para identificar áreas de mejora. (Estándar: niveles de satisfacción superiores al 7,5 sobre 10).						
			SEGURIDAD DEL PACIENTE						
57			Implantación en el Sistema Sanitario de La Rioja de una estrategia de Seguridad del Paciente-Gestión de Riesgos.						
57	1		Difusión de la cultura de gestión de riesgos clínicos en La Rioja para profesionales y pacientes.						
57	1	1 516	Puesta en marcha de jornadas/charlas informativas en cada servicio hospitalario y Centro de Atención Primaria.						
57	1	2 517	Elaboración de materiales (folletos) genéricos sobre gestión de riesgos.						
57	1	3 518	Actualización y difusión de la información disponible en la INTRANET de Servicio Riojano de Salud.						
57	1	4 519	Información genérica sobre gestión de riesgos clínicos a usuarios del sistema de salud a través de INTERNET, trípticos informativos, medios de comunicación.						
57	1	5 520	Colaboración con el "Defensor del Usuario", en la implicación de los pacientes/usuarios en la seguridad del paciente.						
57	2		Establecer un sistema para la identificación y valoración de los riesgos relacionados con la asistencia sanitaria.						
57	2	1 521	Implantación de un sistema de notificación de incidentes-eventos adversos en el ámbito sanitario.						Evaluación 2014
57	2	2 522	Formación de los profesionales en herramientas de mejora continua para la Gestión de Riesgos: Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), Análisis de Causa Raíz (ACR).						
57	2	3 523	Realización de un AMFE al menos con periodicidad anual de un proceso nuevo o que conlleve riesgo en cada uno de los centros sanitarios y ACR siempre que aparezca un suceso centinela.						
57	2	4 524	Análisis, explotación, difusión de los indicadores de seguridad del paciente y priorización e implantación de áreas de mejora.						
57	3		Establecer medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.						
57	3	1 525	Establecimiento de medidas de forma concreta ante la identificación de riesgos específicos (sistema de notificación, otras fuentes de información...)						

OG	OE	A		AÑO DE IMPLEMENTACIÓN ->					2009	2010	2011	2012	2013	Evaluación
57	3	2	Despliegue del Programa de Prevención de la Infección Nosocomial (Higiene de las manos de los profesionales, Prevención de Bacteriemias en UCI) ver capítulo específico de Infección Nosocomial (Capítulo 7)											
		526												
57	3	3	Implantación de un programa de prevención, cuidados y monitorización de UPP.											
		527												
57	3	4	Implantación de un programa de prevención y monitorización de caídas.											
		528												
57	3	5	Mantenimiento y mejora del Proceso de Correcta Identificación de Pacientes.											
		529												
57	3	6	Establecer sistemas para la mejora del uso seguro del medicamento en Atención Primaria y en Atención Especializada.											
		530												
57	3	7	Análisis de experiencias validadas en otras áreas (países, CCA, sociedades científicas) y adaptación e implantación en La Rioja.											
		531												
57	3	8	Establecer un circuito de información que permita monitorizar los riesgos sanitarios (fuentes de información genéricas de infección nosocomial, atención al paciente, defensor del usuario, buzón de comunicación de incidentes para usuarios web o presencial y fuentes de información específicas: informes periódicos de cada centro o específicos ante una situación o incidente puntual).											
		532												Evaluación 2014
57	4		Establecer una estructura organizativa para la Gestión de Riesgos Sanitarios en 2009.											
57	4	1	Implantación y desarrollo de "Unidades FUNCIONALES de Seguridad del Paciente", a nivel Central (Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad), Atención Primaria, Hospital San Pedro, Fundación Hospital Calahorra, Fundación RiojaSalud.											
		533												
57	4	2	Creación de Comisión de Seguridad del Paciente, encada uno de los ámbitos asistenciales, dirigidas por el responsable de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos con representantes de los diferentes Servicios/Unidades que se consideren claves en la Gestión de Riesgos a nivel de cada Centro.											
		534												
57	4	3	Establecimiento de un Plan de Gestión de Riesgos con periodicidad anual por cada una de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos en colaboración con la Unidad Central.											
		535												Evaluación 2014
57	4	4	Incluir objetivos de Gestión de Riesgos-Seguridad del Paciente en el Contrato de Gestión pactado con la Consejería de Salud, así como a nivel de los Pactos de Objetivos con los diferentes Servicios y Unidades.											
		536												Evaluación 2014
57	4	5	Elaboración de informe anual con las actividades desarrolladas en Seguridad del Paciente de cada una de las Unidades Funcionales de Seguridad del Pacientes, y el cronograma previstos para el año próximo.											
		537												
57	5		Formación continuada de los profesionales e Investigación en gestión de riesgos sanitarios.											
57	5	1	Participación en los proyectos de investigación multicéntricos de Seguridad del Paciente.											
		538												
57	5	2	Fomento desde la Consejería de Salud de La Rioja del establecimiento por parte de los profesionales de líneas de investigación relacionadas con la seguridad del paciente.											
		539												
57	5	3	Formación específica de cada uno de los programas o proyectos implantados actualmente y que se implanten en el futuro (UPP, Caídas, Infección Nosocomial, Medicamentos ...).											
		540												

OG - Objetivos generales

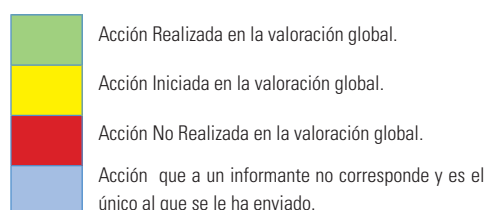
OE - Objetivos específicos

A - Acciones y año de implementación



La evaluación del 2013 incluyó 93 acciones que en los años 2009 a 2012 habían sido valoradas como no realizadas o iniciadas, y que a 31 de diciembre de 2013 los directivos de los centros proveedores de asistencia informaron de que ya estaban realizadas.

Evaluación



CAPÍTULO

2

METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN



Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad

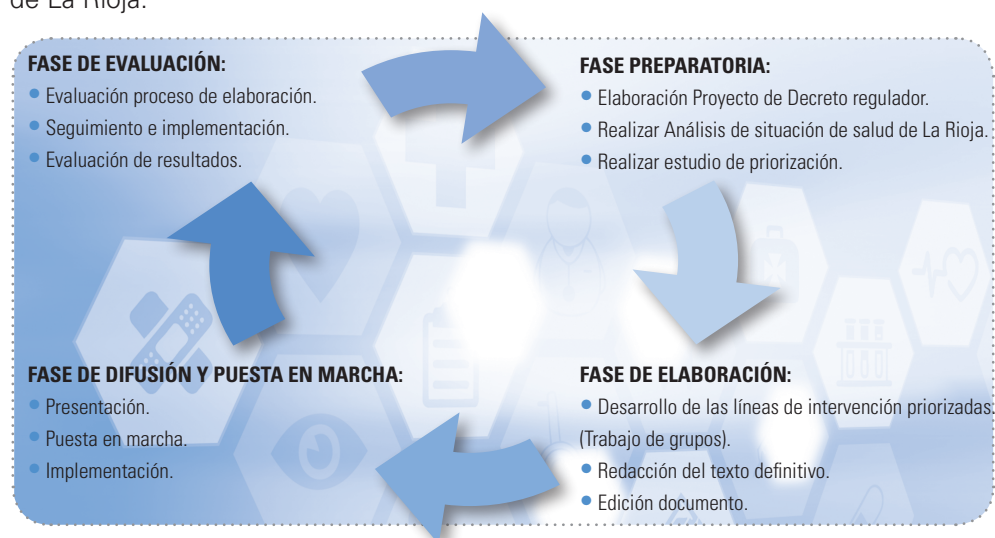
La Comunidad Autónoma de La Rioja dispone de un Plan de Salud desde 1997. El I Plan de Salud era un buen plan, elaborado en el contexto del marco competencial del momento. El II Plan de Salud, con un marco temporal del 2009 al 2013, y que ha sido prorrogado por un año, tuvo una elaboración orientada hacia la ordenación de la política sanitaria de La Rioja en un contexto competencial más amplio, en cuanto a la gestión de recursos sanitarios, la modernización de las infraestructuras asistenciales con nuevos edificios (hospitales, centros ambulatorios, centros de salud y consultorios), un renovado y ampliado equipamiento diagnóstico y terapéutico, una ampliación de la cartera de servicios a fin de minimizar la dependencia de centros externos, la formación de las personas y un desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación que han servido de apoyo e impulso al desarrollo asistencial del Sistema Público de Salud de La Rioja.

En el marco descrito, al que hay que añadir un contexto general de situación económico financiera de crisis, se puede decir que el II Plan de Salud ha sido útil; porque desde la implementación y desarrollo de sus propuestas se ha ayudado al avance de la cartera de servicios, a impulsar mejoras en los temas de calidad y seguridad, a la implicación de actores externos a la red propia para el despliegue de acciones que se proponían en el Plan y, sobre todo, ha impregnado la organización de una cultura evaluativa a partir del proceso de implementación y evaluación anual.

Metodología

El abordaje del III Plan de Salud se ha estructurado en cuatro fases. (Figura 1)

FIGURA 1. Fases de elaboración, implementación y evaluación del III Plan de Salud de La Rioja.



La **fase preparatoria** consta de tres actividades.

- a) Redacción, tramitación, aprobación y publicación del decreto que regule la elaboración y evaluación del III Plan de Salud.

Esta acción tiene su culminación el 3 de diciembre de 2014, fecha en la que se publica el Decreto 51/2014, de 28 de noviembre, por el que se aprueban las normas para la elaboración y evaluación del III Plan de Salud de La Rioja, en el ejemplar número 150 del Boletín Oficial de La Rioja. (1)

- b) Elaboración del análisis de la situación de salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja a 31 de diciembre de 2013.

Se ha elaborado un documento que describe la situación de La Rioja respecto de la salud a fecha de 31 de diciembre de 2013, y cuando las fuentes documentales lo han permitido, se han actualizado datos a 2014. El informe se estructura en varios apartados: población, estado de salud, determinantes de salud, promoción y prevención, sistema sanitario y formación e investigación.

Así mismo, forma parte de esta actividad la redacción de un documento sobre el estado de situación de la evaluación del II Plan de Salud de La Rioja, a 31 de diciembre de 2013, en el que se identifican áreas de mejora y se explicitan lecciones aprendidas formuladas como recomendaciones. En el Anexo al informe se detallan las acciones que se priorizaron para 2014 y que se evaluarán a lo largo del primer semestre del 2015.

- c) Realización de un estudio de priorización.

La priorización se ha realizado a través de dos procesos diferenciados. Primero, interno, en el que a partir del análisis de situación, los datos de la evaluación a 31 de diciembre del 2013 del II Plan de Salud, la revisión de los planes de salud en vigor de las comunidades autónomas, las Estrategias en Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la revisión de documentos del proyecto GuíaSalud-Biblioteca de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud y del Atlas de Variaciones de la Práctica Médica, así como documentos de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Europea (UE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros, que sirvieron para identificar áreas de necesidad de actuación en orden a su magnitud, vulnerabilidad e impacto social y organizativo.

En segundo lugar, un proceso externo, en el que se elaboró una encuesta de percepción de los temas de más interés para ser abordados a través del III Plan de Salud. En esta encuesta, los diferentes ítems a valorar se elaboraron con los temas identificados en el proceso interno citado. Como resultado de la encuesta se identifican líneas de intervención prioritarias. (Ver capítulo de priorización)

La **fase de elaboración** consta, igualmente, de tres actividades:

- a) Elaboración del documento que recoja el estado del arte de la línea de intervención correspondiente, los objetivos generales y específicos que establezcan hacia donde avanzar para mejorar la situación en ese ámbito y se establezcan hitos que permitan valorar los logros previstos, las recomendaciones que son medidas que se proponen para alcanzar los objetivos y los indicadores que nos permitan tener una imagen de partida y realizar el adecuado seguimiento y la evaluación; todo ello acompañado de la bibliografía consultada.

Resultado de esta etapa es un documento preliminar que se somete a una revisión previamente a incluirse en el documento final del III Plan de Salud de La Rioja.

- b) El documento preliminar elaborado por cada uno de los grupos de trabajo es revisado por el Comité Técnico de Redacción, quien formula comentarios al mismo, y se comunica al coordinador/a del grupo de trabajo para que, con su grupo, realice la redacción definitiva del documento.
- c) Este último documento (versión final) se envía para su edición en formato digital.

La **fase de difusión, puesta en marcha e implementación** se irá desarrollando de forma progresiva a lo largo de los años de vigencia del III Plan de Salud y se fundamenta en la comunicación del III Plan de Salud a gestores, profesionales y a la sociedad. La difusión, fundamentalmente, se realizará a través de la web institucional de Riojasalud facilitando un acceso directo al documento. Por otra parte, para la puesta en marcha e implantación se redactará un “Plan Anual de Seguimiento y Evaluación” para que los diferentes actores desarrollen las intervenciones precisas para el logro de los objetivos.



La **fase de seguimiento y evaluación** es paralela a la anterior y cierra el ciclo de este III Plan de Salud.

Órganos responsables y grupos de trabajo

Las fases descritas se han ido abordando a través de la creación de diversos grupos de trabajo. El primer trabajo emprendido se trabajó por las personas adscritas al Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad para la elaboración del documento de análisis de la situación de salud en La Rioja y el de situación de la evaluación a 31 de diciembre del II Plan de Salud, así como la revisión de documentos similares al Plan de Salud de las comunidades autónomas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y otros organismos nacionales e internacionales.

En paralelo, de forma conjunta, se colaboró en la redacción del Decreto 51/2014, de 28 de noviembre, y en su fase de tramitación hasta la aprobación y publicación del mismo.

La propia norma reguladora de este III Plan de Salud sanciona como procedimiento de trabajo el trabajo colaborativo y participativo, en grupos, y crea cuatro órganos:

El **Consejo de Dirección**, del que es su presidente el titular de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, lo constituyen 10 personas de las cuales, todas tienen voz y solo 9 tienen voto (el/a secretario/a no tiene voto). El papel de este Consejo de Dirección es dirigir los trabajos de elaboración, su difusión, implementación y evaluación; así como elevar el III Plan de Salud al Consejo de Gobierno para su aprobación.

El **Comité Científico**: con un papel de asesoría de los órganos de dirección y redacción y valoración final del documento; constituido por personas de reconocido prestigio en el ámbito sanitario.

El **Comité Técnico de Redacción**: con una función específica que es la redacción y elevación del texto del III Plan de Salud al Consejo de Dirección. El Comité Técnico de Redacción, presidido por el titular de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, es quien realiza la selección de las líneas de intervención a desarrollar. La lista de las líneas priorizadas surgen a partir de la encuesta realizada (Hábitos, estilos de vida y protección de la salud, Cáncer, Cronicidad y calidad

de vida, Demencias, Diabetes, Discapacidad, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedades cerebrovasculares, Envejecimiento, Salud mental y Fortalecimiento del Sistema Público de Salud de La Rioja) y de las propuestas surgidas en el seno del propio Comité Técnico de Redacción a propuestas de sus miembros (Enfermedades emergentes y reemergentes, Enfermedades infecciosas con muerte evitable y Enfermedades raras).

El Comité Técnico de Redacción ha constituido grupos de trabajo para estudiar y realizar la propuesta de actuación para cada una de las líneas de intervención priorizadas. Estos grupos de trabajo están dirigidos por un/a coordinador/a designado/a por el presidente del Comité Técnico de Redacción, a propuesta de las direcciones de los centros de provisión de asistencia sanitaria y salud pública, que es el responsable de redactar el documento que establece los objetivos, las recomendaciones y los indicadores de la línea de intervención, con la participación de un grupo de expertos/as del ámbito de la Atención Primaria, de la Atención Especializada y de la Salud Pública, designados de igual manera. A cada grupo se le asigna un/a consultor/a con la función, dentro del grupo, de ser el apoyo metodológico en el trabajo a realizar por los grupos. El coordinador/a puede invitar a participar a sociedades científicas y a asociaciones de pacientes.

El trabajo de los grupos de trabajo tiene entre otros documentos de referencia el texto "Bases para la redacción por el grupo de trabajo de cada línea de intervención del III Plan de Salud de La Rioja" elaborado por el Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad; disponiendo de un amplio margen de maniobra en cuanto al alcance de sus propuestas y los aspectos relevantes a considerar en el desarrollo de cada línea de intervención priorizada.

El **Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación** es presidido por el titular de la Secretaría General Técnica, siendo su vicepresidente el titular de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, y cuenta con 11 personas designadas por su presidente (4), por el titular de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud (3), personas designadas por el presidente de entre los/as coordinadores/as de los grupos de trabajo (3) y una persona, designada por el titular de la Consejería de Administración Pública y Hacienda, de la Dirección General de Tecnologías de la Información y la Comunicación.

El trabajo del Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación tiene la función de diseñar y aprobar el Plan Anual de Seguimiento y Evaluación, supervisar los informes semestrales y anuales que se eleven al Consejo de Dirección y proponer la realización de trabajos específicos de evaluación.



Cronología

La secuencia del proceso seguido en la elaboración del III Plan de Salud se ha desarrollado conforme se describe a continuación: durante los dos primeros meses se realizó el análisis de situación, se revisó el informe preliminar de evaluación del II Plan de Salud y se consultaron diversos documentos de otras instituciones u organismos tanto nacionales como internacionales y se elaboró el texto borrador del Decreto 51/2014. A continuación, a lo largo de otros dos meses, aproximadamente, se diseñó, elaboró y difundió la encuesta de percepción de las áreas de interés para ser abordadas por un III Plan de Salud, así como su explotación. Se tramitó, aprobó y se publicó el Decreto 51/2015. En este tiempo se constituyeron el Consejo de Dirección y el Comité Técnico de Redacción y se realizó la priorización de las líneas de intervención. Señalándose así el final de la fase preparatoria.

Seguidamente, con un plazo de 10 semanas, se desarrolló el trabajo de los grupos en cuanto al estudio y concreción de los objetivos a lograr en la línea de intervención correspondiente (considerando que los objetivos generales nos muestran a dónde queremos llegar, y que los objetivos específicos nos muestran hitos concretos a lograr en el camino a recorrer hasta el objetivo general), así como las recomendaciones (aquello que en este momento parece más adecuado para lograr los objetivos) y los indicadores que posibilitarán tener elementos de referencia de origen e implementar un proceso de monitorización que haga plausible el seguimiento semestral y evaluación anual de resultados.

En un plazo de un mes se realiza la revisión de la versión preliminar de cada grupo, la edición provisional, la revisión de la edición en prueba y la tramitación correspondiente para presentar al Consejo de Gobierno para su aprobación y posterior difusión. Con lo que finalizaría la segunda fase.

Las fases de difusión y puesta en marcha y de seguimiento y evaluación comienzan con la constitución del Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación. Los trabajos a emprender son diversos, complejos y requieren de la participación de numerosas personas, entre otros están: el estudio de la factibilidad de los indicadores y conocer la situación actual de los mismos; la creación de grupos de implementación (recomendación); la identificación de interlocutores/as para la implementación, seguimiento y evaluación en cada uno de los centros de provisión implicados en puesta en marcha del III Plan de Salud; diseñar y estructurar los elementos del Plan Anual de Seguimiento y Evaluación; y, la modelización del informe de rendición de cuentas de la situación semestral y anual conforme a lo previsto en el artículo 9.4 del decreto 51/2014.

El alpinista Reinhol Messner, en su libro *“Mover montañas”* (página 82), hace la reflexión siguiente:

“No solo tenemos el derecho, sino también el deber de otorgar un sentido. El sentido no es algo que se pueda encontrar, y por ello no hace falta buscarlo. Tampoco viene solo, y no se le espera. Es algo que nosotros otorgamos, que nosotros conferimos” (2)

Es decir, cada cual decide qué sentido tiene lo que hace. Por ello, el éxito de este III Plan de Salud radica en la participación de todas las personas implicadas, de una u otra forma, en la consecución de los objetivos fijados desarrollando cada cual con su mejor sentido cada uno de los elementos que componen las diferentes actividades a desplegar.

Bibliografía

1. Boletín Oficial de La Rioja, número 150, de 3 de diciembre de 2014 (página 23752). Decreto 51/2014, de 28 de noviembre, por el que se aprueban las normas para la elaboración y evaluación del III Plan de Salud de La Rioja.
2. Messner, Reinhold. *Mover montañas: el credo de un explorador de los límites de lo desconocido*. Ediciones Desnivel. 1995. Madrid.



La priorización del III Plan de Salud surge, entre otras fuentes, de los resultados de la encuesta de percepción de los problemas de salud que debieran abordarse para su mejora en el III Plan de Salud, que ha sido cumplimentada por personas encuadradas en tres sectores bien diferenciados de la población.

Otra fuente de priorización, es la aportación o sugerencia que desde el Comité Técnico de Redacción se ha realizado por parte de alguno de sus miembros y refrendado por el propio Comité.

La encuesta se elabora a partir de otros modelos (1) (2) y, en las posibilidades de respuesta, se citan las prioridades detectadas en un proceso interno, siguiendo la técnica de grupo nominal, utilizando el conocimiento personal y los documentos del análisis de situación, la evaluación a 31 de diciembre del II Plan de Salud y las iniciativas de otras comunidades autónomas, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y otros organismos nacionales e internacionales. (3) (4) (5)

La población a encuestar se ha distribuido en tres paneles de participación. La encuesta se realiza on-line a través de un enlace diferenciado para cada panel, de forma que se remite a destinatarios conocidos, pero no es posible conocer la identidad de quien ha contestado. Esta forma permite conocer el índice de respuesta, pero mantiene el anonimato de las respuestas.

Un primer panel (panel de directivos) lo constituyen los equipos directivos de la propia Consejería de Salud y Servicios Sociales, de los centros de provisión de asistencia sanitaria y las presidencias de los colegios profesionales sanitarios radicados en La Rioja. El total de encuestas remitidas ha sido de 26, y las respuestas recibidas y procesadas es de 17 (índice de respuesta del 65,38%).

Un segundo panel (panel de profesionales) se compuso con profesionales del ámbito de la medicina, de la enfermería y otras profesiones, que se desempeñan dentro del sector sanitario, que desarrollan su labor bien en el nivel asistencial de la Atención Primaria, de la Atención Especializada, de la Salud Pública y en los servicios centrales. En este panel se incluyeron a las sociedades científicas y asociaciones profesionales radicadas en La Rioja. El número de personas a las que se les ha remitido invitación a participar ha sido de 180, las respuestas recibidas y procesadas han sido de 92 (índice de respuesta del 51,11%).



Por último, un tercer panel (panel de sociedad), se formó con las personas que componen el Consejo Riojano de Salud, los Consejos de Salud de las Zona Básica de Salud que están constituidos en la fecha de consulta, la Universidad, organizaciones sindicales y empresariales, mutuas laborales y asociaciones de pacientes y/o de familiares de enfermos. El total de personas invitadas a participar con sus respuestas es de 313, de las que se han recibido y procesado 34 respuestas (índice de respuestas del 10,86%).

El índice de participación global ha sido del 27,55%, considerando que el total de invitaciones enviadas han sido de 519 y que se han recibido y procesado 143 respuestas.

La forma de valorar las diferentes respuestas ha sido otorgando una puntuación de 5 puntos a las preferencias señaladas en primer lugar; de 4 puntos a las señaladas en segundo lugar; de 3 puntos a las que se les concedía la tercera posición; de dos puntos a las que se formulaban en cuarto lugar; y, 1 punto a las propuestas en quinto lugar. En los casos que se pedía seleccionar cuatro opciones, se seguía el mismo procedimiento, otorgando 4 puntos a los seleccionados en primer lugar.

La suma de los resultados de los tres paneles es el resultado final por el que se ordenan las priorizaciones.

Ordenadas las diferentes opciones de respuesta por el resultado obtenido y considerando que la diferencia en el resultado es muy importante respecto del siguiente, los resultados son:

Resultados encuesta percepción nov-dic 2014

GRUPOS DE PROBLEMAS				
Para usted ¿cuál de estos grupos de problemas de salud es más prioritario? (Señale cinco por orden de prioridad):				
	Profesionales	Directivos	Sociedad	Resultado
02-Cáncer	238	71	86	395
07-Enfermedades cardiovasculares	211	34	50	295
09-Enfermedades crónicas	134	27	58	219
08-Enfermedades cerebrovasculares	144	31	43	218
16-Envejecimiento	139	13	32	184
17-Salud mental (Enfermedades psiquiátricas)	99	15	37	151
05-Demencias	58	13	37	108
06-Discapacidad	70	11	15	96
ENFERMEDADES				
Para usted ¿cuál de estos grupos de problemas de salud es más prioritario? (Señale cinco por orden de prioridad):				
	Profesionales	Directivos	Sociedad	Resultado
21-Ictus (incluye el ataque isquémico transitorio)	178	32	52	262
06-Cáncer de mama	110	50	53	213
22-Infarto de miocardio	139	29	38	206
12-Enfermedad de Alzheimer	118	19	57	194
05-Cáncer de colon-rectal	107	32	42	181
10-Diabetes	91	23	41	155
18-Hipertensión	84	12	18	114
CRITERIOS DE SELECCIÓN				
A continuación se le van a sugerir diversos elementos (criterios) por los cuales, habitualmente, las personas consideran que los problemas de salud son importantes. ¿Podría señalarlos al menos CUATRO ELEMENTOS que le han guiado en su elección?				
	Profesionales	Directivos	Sociedad	Resultado
Problemas/enfermedades que afectan a muchas personas	79	15	25	119
Problemas/enfermedades que impactan muy negativamente en el confort personal y del entorno social de quien las padece	68	11	21	100
Problemas/enfermedades que dan lugar a una discapacidad	64	11	24	99
Problemas/enfermedades que causan la muerte habitualmente	54	11	19	84



HÁBITOS - ESTILOS DE VIDA - DETERMINANTES AMBIENTALES				
Para usted ¿cuál de estos factores que influyen en la salud es el primero en orden de importancia? (Señale cinco por orden de prioridad):				
	Profesionales	Directivos	Sociedad	Resultado
11-Conductas no saludables: consumo de tabaco	198	44	48	290
14-Estilos de vida saludables: alimentación	204	27	45	276
12-Conductas no saludables: sedentarismo	181	31	54	266
05-Condicionantes sociales: desigualdad	136	17	44	197
09-Conductas no saludables: consumo de alcohol	114	24	30	168
MEJORAS EN EL SPSSLR				
Para usted ¿cuál de las siguientes opciones de mejora organizativa o funcional es importante para fortalecer el Sistema Público de Salud de La Rioja? (Señale cinco por orden de importancia):				
	Profesionales	Directivos	Sociedad	Resultado
12-La Atención Primaria como puerta de entrada y referente del paciente en su utilización de los recursos asistenciales	225	43	82	350
13-La calidad asistencial	101	8	40	149
28-La participación de los profesionales	113	8	23	144
18-La continuidad asistencial	88	19	23	130
26-La ordenación de recursos	72	20	26	118

En consecuencia, con la información disponible la propuesta al Comité Técnico de Redacción de la priorización de líneas de intervención fue la siguiente:

- Cáncer.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades crónicas.
- Enfermedades cerebrovasculares
- Envejecimiento.
- Salud mental.
- Demencias.
- Discapacidad.
- Diabetes.
- Hábitos, estilos de vida y protección de la salud.
- Fortalecimiento del Sistema Público de Salud de La Rioja.

En la misma sesión del Comité Técnico de Redacción se propusieron, justificadamente, la inclusión de tres líneas de intervención:

- Enfermedades emergentes y reemergentes.
- Enfermedades con muerte evitable.
- Enfermedades raras.

A tenor de las propuestas formuladas, el Comité Técnico de Redacción acordó priorizar las líneas de intervención, con la formulación que se indica, que se relacionan:

- Hábitos, estilos de vida y protección de la salud.
- Cáncer.
- Cronicidad y calidad de vida.
- Demencias.
- Diabetes.
- Discapacidad.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Envejecimiento.
- Salud mental.
- Fortalecimiento del Sistema Público de Salud de La Rioja.
- Enfermedades emergentes y reemergentes.
- Enfermedades con muerte evitable.
- Enfermedades raras.

La priorización fue ratificada por el Consejo de Dirección y se procedió a la designación de un/a coordinador/a por línea de intervención y a formar los grupos de trabajo para el estudio y desarrollo de cada una de las prioridades, conforme a la metodología descrita en el capítulo anterior.

Bibliografía

1. Plan de Salud de Cantabria 2014-2019. Consejería de Salud y Servicios Sociales. 2013.
2. Baumann, M., Cao, M.-M. Diagnostic de santé d'une population et action humanitaire: un guide pratique. Accesible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>
3. Tercer Plan Europeo de Salud 2014-2020. Accesible en: http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_es.htm (consultado)
4. OMS. Objetivos desarrollo del milenio. Accesible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>
5. OPS. Agenda de Salud para las Américas 2011-2017. Accesible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=203:agenda-de-salud-para-las-americas-2008-2017&Itemid=361



CAPÍTULO

4

HÁBITOS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PROTECCIÓN DE LA SALUD



Coordinadora: Díez Ripollés, M^a Pilar

Expertos/as: Beloso Fontecha, Jorge; Bozalongo de Aragón, Ernesto; del Val Albertos, Teresa; Echeverría Cubillas, Purificación; Fernández Torroba, M^a Begoña; García García, Begoña; González Izquierdo, Ana; Herce Miguel, Carmen; León Medina, Enara; López de Valdivielso, M^a José; Martínez Zárata, M^a Puy; Olloqui Mundet, Jorge

Consultor: Khalil Kassem, Hassane



Análisis de situación

En los países desarrollados las principales causas de mortalidad y morbilidad se relacionan fundamentalmente con los hábitos y estilos de vida, modificables mediante intervenciones de promoción de la salud orientadas a: modificar conductas de riesgo, potenciar habilidades y capacidades de las personas en su autocuidado, poner en valor la salud para el desarrollo personal y social y compartir objetivos comunes en las políticas institucionales y de otros sectores sociales.

A nivel mundial se ha acordado como objetivo para el año 2025, una reducción del 25 % en la mortalidad relativa a las enfermedades no transmisibles (1). Para ello, se ha establecido la estrategia “cuatro por cuatro”, es decir, priorizar el abordaje de los cuatro principales factores de riesgo comunes (tabaco, alcohol, actividad física y alimentación) a las cuatro principales enfermedades crónicas: cardiovascular, cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria crónica.

Para llevar a cabo acciones de promoción de la salud, es necesario crear sinergias entre las instituciones y los distintos sectores sociales y aplicar políticas públicas que impacten en la salud mediante acciones destinadas a promover la equidad (2). La edad, el sexo, el nivel de educación, el posicionamiento social y el poder adquisitivo generan diferencias en los hábitos y estilos de vida y por tanto en la salud.

Con el fin de abordar los factores de riesgo y contribuir a alcanzar los objetivos propuestos por las instituciones internacionales, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, aprobó en el año 2013 la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el SNS, en el marco del abordaje de la cronicidad. (3)

La población riojana presenta prevalencias elevadas de los cinco principales factores de riesgo para la salud (Tabla 1), por otra parte aunque haya alcanzado una esperanza de vida al nacer de las más elevadas de nuestro entorno (83,1 años), tan solo se viven 64,2 años en buena salud y el resto con malestar, lo que origina importante presión en la asistencia socio-sanitaria y en el gasto farmacéutico (4). Estas realidades son susceptibles de mejora mediante estrategias de promoción de la salud.



TABLA 1. Prevalencia de los principales factores de riesgo en población de La Rioja.

Factor de Riesgo	Hombres	Mujeres	Total
Sobrepeso	49,3	26,5	38,1
Obesidad	17,1	12,5	14,9
Tabaquismo	29,2	19,8	24,4
Bebedores habituales*	82	52,5	67
Sedentarismo	29	33,1	31

*Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

Fuente: ENSE 2011-2012.

Prioridades y justificación

De todo lo anteriormente expuesto, las intervenciones irán encaminadas a promover hábitos y estilos de vida saludables y a proteger la salud de la población, teniendo en cuenta, para esta última, el enfoque de salud en todas las políticas. Para ello, se han priorizado las siguientes áreas de intervención: la actividad física, la alimentación, el consumo de tabaco, alcohol y drogas, el medio ambiente y la seguridad alimentaria.

OBJETIVOS GENERALES

Promover entornos y estilos de vida saludables que permitan mejorar la salud y la calidad de vida en la población de La Rioja.

Potenciar políticas públicas que contribuyan a aumentar la salud de la población a través del trabajo conjunto de los diferentes sectores.

ACTIVIDAD FÍSICA

Análisis de Situación

La actividad física aporta múltiples beneficios para la salud, en todas las edades, en ambos sexos y en personas con diferentes condiciones físicas. Ser físicamente activo mejora y mantiene la salud. La condición física, definida como la capacidad que

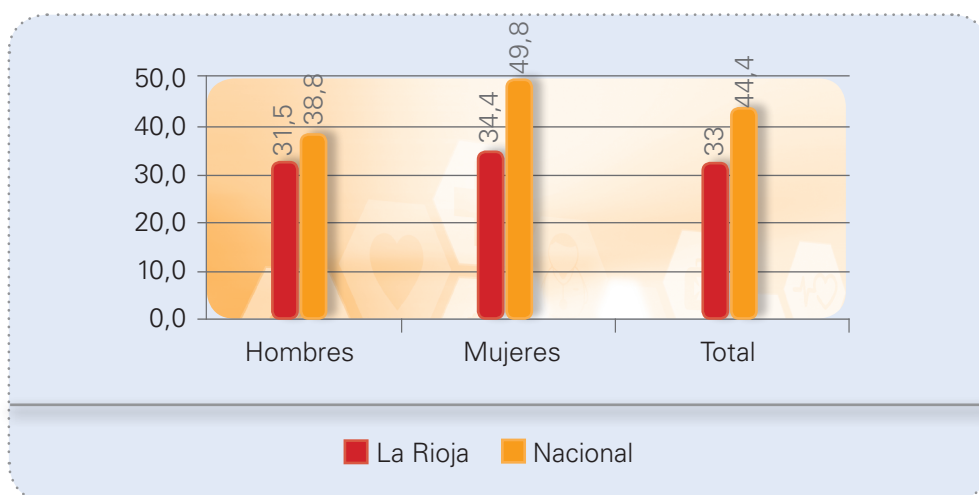
una persona tiene para realizar actividad física, especialmente la capacidad aeróbica, tiene relación directa con los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles y con la composición corporal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda practicar al menos 30 minutos al día de actividad física moderada y establece las siguientes recomendaciones específicas para cada grupo de edad. (5,6)

Niños y adolescentes de 5 a 17 años	Adultos de 18 a 64 años	Adultos mayores de 65 años
Mínimo de 60 minutos diarios de actividad principalmente aeróbica, de intensidad moderada o vigorosa y tres veces por semana actividades que fortalezcan el aparato locomotor	Mínimo de 150 minutos semanales en total de actividad aeróbica moderada, o 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa o bien la combinación de ambas. Para mayor beneficio se debería llegar a 300 y 150 minutos respectivamente, y dos o tres veces por semana realizar actividades que fortalezcan el aparato locomotor	Se aplican las recomendaciones de adultos más jóvenes, añadiendo tres veces por semana actividades para mejorar el equilibrio y prevenir caídas.

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), en La Rioja tres de cada diez personas adultas encuestadas se declaran sedentarias, aunque esta proporción es menor que en la media nacional. (Figura 1)

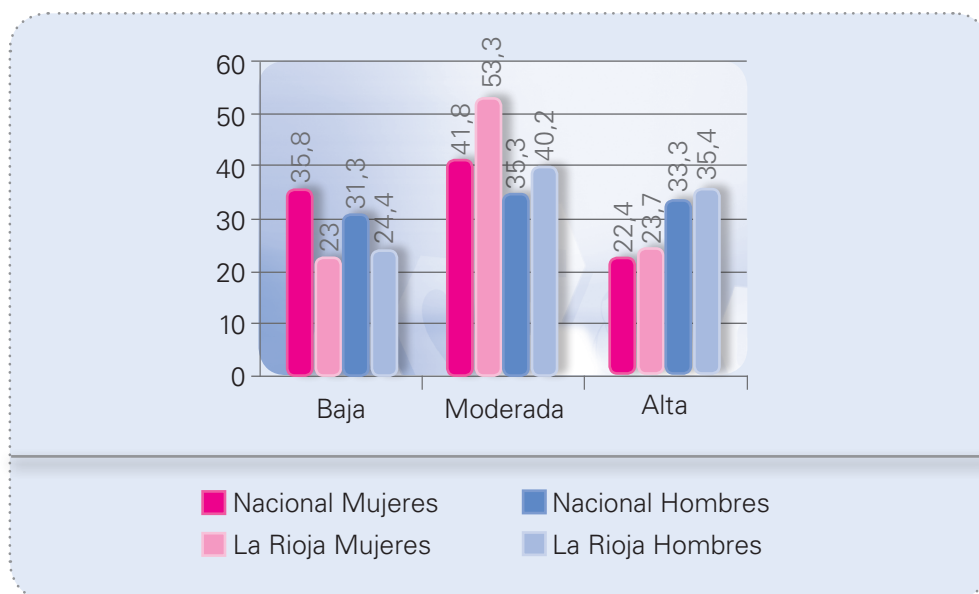
FIGURA 1. Sedentarismo en población adulta (15 y más años). España -La Rioja 2012. (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011/12.

Un 46,7% de la población riojana realiza actividad física moderada y un 29,6% alta. Las mujeres practican más actividad física moderada (53,3%) y los hombres las superan en la de intensidad alta (35,4%); el 24,4% de los hombres y el 23% de las mujeres, realizan actividad física de baja intensidad. (Figura 2)

FIGURA 2. Porcentaje de población adulta (18 a 69 años) según el nivel de actividad física. España-La Rioja 2012.

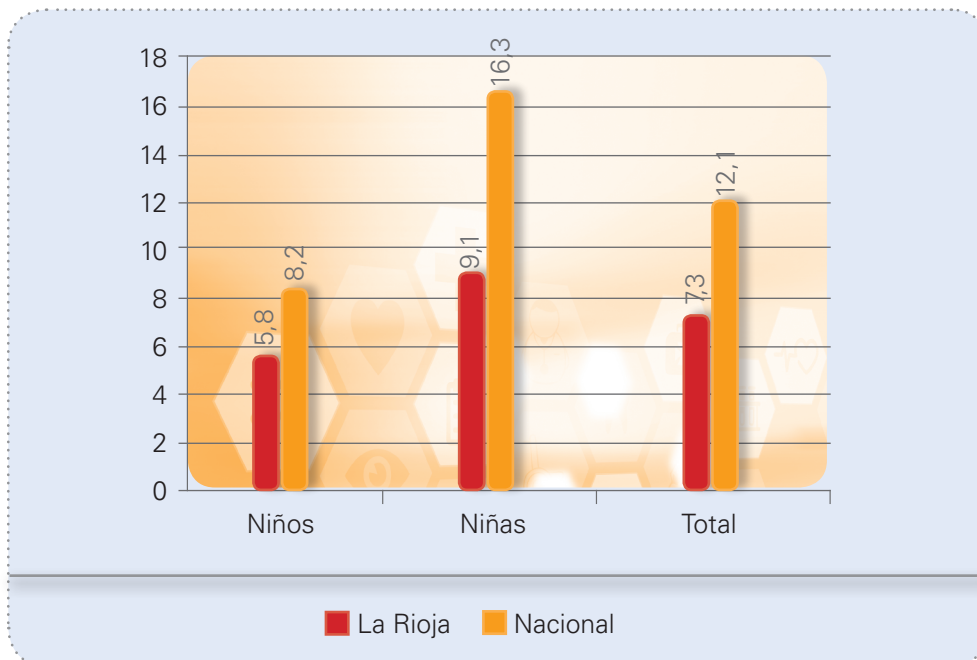


*Actividad física baja: caminar al menos durante 10 minutos.

Fuente: Resultados del cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) versión corta, (ENSE) 2011/12.

En la población infantil el 7,3% se declara sedentaria, es decir no realiza actividad alguna en su tiempo libre, el porcentaje es superior en niñas (9,1%) que en niños (5,8%) (Figura 3). También se observa una menor participación de las mujeres en las actividades programadas en los Juegos Deportivos de La Rioja. (Tabla 2)

FIGURA 3. Sedentarismo en población infantil (5-14 años). España-La Rioja 2012. (Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011/12.

TABLA 2. Porcentaje de participación en juegos deportivos escolares por sexo. La Rioja. 2010-2014.

Sexo	Curso Escolar							
	2010-11		2011-12		2012-13		2013-14	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Hombres	14.243	66,4	14.220	66,1	12.221	67,5	12.921	65,5
Mujeres	7.201	33,6	7.276	33,8	5.891	32,5	6.816	34,5
Total	21.444		21.496		18.112		19.737	

Fuente: Dirección General de Deportes e Instituto Riojano de la Juventud (IRJ)

Recientes estudios realizados en la población escolarizada de Logroño, han encontrado mejor condición física en los niños que en las niñas. El 88% de los niños y el 80% de las niñas presentaron valores saludables de capacidad aeróbica. (7)

Los colectivos con discapacidad no disponen de las mismas oportunidades y motivaciones que el resto de población para practicar la actividad física necesaria

para su salud. Paradójicamente, sus problemas de salud se han convertido en unos de los principales motivos para no realizarla. (8)

A pesar de que nuestra comunidad presenta mayores tasas de personas que practican algún tipo de actividad física que la media nacional, acompañadas de menores tasas de sedentarismo, debemos mejorar las recomendaciones y disminuir la desigualdad encontrada entre hombres y mujeres, así como atender las necesidades de las personas con algún grado de discapacidad física, psíquica o sensorial y grupos sociales más inactivos (inmigrantes, etnia gitana...).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar en un 5% la población que realiza la actividad física recomendada por la OMS, para todos los grupos de edad y en ambos sexos.
- Reducir en un 5 % el sedentarismo en todos los grupos de edad y en ambos sexos.
- Disminuir las diferencias encontradas por sexo y condición social en la práctica de actividad física.

RECOMENDACIONES

- Determinar en las personas que acuden a las consultas de Atención Primaria, el nivel de actividad física que realizan y prescribirla según las características y condición de las personas (consejo breve y educación individual), con vinculación a los recursos comunitarios.
- Promocionar en las consultas de pediatría consejo breve individual de actividad física.
- Integrar el registro de actividad física en la Historia Clínica Electrónica (HCE).
- Promover intervenciones desde el ámbito sanitario que sensibilicen a la población sobre el beneficio que para la salud tiene realizar actividad física todos o casi todos los días de la semana.
- Recomendar a las mujeres actividad física dirigida a su autocuidado y adaptada a su ciclo vital.

- Impulsar la formación de los agentes de salud sobre la prescripción de actividad física.
- Impulsar acciones y actividades físico deportivas adaptadas a las necesidades de los grupos de población que menos la practican (discapacidad, inmigración, personas mayores, etnia gitana).
- Promover que los centros de enseñanza sean entornos que favorezcan la práctica de actividad físico deportiva.
- Establecer alianzas y mecanismos de colaboración entre los diferentes ámbitos institucionales y sociales para impulsar la actividad física.

INDICADORES

1. Prevalencia de sedentarismo en población infantil y adulta por sexo (Fuente: ENSE; IPAQ).
2. Prevalencia de población que realiza actividad física alta, moderada y baja por sexo (Fuente: ENSE; IPAQ).
3. Prevalencia de población infantil activa y que realiza actividad física regular en el tiempo libre (5-14 años) por sexo (Fuente: ENSE, IPAQ).

ALIMENTACIÓN

Análisis de situación

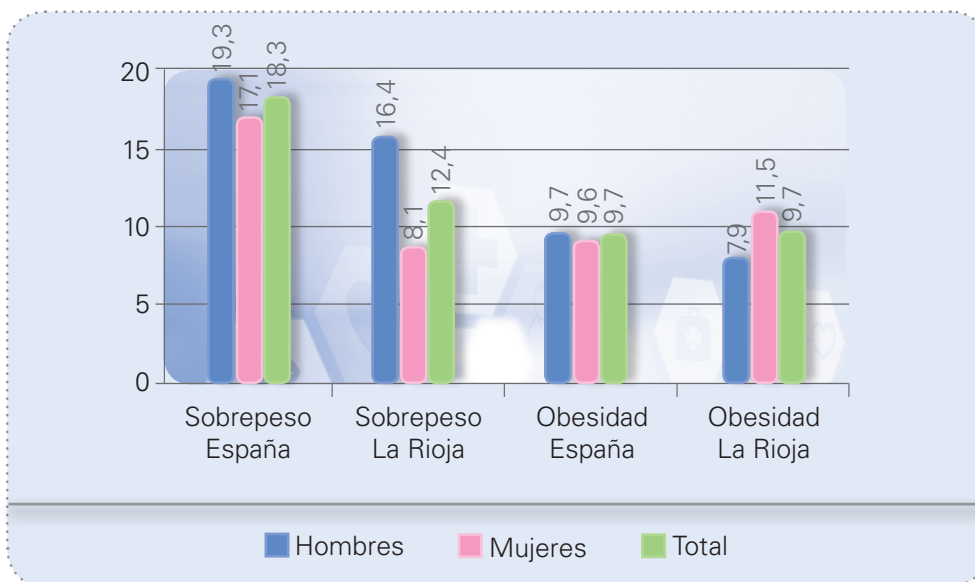
Los cambios en la forma de vida actual han modificado los tradicionales hábitos alimentarios, con un distanciamiento de los patrones de la dieta mediterránea y el reemplazo por una dieta con una mayor proporción de calorías procedentes de aceites y grasas, azúcares y almidones procesados. (9)

La desviación de las recomendaciones nutricionales, junto con un exceso de ingesta energética, justifican en buena medida la epidemia de sobrepeso y de obesidad. En La Rioja, los hombres tienen mayor prevalencia de sobrepeso y de obesidad que



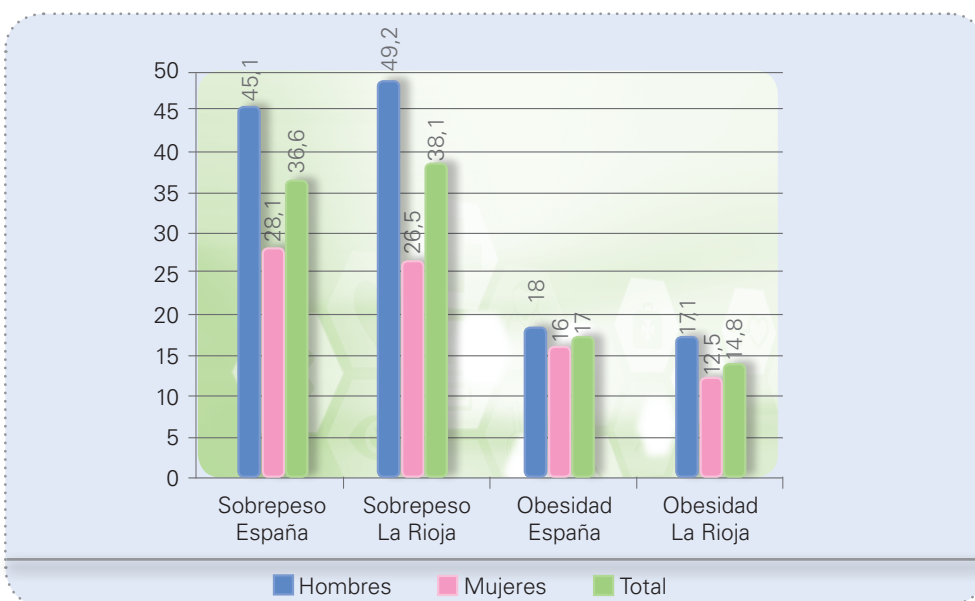
las mujeres; en la edad infantil son las niñas las que presentan mayores tasas de obesidad. (Figuras 4 y 5)

FIGURA 4. Porcentaje de población de 2 a 17 años con sobrepeso y obesidad. España-La Rioja. 2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011/2012

FIGURA 5. Porcentaje de población de 18 y más años con sobrepeso y obesidad. España-La Rioja 2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011/2012

Una alimentación sana y equilibrada comienza con la lactancia materna en exclusiva hasta los 6 meses de edad (10). Según datos del registro del sistema de salud (SELENE), sólo la han recibido el 24,4% de los recién nacidos del 1 de julio de 2013 al 30 de junio de 2014.

En el Panel de Consumo Alimentario, se observa que en La Rioja, la ingesta de cereales integrales, verduras-hortalizas, legumbres y fruta es inferior a la recomendada, mientras que la de lácteos, pescados, carnes y derivados, huevos, azúcares, dulces y sal las supera. (11,12)

Por otra parte, en los datos que aporta la Encuesta Nacional de Salud (2012), se observa que las frecuencias de consumo son favorables respecto a la media de España para las verduras, hortalizas, pescado, y legumbres, similares en frutas y desfavorables para carnes y dulces. (Tabla 3)

TABLA 3. Patrón de frecuencia de consumo de alimentos en España y La Rioja 2012. (Porcentajes)

Frecuencia de consumo de alimentos		España			La Rioja		
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Frecuencia de consumo diario	Pasta arroz patatas	16,9	14,5	15,7	12,3	12,6	12,4
	Pan cereales	85,7	81,8	83,7	91,6	87,6	89,6
	Lácteos	84,5	87,0	85,8	90,6	94,0	92,3
	Fruta	57,9	64,8	61,4	60,8	62,7	61,8
	Verduras ensaladas y hortalizas	41,2	50,2	45,8	58,5	61,4	59,9
	Zumo natural de frutas o verduras	13,4	14,3	13,8	16,9	19,0	18,0
	Dulces	31,7	31,2	31,4	49,5	45,2	47,3
Frecuencia de consumo 3 o + veces/semana	Legumbres	24,0	22,5	23,2	18,8	12,4	15,6
	Carne	59,4	55,8	57,5	51,3	59,0	55,2
	Huevos	24,6	22,5	23,5	25,7	23,4	24,5
	Pescado	35,9	38,9	37,4	42,3	47,4	44,9

Fuente: ENSE 2011/12.

Para mejorar el patrón alimentario de las personas se recomienda reducir el consumo de grasas, sal y productos ricos en azúcares simples (golosinas, dulces y refrescos) e incrementar la ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas (consumir como mínimo 5 raciones al día de estos alimentos).



La promoción de una dieta saludable en todas las etapas de la vida de acuerdo a los objetivos y recomendaciones nutricionales de la OMS y de la Estrategia NAOS, contribuirán a reducir el sobrepeso y la obesidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir un 2,5% la población adulta con sobrepeso y obesidad.
- Reducir un 2,5 % la población infantil y juvenil con sobrepeso y obesidad.
- Incrementar un 5 % la prevalencia de lactancia materna hasta los 6 meses.
- Incrementar un 2.5 % la población que consume diariamente fruta, verdura y hortaliza.
- Reducir un 2% la población que consume carne, embutidos, fiambres y dulces diariamente.

RECOMENDACIONES

- Instaurar en las consultas de Atención Primaria consejo breve y educación sanitaria sobre alimentación.
- Impulsar la formación de los profesionales de la salud.
- Incorporar en la Historia Clínica Electrónica (HCE) el consejo breve y la educación sanitaria.
- Potenciar las actividades para promocionar la lactancia materna.
- Desarrollar intervenciones de promoción de alimentación sana en el ámbito educativo.
- Desarrollar intervenciones sobre hábitos de alimentación saludable en los ámbitos familiar y Comunitario, a lo largo del ciclo vital y considerando la diversidad cultural y social existente.

- Promover alianzas con instituciones y organizaciones, que permitan mejorar la coordinación de las intervenciones y recursos relacionados con la alimentación.

INDICADORES

4. Porcentaje de población de 2 a 17 años y de 18 y más años, por sexo con sobrepeso y obesidad (ENSE).
5. Porcentaje de niños y niñas que inician y mantienen la lactancia materna hasta los 6 meses. (HCE).
6. Porcentaje de población que toma fruta, verduras y hortalizas diariamente (ENSE).
7. Porcentaje de población que consume diariamente carne y/o derivados y dulces (ENSE).

TABACO

Análisis de situación

Las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer están directamente relacionadas con el consumo de tabaco, siendo la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España.

En el año 2010 se produjeron 487 muertes atribuibles al consumo de tabaco, lo que supone el 17% de todas las muertes ocurridas en individuos de más de 34 años en La Rioja. El 73% de los fallecimientos atribuibles ocurren en hombres (n=356) y el 27% en mujeres (n=131). Estas cifras suponen el 24% de todas las muertes producidas en los hombres y 9% en las mujeres. (13)

En La Rioja en la población adulta de ambos sexos, al igual que en España, el consumo de tabaco en el periodo de 2006 a 2011 descendió del 26,9% al 24,4%. (Tabla 4)



TABLA 4. Prevalencia de consumo de tabaco en población de 16 y más años. España-La Rioja. (Porcentajes)

	2006			2012		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
La Rioja	26,9	32,2	21,6	24,4	29,2	19,8
España	26,4	31,6	21,5	24	27,2	20,2

Fuente: ENSE 2006, 2011/2012.

La prevalencia de consumo diario en el último mes entre los estudiantes de enseñanza secundaria (14-18 años), también ha descendido entre 2006 y 2010. Dicha prevalencia es mayor en La Rioja (13,5%) que a nivel nacional (12,3%) en el año 2010 (Tabla 5). La edad media de inicio al consumo de tabaco en La Rioja es igual que la nacional 13,6 años (ESTUDES 2012). (14)

TABLA 5. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco a diario en los últimos 30 días entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España-La Rioja. (Porcentajes)

	2006	2008	2010
La Rioja	16,2	14,8	13,5
España	14,4	14,8	12,3

Fuente ESTUDES 2010.

Con respecto a la exposición al humo, en el grupo de 15 a 24 años, una de cada diez personas está expuesta al humo de tabaco de casa entre 1 y 5 horas al día (11,2% los hombres y 13,0% las mujeres), porcentajes similares al grupo de edad de 25 a 64 años (10,2% los hombres y 10,1% las mujeres). (15)

De estos datos se deduce la necesidad de continuar con actuaciones para reducir el hábito de fumar, prestando especial atención al inicio en el consumo de la población adolescente y juvenil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir en un 3% la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de 14 a 18 años.

- Reducir en un 3% la prevalencia de consumo de tabaco en población mayor de 16 años.
- Prevenir la exposición al humo de tabaco de la población riojana.
- Implementar la deshabituación tabáquica en las consultas de Atención Primaria.

RECOMENDACIONES

- Registrar el hábito tabáquico en la HCE, incluyendo la categoría exfumador.
- Informar a los pacientes en la consulta de Atención Primaria sobre las consecuencias del hábito tabáquico y procedimientos para la deshabituación (consejo breve).
- Dotar a los Centros de Atención Primaria de los recursos necesarios para realizar programas de deshabituación tabáquica.
- Establecer un acuerdo para financiar los tratamientos de apoyo con fármacos.
- Realizar actividades de sensibilización y de educación para la salud en el ámbito educativo, sanitario, comunitario y laboral.
- Elaborar, aprobar y poner en marcha el II Plan de Tabaquismo.
- Potenciar actividades de control, inspección y cumplimiento de la normativa vigente sobre tabaco.
- Promover acuerdos y compromisos entre los diferentes ámbitos institucionales y sociales para impulsar estrategias de intervención, coordinación y participación.

INDICADORES

8. Prevalencia del consumo de tabaco entre la población de 14 a 18 años por edad y sexo. (ESTUDES).



9. Prevalencia de fumadores en población de 15 a 64 años por edad y sexo. (EDADES, ENSE).
10. Porcentaje de población riojana ex-fumadora (EDADES-La Rioja).
11. Porcentaje de centros sanitarios, docentes y laborales acreditados como espacios sin humo. (Servicio Drogodependencias).
12. Número de centros de salud en los que se ha implantado programas de deshabituación tabáquica (SELENE).

ALCOHOL

Análisis de situación

El consumo de bebidas alcohólicas constituye uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de la población; está implicado en la etiología y/o desarrollo de un importante número de enfermedades (cardiovasculares, del aparato digestivo, neurológicas, cáncer, dependencia alcohólica, intoxicación aguda...) y problemas sociales (accidentes, violencia, absentismo laboral...).

En La Rioja, en 2012 el total de fallecidos mayores de 34 años por causas atribuidas al alcohol han sido 124 (85 hombres y 39 mujeres). En hombres supone el 5% de todas las causas y el 3% en mujeres. La mortalidad atribuida al alcohol es más del doble en hombres que en mujeres, a razón hombre-mujer de 2,2:1. (16)

El consumo de bebidas alcohólicas está generalizado en la población de La Rioja. La última encuesta ESTUDES (2012) indica que el 86,2% del alumnado de 14-18 años ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 85% los últimos doce meses y el 80,1% los últimos 30 días. Se observa, comparando estas prevalencias con las de la encuesta del 2010, un importante incremento del consumo. La prevalencia de borracheras en los últimos 30 días es en La Rioja, para este grupo de edad, del 40,1% y en España de 30,8%; la prevalencia de binge drinking (Beber 5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de dos horas) es, en los últimos 30 días, del 40,8% en España y de 46,8% en La Rioja (Tabla 6). Respecto a las diferencias por sexo, la prevalencia tanto en borracheras como de

binge drinking sigue siendo mayor en los varones (17). La edad media de inicio en el consumo de alcohol se produce a los 13,5 años (España 13,9 años). (18)

TABLA 6. Prevalencia de borracheras y de binge drinking en los últimos 30 días en población de 14-18 años. España y La Rioja. (Porcentajes)

	La Rioja	España
Borracheras	40,1	30,8
Binge drinking	46,8	40,8

Fuente: ESTUDES 2012.

En la población de La Rioja de 16 y más años se observa un incremento de la prevalencia en el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, pasando del 62,5% en el 2006, al 67% en el 2011 por encima del valor nacional (65,6%). (Tabla 7)

TABLA 7. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses en población de 16 y más años. España y La Rioja. (Porcentajes)

	2006	2012
La Rioja	62,5	67
España	68,6	65,6

Fuente: ENSE 2006, 2011/2012.

Según los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, La Rioja presenta un porcentaje de bebedores de riesgo superior a la media nacional. Se observa, respecto al año 2006, un descenso del porcentaje de bebedores de riesgo, tanto en La Rioja como en España. (Tabla 8)

TABLA 8. Porcentaje de bebedores de riesgo. España- La Rioja.

	2006	2012
La Rioja	3	2,6
España	4,7	1,7

Fuente: INCLASNS 2013.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir un 5% el consumo de alcohol en la población.
- Reducir un 5% la prevalencia de borracheras y binge drinking en la población de 14-18 años.
- Reducir un 5% la prevalencia de consumidores de riesgo de bebidas alcohólicas.
- Incrementar la detección y derivación a los recursos apropiados a las personas dependientes del alcohol.

RECOMENDACIONES

- Elaborar, aprobar y poner en marcha la Estrategia de Alcohol y Menores de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a controlar la venta y el consumo de alcohol en menores de 18 años.
- Realizar actividades de sensibilización y de educación para la salud en el ámbito educativo, sanitario, comunitario y laboral.
- Desarrollo de actuaciones de prevención del consumo de alcohol en grupos vulnerables, principalmente en adolescentes, jóvenes, mujeres embarazadas y población social más desfavorecida.
- Detectar precozmente a los bebedores de riesgo y establecer sistemas de registro incluyendo la variable ex bebedor en el sistema sanitario.
- Informar en las consultas de Atención Primaria sobre el hábito del consumo de alcohol, sus consecuencias y procedimientos para la deshabituación (consejo breve y educación individual).
- Desarrollar actuaciones preventivas con hijos e hijas de familias con problemas de consumo de alcohol.

- Establecer un catálogo de recursos para la atención de personas dependientes del alcohol.
- Promover acuerdos y compromisos entre los diferentes ámbitos de actuación para potenciar estrategias de coordinación y cooperación.

INDICADORES

13. Prevalencia del consumo de alcohol en población juvenil y adulta por edad y sexo. (ENSE, ESTUDES, EDADES...).
14. Prevalencia de borracheras y binge drinking en la población de 14-18 años. (ESTUDES) .
15. Porcentaje de bebedores de riesgo en la población de 16 y más años, por sexo (ENSE).
16. Porcentaje de pacientes con problemas de alcohol derivados a otros recursos asistenciales (Unidades de Salud Mental y Asociaciones).

DROGAS

Análisis de situación

Aunque el consumo y la dependencia de las drogas ilegales afectan a una proporción relativamente baja de la población, sus consecuencias conllevan importantes repercusiones sociales y sanitarias.

En el año 2012, las sustancias ilegales más consumidas por los estudiantes españoles de entre 14 y 18 años fueron, como en años anteriores, el cannabis consumido alguna vez por el 33,6 % del alumnado y los hipnosedantes por el 18,5%. (Tabla 9) El consumo del resto de sustancias estudiadas se encuentra menos generalizado. Los hombres presentan, excepto en los hipnosedantes, mayores prevalencias que las mujeres.



TABLA 9. Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida en estudiantes de 14-18 años. España. (Porcentajes)

Droga	Total	Hombre	Mujer
Cánnabis	33,6	36,3	30,7
Hipnosedantes	18,5	14,1	23
Cocaína polvo y/o base	3,6	4,8	2,6
Éxtasis	3	3,9	2
Anfetaminas/speed	2,4	3,2	1,5
Setas mágicas	2,2	3	1,4
Heroína	1	1,4	0,5
Alucinógenos	3,1	4,1	2,1

Fuente: ESTUDES 2012.

La Rioja presenta prevalencias de consumo de cánnabis entre la población de 14 a 18 años inferior a la media nacional. Han consumido alguna vez en la vida en España el 33,6% y en La Rioja 30,9%. (Tabla 10)

TABLA 10. Prevalencia de consumo de cánnabis entre estudiantes de 14-18 años. España-La Rioja. (Porcentajes)

Frecuencia	España	La Rioja
Alguna vez en la vida	33,6	30,9
Últimos 12 meses	26,6	22,2
Últimos 30 días	16,1	13

Fuente: ESTUDES 2012.

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (2011) (20) señala el cánnabis, hipnosedantes y tranquilizantes como las drogas ilegales con mayores prevalencias en población general. Por sexos, los hombres presentan mayores prevalencias de consumo de cannabís, cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas/speed y setas mágicas y las mujeres hipnosedantes, somníferos y tranquilizantes. (Tabla 11)

TABLA 11. Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15 a 65 años. España. (Porcentajes)

Drogas	Total	Hombre	Mujer
Cánnabis	27,4	35,4	19,2
Hipnosedantes (con y sin receta)	19,5	13,7	25,45
Cocaína polvo y/o base	8,8	12,8	4,7
Somníferos (con y sin receta)	7,9	5,5	10,2
Tranquilizantes (con y sin receta)	17,1	11,9	22,3
Setas mágicas	2,4	3,5	1,2
Éxtasis	3,6	5,1	2
Alucinógenos	2,9	4,4	1,4
Anfetaminas /speed	3,3	4,8	1,7

Fuente: EDADES 2011.

En comparación con la encuesta anterior (año 2009) (21), se observa una reducción en el consumo de todas las sustancias (excepto para los hipnosedantes, somníferos y tranquilizantes). Dicho descenso es más acusado en el caso del cánnabis (32,1% en 2009; 27,4% en 2011) y cocaína (10,2% en 2009; 8,8% en 2011).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir la prevalencia en el consumo de las distintas drogas ilegales entre la población de La Rioja, especialmente entre la población juvenil.
- Incrementar la detección y derivación a los recursos apropiados de las personas con problemas de adicción.

RECOMENDACIONES

- Elaborar, aprobar y poner en marcha el III Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.
- Realizar actividades de sensibilización y educación para la salud en torno al consumo de drogas.

- Desarrollar programas y actuaciones de prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo.
- Protocolizar la detección precoz, derivación y seguimiento de pacientes con consumo de drogas ilegales y otras conductas adictivas en Atención Primaria.

INDICADORES

17. Prevalencia del consumo de las distintas drogas por edad y sexo. (EDADES, ESTUDES)
18. Porcentaje de personas con problemas de adicción derivadas a los recursos apropiados.

SANIDAD AMBIENTAL

Análisis de situación

Salud en todas las políticas, es un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que de manera sistemática tiene en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población. (22)

Por ello, las actuaciones de salud pública han de tener en cuenta las políticas de carácter no sanitario que influyen en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan los entornos saludables y disuadiendo, en su caso, de aquellas que supongan riesgos para la salud. Es vital que otros sectores, que tradicionalmente no han tenido la salud como una de sus prioridades, toda vez que han estado centradas en sus metas sectoriales, tengan en cuenta el impacto que sus decisiones tienen sobre la salud pública.

Así, el sector de la salud puede apoyar a otros sectores del gobierno prestándoles asistencia activa en sus tareas de formulación de políticas y consecución de objetivos (23) por lo que el enfoque de la salud en todas las políticas es fundamental para abordar algunos problemas de la sostenibilidad medioambiental (las condiciones ambientales adversas y la exposición a agentes biológicos y químicos pueden conducir a efectos sanitarios negativos, las interacciones humanas en el medio

ambiente son complejas y requieren de la colaboración intersectorial al elaborar políticas y programas).

Deben por tanto ser objeto de impulso, las evaluaciones del impacto en la salud y los análisis desde la óptica de la salud antes de la aplicación de cualquier política, programa o proyecto, a fin de que sus posibles repercusiones sobre la salud puedan ser mitigadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Impulsar el desarrollo de la Evaluación del Impacto en Salud (EIS) como herramienta estratégica esencial para avanzar en la formulación de políticas, planes, programas y proyectos más saludables.
- Fomentar que los responsables de la formulación de políticas sean conscientes y comprendan las posibles repercusiones de las distintas políticas sectoriales sobre la salud.
- Impulsar la coordinación institucional y la participación de salud pública en el diálogo sobre políticas y en la aplicación del enfoque de la salud en todas las políticas.

RECOMENDACIONES

- Promover la inclusión de la evaluación del impacto en la salud en, al menos, los proyectos clave de gobierno.
- Participación del departamento de salud pública en todos aquellos órganos y/o comisiones que estén actualmente en activo o los que en un futuro se pudieran crear, para incluir la perspectiva de la salud pública en todas las políticas del gobierno.
- Promover la constitución de un equipo de salud pública para el desarrollo de la EIS.
- Elaboración de una guía para la implantación de la EIS.
- Promover la información/formación sobre la EIS.



INDICADORES

- 19. Número de proyectos con aspectos de impacto en la salud.
- 20. Número de reuniones del equipo.
- 21. Número de documentos elaborados para la guía.
- 22. Número de comisiones con representante de salud pública.
- 23. Número de acciones de información/formación.

SEGURIDAD ALIMENTARIA

Análisis de situación

La seguridad alimentaria ha evolucionado extraordinariamente en los últimos años. Desde una primera fase en que la preocupación era la relativa a la disponibilidad de alimentos básicos, hasta otra en que la preocupación es que estos fuesen seguros, hemos llegado, sin dejar las anteriores, a la preocupación sobre qué contienen los alimentos y que efecto tiene su consumo sobre la salud. Es evidente el interés de los consumidores por conocer la composición y características de los alimentos y las consecuencias asociadas a su consumo y, en especial, las consecuencias que tienen sobre su organismo.

Así, siendo el sector industrial conocedor de esta realidad, nos encontramos con que la publicidad en el sector alimentario ha cambiado mucho en los últimos años, focalizando en la mención de las propiedades de los alimentos y adquiriendo incluso, un enfoque hacia la salud más propio del ámbito de los medicamentos (24).

Al tiempo por medio de la información alimentaria, debe evitarse que una persona alérgica a algún alimento, sufra una reacción, hay que tener en cuenta que las reacciones alérgicas pueden ser muy graves. Determinados ingredientes u otras sustancias o productos pueden provocar alergias o intolerancias en algunas personas, y algunas de estas alergias o intolerancias representan un riesgo para la salud de las personas afectadas.

Por lo tanto, es importante que se suministre a los consumidores información sobre características, composición y presencia de alérgenos en los alimentos, para que elijan con conocimiento de causa, y sin correr ningún riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer estrategias que proporcionen a la población información alimentaria clara y comprensible y con evidencia científica.
- Evitar que se comercialicen alimentos que, por carecer de la información necesaria, puedan ser causa de reacciones alérgicas.

RECOMENDACIONES

- Elaborar publicaciones sobre propiedades, características nutricionales, efectos sobre la salud u otras características de los alimentos.
- Asesorar a los operadores alimentarios sobre sus obligaciones con relación a la información alimentaria que deben aportar en los alimentos que suministran.
- Mejorar las actividades de información general y formación a los profesionales sanitarios sobre lo que debe ofrecer la información alimentaria.
- Planificar anualmente programas de control oficial orientados al muestreo para análisis de alimentos, de cara a evitar que se pongan o continúen en el mercado productos alimenticios que presenten peligros biológicos, sus metabolitos o sus toxinas, peligros químicos, físicos o vinculados a su composición.

INDICADORES

24. Número de publicaciones en cualquier soporte.
25. Número de acciones de asesoramiento, formación e información en cualquier formato.
26. Número de muestras tomadas cada año.



Bibliografía

1. Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2012-2025. 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 64ª Sesión del Comité Regional. CSP28/9 (Esp.) 30 de agosto del 2012. Disponible en: www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000202cnt-2013-07_estrategia-nacional-prevencion-control-ent-2012-2025.pdf
2. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013. Disponible en: www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf
3. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Madrid, 2013. Disponible en: www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf
4. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud: INCLASNS Versión 2. Disponible en: www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/docsInclSNS/ Metodologia_INCLASNS_V2.pdf
5. Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Organización Mundial de la Salud 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf?ua=1
6. Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection. Start Active, Stay Active: A report on physical activity from the four home countries' Chief Medical Officer. 2001. Disponible en: https://www.sportengland.org/media/388152/dh_128210.pdf
7. Arriscado D, Muros JJ, Zabala M, Dalmau JM. Relación entre condición física y composición corporal en escolares de primaria del norte de España (Logroño). *Nutrición Hospitalaria* 2014; 30(2): 385-394.
8. Consejo Superior de Deportes. Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte, Plan A+D. 2010; 6: 83-90.
9. EHN (2011). European Heart Network. Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe.
10. WHO/UNICEF Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Disponible en: www.unicef-irc.org/publications/pdf/1990-2005-gb.pdf
11. Valoración Nutricional de la Dieta Española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario. Fundación Española de la Nutrición (FEN), 2012.
12. Ortega, R.M., López-Sobaler, A.M., Ballesteros, J.M., Pérez-Farínós, N., Rodríguez-Rodríguez, E., Aparicio, A., Perea, J.M. y Andrés, P. (2011). Estimation of salt intake by 24 h urinary sodium excretion in a representative sample of Spanish adults. *British Journal of Nutrition*, 105 (5), pp: 787-794

13. Registro de mortalidad de La Rioja. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja.
14. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES),1994-2012. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.pdf
15. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
16. Registro de Mortalidad der la Rioja. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja.
17. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES),1994-2012. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.pdf
18. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995-2011. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/4_EDADES_2011_Informe.pdf
19. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
20. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995-2011. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/4_EDADES_2011_Informe.pdf/encuesta2011.htm
21. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995-2009. Disponible en http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES_2009.pdf
22. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, junio 2013- Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas.
23. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010
24. La información alimentaria relacionada con la salud. Carmen Rodríguez Medina 2008



CAPÍTULO

5

CÁNCER



Coordinador: Ossola Lentati, Gustavo

Expertos/as: Arnedo Arnedo, Mari Cruz; Cevas Chopitea, Francisco Javier; García Romero, Carmen; Perucha González, Josefina; Sacristán Terroba, Begoña; Sainz Bretón, Gonzalo; Sola Lapeña, Carlos; Vélez de Mendizabal García de Iturriaga, Edelmira

Consultor: Khalil Kassem, Hassane



Análisis de situación

El cáncer en España es una de las enfermedades que presenta una relevancia social no alcanzada por otras patologías, situación que no es diferente a la del resto de las regiones desarrolladas, en cuyos países es la segunda causa de muerte. Y de acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se prevé un incremento de hasta un 70% en la incidencia de tumores malignos en los próximos 20 años.

Los datos del registro de cáncer de La Rioja establecen que el cáncer en La Rioja sigue unos patrones similares a los publicados en los países occidentales (1) y en el mundo (2). Las tasas de incidencia van aumentando progresivamente, tanto en hombres (0,93 % anual), como en mujeres (0,89 % anual). (Figuras 1 y 2)

FIGURA 1. Porcentaje anual de cambio de la tasa de incidencia (APC).Hombres. Todas las localizaciones. La Rioja 1993-2014.

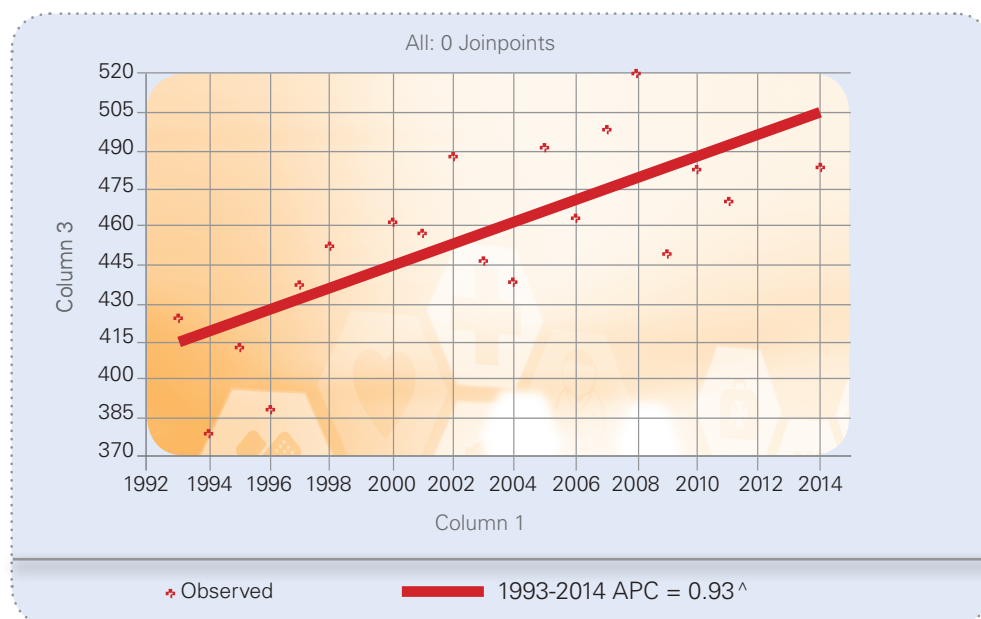
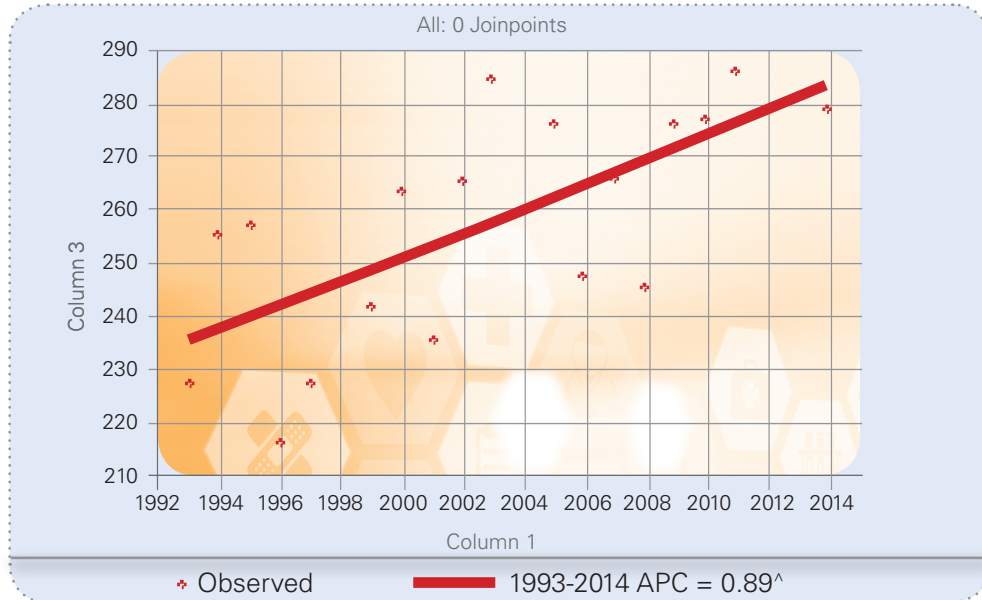
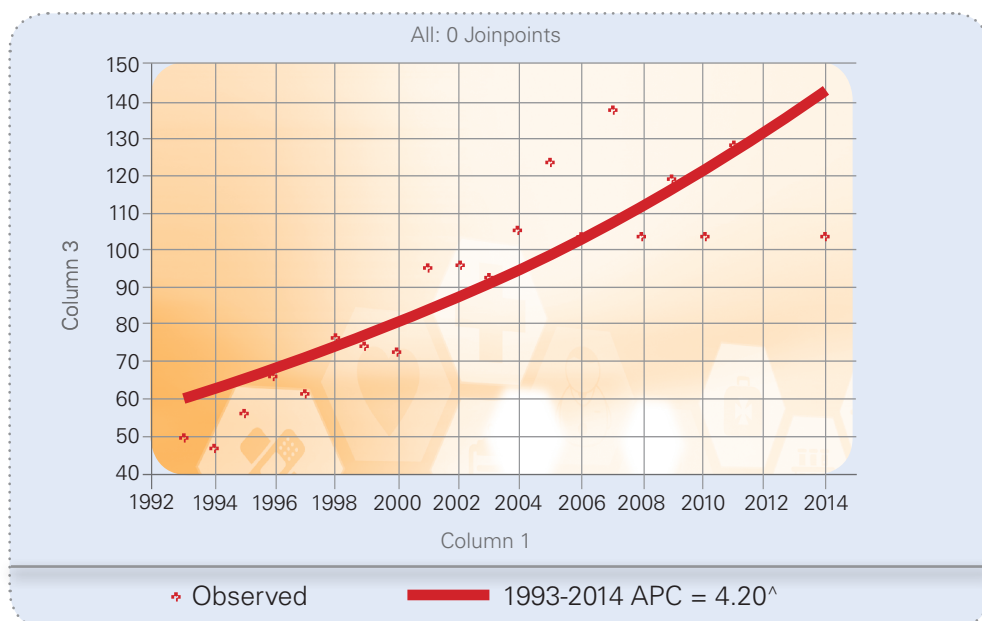


FIGURA 2. Porcentaje anual de cambio de la tasa de incidencia (APC).Mujeres. Todas las localizaciones. La Rioja 1993-2014.



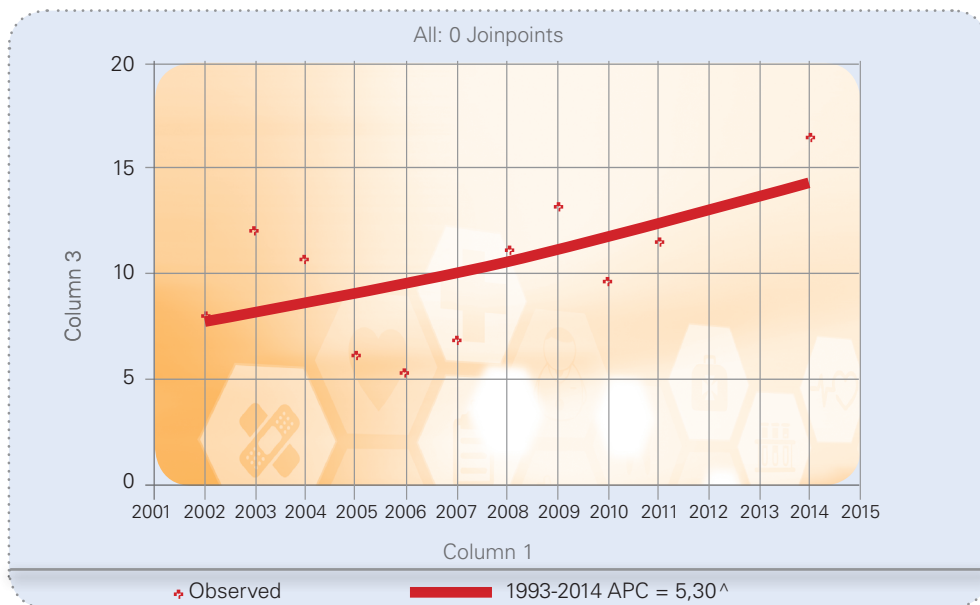
Para el año 2014, se estima una tasa bruta de 640 por 100.000 habitantes en hombres y de 483 por 100.000 habitantes en mujeres (3). Las localizaciones más frecuentes en hombres son próstata (porcentaje anual de cambio del 4% (Figura 3), colorectal, pulmón y vejiga urinaria que suponen cerca del 65% del total de casos.

FIGURA 3. Porcentaje anual de cambio de la tasa de incidencia (APC).Hombres. Próstata. La Rioja 1993-2014.



Las localizaciones más frecuentes en mujeres son la mama, con un 28%, y colorrectal con un 15%, seguidos a distancia del cuerpo uterino (6%) y pulmón (6%, porcentaje anual de cambio del 5 %). (Figura 4)

FIGURA 4. Porcentaje anual de cambio de la tasa de incidencia (APC).Mujeres. Pulmón. La Rioja 2001-2014.



En ambos sexos las primeras localizaciones las ocupan el cáncer colorrectal (16%), la próstata (14%), el pulmón (12%), la mama (11%) y la vejiga (8%). El resto de localizaciones presentan porcentajes menores del 4%. Destaca el incremento del melanoma cutáneo con un porcentaje anual de cambio del 4%. Las tasas ajustadas a la población europea nos sitúan en una posición intermedia con respecto a España.

La edad media al diagnóstico en ambos sexos es de 68 años. El riesgo acumulado antes de los 75 años es del 40% en hombres, 23% en mujeres y 31% en ambos sexos.

Se diagnostican alrededor de seis casos anuales de cáncer infanto-juvenil (0-18 años).

La Tasa de Mortalidad por cáncer en España en el año 2011 fue de 152,1/100.000 habitantes (en mujeres 102,3 y en hombres 216,0 ambos por 100.000 habitantes). Mientras la Mortalidad prematura por cáncer en España fue de 104,1 por 100.000 habitantes menores de 75 años.

En el año 2011, la tasa de mortalidad fue de 141,9/100.000 habitantes en hombres y de 70,2/100.000 habitantes en las mujeres. (4)

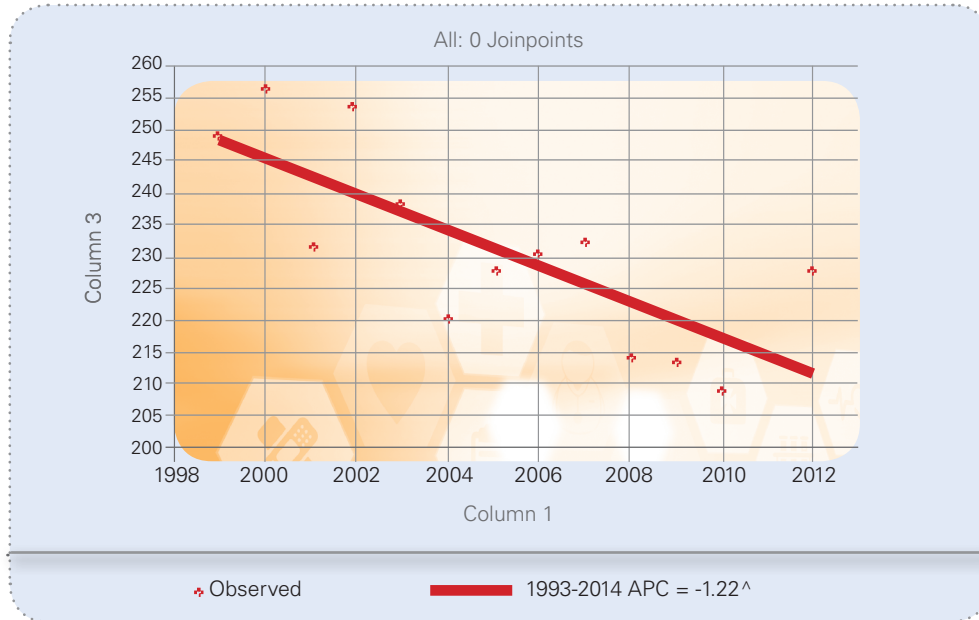
Los valores de la Incidencia de cáncer en España, definida como el número de casos nuevos de cáncer diagnosticados en un año (todos los casos de cáncer de la clasificación y codificación de la International Agency for Research on Cancer (IARC) y referida al período 2003-2007, fueron de 267,9 para las mujeres y de 489,3 por 100.000 para los hombres. (5)

En cuanto a la mortalidad; 313 mujeres fallecieron por cáncer (tasa de mortalidad 198,54/100.000 habitantes) y 531 hombres (tasa de mortalidad 345,0/100.000 habitantes) en el año 2012.

Las causas de mortalidad más significativas por tumores en los hombres son el cáncer de pulmón con una tasa de mortalidad de 91,61/100.000h, el cáncer colorrectal con una tasa de mortalidad de 52,92/100.000 habitantes, el cáncer de próstata con una tasa de mortalidad de 23,47/100.000 habitantes y el cáncer de estómago con una tasa de mortalidad de 21,57/100.000 habitantes. En el caso de las mujeres, las tasas más significativas de mortalidad por tumores fueron las de cáncer colorrectal (32,35/100.000 habitantes), cáncer de mama (23,47/100.000 habitantes) y cáncer de estómago (21,57/100.000 habitantes). (6)

En varones, la tasa de mortalidad para todas las localizaciones está decreciendo, con un porcentaje anual de cambio de 1,22. En mujeres esta disminución no se observa en el total de tumores, pero sí en el cáncer de mama, con un porcentaje anual de cambio de 3,37%. (Figura 5)

FIGURA 5. Porcentaje anual de cambio de la tasa de mortalidad (APC).Hombres. Todas las localizaciones. La Rioja 1999-2012.



Supervivencia

REDECAN ha publicado en su página web (7) los datos de España del estudio EUROCORE- 5 correspondiente al periodo 2000-2007. En ambos sexos la supervivencia relativa a 5 años es de 53,20% para todas las localizaciones. Supervivencias mayores del 85% las presentan localizaciones como mama, próstata, tiroides, linfoma de Hodking y melanoma. Entre 85% y el 50% cuerpo de útero, la vejiga, leucemia crónica, cuello uterino, los Linfoma no Hodgkin (LNH), la laringe, el riñón y colorrectal. Entre 50% y 15% ovario, labio-cavidad oral –faringe, mieloma, leucemia aguda y estómago. Menos del 15% vesícula y vías biliares, hígado, encéfalo, pulmón, esófago y páncreas.

Código Europeo contra el Cáncer

El Código Europeo contra el Cáncer (CECC) es una iniciativa de la Comisión Europea, y tiene como objetivo informar a la población, sobre las acciones que se pueden realizar para disminuir el riesgo de cáncer. La primera edición se publicó en 1987 y la cuarta en 2014. Se estima que la mitad de las muertes por cáncer en Europa podrían evitarse siguiendo estas recomendaciones. (8,9) (Tabla 1)

TABLA 1. Código Europeo Contra el Cáncer.

1- No fume
2- Haga de su hogar y de su de trabajo un lugar sin humo.
3- Evite el sobrepeso.
4- Realice actividad física de forma habitual. Evite el sedentarismo.
5- Haga una dieta saludable: <ul style="list-style-type: none"> a. Cereales integrales, legumbres, verduras y frutas. b. Limite la ingesta de alimentos con alto contenido calórico, azucarados o con alto contenido en grasa). c. Evite comer carne procesada y limite la carne roja y con alto contenido en sal.
6- Si bebe alcohol, limite su consumo.
7- Evite el exceso de sol, sobre todo en los niños. Protéjase del sol.
8- En su trabajo, siga las instrucciones seguras de protección frente a sustancias cancerígenas.
9- Averigüe si está expuesto a niveles altos de radiación natural, radón, en su domicilio.
10-En las mujeres, la lactancia materna reduce el riesgo de padecer cáncer de mama, y el tratamiento hormonal sustitutivo aumenta el riesgo de algunos cánceres.
11-Asegúrese de que sus hijos participan en los programas de vacunación de la hepatitis B y del virus del papiloma humano (niñas).
12-Participe en las campañas de cribado de: <ul style="list-style-type: none"> a. Cáncer de colon (hombres y mujeres) b. Cáncer de mama (mujeres) c. Cáncer de cuello de útero (mujeres)

Factores que influyen en el cáncer

El tabaco

Es la mayor causa evitable de muerte prematura en nuestra sociedad. Es incuestionable que el tabaco es el principal factor evitable responsable del cáncer. Es la causa del 30% de todos cánceres. El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón es entre 20 y 30 veces mayor en los fumadores en comparación con los no fumadores, y este riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cigarrillos al día y los años de consumo. Se estima que 82% de los cánceres de pulmón en la Unión Europea están producidos por el tabaco. Es también la causa de una gran parte de otros tumores, y especialmente del cáncer de boca, garganta, laringe, esófago, páncreas y vejiga. Además este riesgo se potencia de forma muy importante cuando se asocia al tabaco un elevado consumo de alcohol.

Los fumadores pasivos sufren también los efectos nocivos del tabaco, tienen el doble de riesgo, con respecto a los no expuestos al humo del tabaco de padecer cáncer de pulmón.

Dejar de fumar reduce el riesgo de padecer cáncer y tiene importantes beneficios para la salud a corto, medio y largo plazo. El establecer hogares sin humo tiene efectos beneficiosos, reduce la exposición de los no fumadores y reduce el consumo en los fumadores. Lo mismo ocurre en los lugares de trabajo libres de humo y en los establecimientos públicos.

Los adultos no fumadores: padres, sanitarios y educadores son un modelo a seguir para los niños y adolescentes. Si un padre fuma, es más probable que su hijo lo haga también.

Sobrepeso, obesidad, ejercicio y dieta saludable

En estos momentos tenemos evidencia de que la obesidad aumenta el riesgo de padecer cáncer y que los hábitos alimenticios y de actividad física saludables lo reducen. La obesidad se establece en estos momentos como la segunda causa evitable de cáncer después del tabaco.

La obesidad no solo aumenta el riesgo de desarrollar cáncer, sino que además, las personas que reciben tratamiento para el cáncer tienen peor pronóstico si son obesas. Una vez finalizado el tratamiento si se evita el sobrepeso y se establecen hábitos saludables de ejercicio el pronóstico mejora.

Se considera peso saludable el correspondiente a un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 y 24.9Kg / m². $IMC = \text{peso en Kg} / (\text{altura en metros})^2$.

La medición de cintura, nos indica si estamos ante una situación de riesgo. Si es mayor de 102 cm en el hombre y de 88 cm en la mujer, estamos en riesgo alto; si es menor de 94 cm en el hombre y de 80 cm la mujer, el riesgo es bajo; las mediciones entre estas medidas corresponden a un riesgo intermedio.

La actividad física reduce el riesgo de cáncer de intestino, de mama y de útero. Además el ejercicio contribuye a evitar el sobrepeso. La dieta debe ir encaminada a evitar el sobrepeso, limitando alimentos con alto contenido energético como grasas y azúcares, con mayor cantidad de vegetales, cereales integrales, legumbres y



frutas. Para reducir el riesgo de cáncer de colon debe limitarse la ingesta de carnes rojas (menos de 750 gr brutos por persona y semana), y evitar los embutidos y carne procesada.

Alcohol

El consumo de alcohol puede causar al menos 7 tipos de cáncer: boca, garganta, esófago, hígado, intestino y mama. Y el riesgo aumenta con el aumento de consumo y se potencia con el tabaco.

Las recomendaciones máximas diarias de alcohol son: una Unidad de Bebida Estándar (UBE) al día en la mujer y dos UBE en el hombre. (Se considera una Unidad de Bebida Estándar la que contiene 10 gr de alcohol: una cerveza, un vaso de vino de 100-120 ml o 30-40 ml de whisky).

Contaminación ambiental

El radón es un gas radiactivo natural que se distribuye de forma irregular en distintas áreas geográfica. No es el caso del Rioja, donde apenas se detecta.

La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), recientemente ha clasificado la contaminación del aire como una mezcla de múltiples contaminantes que pueden causar cáncer. Además de cumplir las normativas de protección medioambiental, los ciudadanos pueden contribuir a disminuir la polución, utilizando menos el coche particular, y aumentando los desplazamientos a pie, en bicicleta o en transporte público.

Lactancia y tratamiento hormonal

La lactancia materna, además de producir beneficios a corto y largo plazo para el bebé, reduce el riesgo de padecer cáncer de mama en la madre, a mayor tiempo de amamantamiento mayor es el beneficio.

Se ha visto también que el uso de terapia hormonal sustitutiva utilizada para contrarrestar los efectos de la menopausia, aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama, endometrio y ovario. De entrada, la recomendación es evitarla, pero en determinadas situaciones, hay que sopesar la relación riesgo/beneficio, es menos perjudicial si se utiliza durante periodos cortos de tiempo y no todos los preparados tienen el mismo riesgo.

Vacunas contra virus

Determinadas infecciones por virus son causa de cánceres, el virus del papiloma humano (VPH) produce cáncer de cuello de útero, vagina y vulva en mujeres, de pene en hombres y de garganta y ano tanto en hombres como en mujeres.

La vacunación frente al VPH en las niñas, antes del inicio de la actividad sexual, tiene como primer objetivo prevenir el desarrollo del 70% de los cánceres de cuello de útero.

Los programas de cribado

Otra de las formas de luchar contra el cáncer es intentar conseguir un diagnóstico en la fase inicial de la enfermedad, cuando su tratamiento es menos agresivo y la curación es mayor. Este es el objetivo de los programas de cribado. Para estos sean efectivos se requiere la participación de la población. Es la llamada prevención secundaria.

Actualmente, el cáncer de mama es el más frecuente de los cánceres en las mujeres y la primera causa de muerte en las europeas. La incidencia anual ajustada por edad en 2012 en la Unión Europea fue de 82,1/100.000h y la mortalidad 15,5/100.000h (GLOBOCAN) (10). Mientras que en España para el mismo año la incidencia fue del 84,9/100.000 habitantes y la mortalidad del 16,7/100.000 habitantes. (11)

En la Comunidad Autónoma de La Rioja, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. Su incidencia se ha visto incrementada a partir del inicio del cribado poblacional mediante mamografías. Y como consecuencia de ello, la edad de las mujeres en el momento del diagnóstico, así como la mortalidad registrada por esta causa ha descendido en la población en general, con un porcentaje anual de cambio de 3,37%.

Como resultado de esta tendencia tenemos tasas de supervivencia más prolongadas en las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

El cribado mediante mamografía es actualmente el mejor método disponible para la detección del cáncer de mama en su estadio inicial y el único método al que se le puede asociar una reducción de la mortalidad (12). Según datos del Programa de Cribado de Cáncer de Mama en 2013, el porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada en la CCAA de La Rioja fue del 81,01%.



La frecuencia de realización de la mamografía es cada 2 años (13, 14, 15, 16). El coste efectividad del cribado de cáncer de mama es de 21.585 euros por años de vida ajustados por calidad (AVAC). (17)

El cáncer de colon es la segunda causa de muerte por cáncer en varones y la primera en mujeres. El cribado mediante el análisis de la presencia de sangre en las heces, cada 2 años a partir de los 50 años, ha demostrado una disminución en la mortalidad por cáncer de colon.

En la Comunidad Autónoma de La Rioja, la población objeto del programa de cribado son las mujeres y los hombres de 50 a 74 años de edad. Los datos a finales de octubre de 2014, indican que la participación en el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal es del 42%. El coste efectividad del cribado de cáncer colorrectal es 2.154 euros por AVAC. (18)

En cuanto al cáncer de cuello de útero, la infección persistente por virus del papiloma humano (VPH) es la causa más frecuente de cáncer de cérvix. Se ha demostrado que al ser los subtipos de oncogenes 16 y 18 los más frecuentes, la vacunación es muy efectiva cuando se utiliza en mujeres que no han tenido contacto previo con el virus y es previsible que reduzca su incidencia, pero no lo elimine completamente, previniendo así la aparición de displasia o alteraciones más profundas. (19)

Como prevención secundaria, el cribado mediante citología es hoy el método de elección. La población objeto de cribado son las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 65 años que hayan sido o que son sexualmente activas. Después de los 65 años, la paciente puede salir del programa si no tiene antecedentes de CIN2+ (siglas en inglés de Cervical Intraepithelial Neoplasia) en los últimos 20 años y si el resultado de sus últimos análisis es negativo. Las mujeres a las que se les haya extirpado el cuello uterino mediante una histerectomía y no tienen antecedentes de CIN2+ no entran en el programa.

Prioridades y justificación

Según el documento “Evaluación preliminar del II Plan de Salud de La Rioja, situación a 31 de diciembre de 2013”, en relación la atención a los problemas de salud y grupos de riesgo específico, la línea de intervención Cáncer, ha demostrado ser oportuna de acuerdo con la evaluación de sus dos objetivos generales; disminuir la incidencia de los cánceres evitables y aumentar la calidad de vida y la supervivencia del paciente oncológico; disminuir la morbilidad y la mortalidad ocasionada por el cáncer.

Las recomendaciones que se consideran en este capítulo son necesarias a fin de evitar un incremento en la demanda asistencial por mayor morbi-mortalidad por cáncer, que es de esperar de acuerdo con la proyección de la población de La Rioja. Se prevé que la población mayor de 64 años que actualmente representa 19,07% de la población total, será el 24% en el año 2023. (6)

Los hábitos y estilos de vida como el consumo de tabaco, de alcohol, la ausencia en la dieta de cantidades suficientes de verduras y frutas, el incremento de la masa corporal y el sedentarismo representan aproximadamente el 30% de las causas de muerte por cáncer. Puesto que estos hábitos son modificables y con el fin de disminuir la morbimortalidad ocasionada por el cáncer, las actuaciones incluyen consejos sobre el abandono del hábito tabáquico, medidas dietéticas y promoción de la actividad física, además de los programas de detección precoz mediante cribado de la población sujeta a riesgo.

El documento "Evaluación Preliminar del II Plan de Salud de La Rioja, situación a 31 de diciembre de 2013," entre sus conclusiones recoge los siguientes:

"1. El mayor logro en la consecución de objetivos incluidos en el II Plan de Salud de La Rioja se corresponde con el objetivo normativo Mejora de Atención Sanitaria. Se incluirían en este objetivo la disminución de la morbimortalidad, la detección precoz de las enfermedades y el aumento de la calidad de vida de los pacientes.

(.....)

5. En el apartado de la mejora de la atención sanitaria destaca la atención a las drogodependencias y otras adicciones, la atención a las enfermedades transmisibles, el aumento de la capacidad de resolución en enfermedades cardiovasculares, la atención al cáncer, la atención a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la atención al envejecimiento."

Ante la evidencia del resultado favorable de la Línea de Intervención en Cáncer, es necesario continuar con las mismas y considerar incorporar nuevas recomendaciones a contemplar en el III Plan de Salud de La Rioja.

Las localizaciones de cáncer sumando ambos sexos son, por orden de frecuencia, colon y recto, próstata, pulmón, mama y vejiga. Siendo para los hombres, próstata, colon y recto, pulmón y vejiga y para las mujeres mama, colon y recto, cuerpo de útero y pulmón. (6)

Las actuaciones necesarias en cáncer se llevarán a cabo sobre:

1. Difusión del Código Europeo Contra el Cáncer
2. Cáncer de mama
3. Cáncer de cuello uterino
4. Cáncer colorrectal
5. Cáncer de pulmón
6. Cáncer pediátrico
7. Consejo genético
8. Apoyo psicosocial
9. Calidad Asistencial

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Reducir la incidencia por cáncer

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Difundir el Código Europeo Contra el Cáncer (CECC).
- Mantener una cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) superior al 90%.

RECOMENDACIONES

- Mantener las recomendaciones del Código Europeo Contra el Cáncer en lugar visible y con acceso directo para los ciudadanos y profesionales en la web de Rioja salud.

- Proporcionar a los pacientes las recomendaciones del Código Europeo Contra el Cáncer en las consultas de Atención Primaria, Atención Especializada y pediatría.
- Evitar el uso de terapia hormonal sustitutiva en mujeres menopáusicas.
- Informar sobre la relación beneficio-riesgo de la vacuna contra el VPH.

INDICADORES

1. Número de veces que se haya accedido a las recomendaciones del CECC desde las pestañas habilitadas para la consulta de ciudadanos y profesionales en la web de Riojasalud.
2. Tasa de incidencia del cáncer (pulmón, mama, colorrectal, ORL, vejiga, próstata, estómago) ajustada a la población europea.
3. Cobertura de vacunación contra el Virus Papiloma Humano.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbimortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar el rendimiento de los programas de cribado de cáncer de mama, cáncer de cuello de útero y cáncer colorrectal.
- Mejorar la atención al cáncer pediátrico.
- Garantizar a los pacientes y los familiares con sospecha de cáncer hereditario el acceso a un diagnóstico y consejo genético de calidad.
- Proporcionar atención psicológica y social a los pacientes con cáncer y a sus familiares.

RECOMENDACIONES

- Actualizar los programas de cribado existentes en la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Realizar para todos los programas una búsqueda activa de las personas citadas que no han realizado el cribado.
- Evaluar el impacto de los programas de cribado.
- Realizar seguimiento específico para personas con elevado riesgo.
- Creación de un grupo de trabajo para estudiar la oportunidad, a tenor de la evidencia, de implementación de un programa de cribado de cáncer de pulmón mediante Tomografía Computerizada helicoidal de Dosis Bajas (TCDB). (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29)
- Potenciar el diagnóstico precoz de cáncer en niños y adolescentes.
- Valorar y facilitar el acceso de los niños y adolescentes con cáncer a unidades de oncología pediátrica de referencia de forma que se les garantice una adecuada atención y en coordinación con las unidades de referencia.
- Mantener las charlas y conferencias dirigidas a los profesionales que cuidan de los niños para recordar la existencia de estas enfermedades, potenciar las habilidades para su pronto diagnóstico y cuidado de las consecuencias de la enfermedad y de su tratamiento.
- Mantener el contacto personal y fluido con las unidades de referencia tanto por parte del personal médico como de enfermería.
- A través de Hospitalización a Domicilio, dar soporte a las complicaciones que surjan durante el tratamiento evitando en lo posible ingresos hospitalarios.
- Hacer efectiva la inclusión de la atención al paciente oncológico pediátrico en la unidad de Cuidados Paliativos.

- Difundir a los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada que tratan a los pacientes con cáncer colorrectal o de mama o de ovario, los protocolos y los criterios de derivación a la consulta de consejo genético en cáncer.
- Realizar actividades formativas para que el personal sanitario conozca el Consejo Genético en Cáncer.
- Creación de un Comité de Consejo Genético.
- Evaluación del riesgo familiar de cáncer de mama.
- Evaluación del riesgo familiar de cáncer de colon: determinación de gen MSH-2, MLH-1, e inestabilidad microsatélite en pacientes recién diagnosticados.
- Estructurar el apoyo psicosocial en todas las etapas de la enfermedad.
- Realizar sesiones; cursos y/o seminarios para dotar al personal sanitario de herramientas para dar respuesta a las necesidades de apoyo psicosocial a los pacientes y de sus familias.
- Estructurar de forma organizada la detección por parte del personal sanitario de las necesidades especiales de apoyo psicosocial, que van a requerir la intervención de profesionales.
- Constitución de un Comité Psicosocial.

INDICADORES

4. Tasa de participación en el programa de detección precoz del cáncer de mama.
5. Proporción de pruebas adicionales ante sospecha de cáncer de mama.
6. Tasa de detección de cáncer de mama.
7. Porcentaje de mujeres con citología realizada.



8. Porcentaje de mujeres con citología positiva/citologías realizadas.
9. Porcentaje de mujeres vacunadas contra el VPH.
10. Tasa de participación en el programa de detección precoz de cáncer de colon.
11. Proporción de test de sangre oculta en heces positivo.
12. Tasa de detección de adenomas de alto riesgo.
13. Tasa de detección de cáncer colorrectal.
14. Informes emitidos por el grupo de trabajo sobre la oportunidad de implementación de un programa de cribado de cáncer de pulmón y conclusiones de los mismos.
15. Porcentaje de niños diagnosticados de cáncer remitidos a una Unidad de Oncología Pediátrica.
16. Número de actividades formativas en cáncer pediátrico, dirigidas a los profesionales de la salud implicados.
17. Porcentaje de niños diagnosticados de cáncer atendidos en la Unidad de cuidados Paliativos.
18. Número de determinaciones genéticas de BRCA 1-2 realizadas.
19. Número de pacientes con tumores que hacen sospechar un Síndrome de Lynch sometidos a pruebas de inmuno-histoquímica para determinación de los genes MLH-1, MSH-2, MSH-6 y PMS-2.
20. Número de personas evaluadas en unidades de consejo genético.
21. Porcentaje de pacientes a los que se les ha prestado apoyo psicológico.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad asistencial del paciente oncológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar al paciente con diagnóstico de cáncer, un sistema organizativo que garantice su beneficio de la mejor metodología diagnóstica y más adecuado tratamiento.
- Garantizar a todo paciente con sospecha de cáncer un proceso de diagnóstico rápido, efectivo y eficiente.
- El tiempo total desde el diagnóstico definitivo: histopatológico, citológico-inmunofenotípico y/o citogenética-molecular (incluidas las pruebas necesarias para tomar una decisión terapéutica) al inicio del tratamiento, no debe ser superior a 3 semanas.
- Mejorar la satisfacción del paciente oncológico y de sus familiares con la atención sanitaria recibida con motivo de la enfermedad que padezca.
- Protocolizar la integración de la Unidad de Cuidados Paliativos en los distintos procesos oncológicos.

RECOMENDACIONES

- Actualización de las vías clínicas existentes, en especial cuando se produzcan cambios en evidencia científica.
- Elaboración de guías clínicas de las patologías más frecuentes o relevantes.
- Protocolización y estandarización de los estudios e informes de anatomía Patológica en las distintas patologías neoplásicas (codificación según la clasificación SNOMED-CT (siglas en inglés de Nomenclatura Sistemizada de Medicina – Términos Clínicos)).
- Estandarización y protocolización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y relevantes.



- El diagnóstico, estadio TNM (siglas en inglés de Tumor-Nodes-Metastases) y el plan terapéutico constará en el informe clínico.
- Se estructurará el registro de las fechas de los eventos más relevantes en continuidad con los registros de diagnóstico rápido: fecha de diagnóstico histológico, fecha de diagnóstico de extensión inicial, fecha del primer tratamiento.
- Creación de un registro hospitalario de tumores.
- Redacción de un protocolo para el control del dolor.
- Realizar encuestas de satisfacción de los pacientes.

INDICADORES

22. Tiempo medio entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.
23. Relación de médico/paciente nuevo año en Oncología Médica.
24. Relación de médico/paciente nuevo año en Oncología Radioterápica.
25. Número de pacientes derivados a la Unidad de Cuidados Paliativos que fallecen con diagnóstico cáncer.
26. Tasa de mortalidad por cáncer.
27. Tasa de mortalidad prematura por cáncer.
28. Razón de supervivencia poblacional observada tras cáncer en el adulto.
29. Resultados de la encuesta de satisfacción del paciente oncológico.
30. Porcentaje de informes con diagnóstico, estadio TNM, y el plan terapéutico en relación con el total de informes emitidos.

Bibliografía

1. European Cancer Observatory (ECO): en <http://eu-cancer.iarc.fr/>
2. GLOBOCAN 2012: EN <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
3. REDECAN Red Española de Registros de cáncer: en <http://redecana.org/es/index.cfm>
4. Indicadores Claves del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS.Versión 2). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013
5. Evaluación Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
6. Análisis de Situación de La Rioja. Población, Estado de Salud y Determinantes. Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad. Consejería de Salud y Acción Social de La Rioja
7. <http://redecana.org/es/page.cfm?id=25&title=supervivencia>
8. Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer. <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>
9. Riojasalud:<http://www.riojasalud.es/salud-publica-y-consumo/vida-sana/codigo-europeo-contra-el-cancer-cecc>
10. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. II (Internet). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013 <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
11. European Cancer Observatory (ECO): en <http://eu-cancer.iarc.fr>
12. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Br J Cancer; 2013;108:2205-40.
13. IARC Working Group on the Evaluation of Cancer Preventive Strategies. Breast Cancer Screening Group. IARC Handbook of Cancer Prevention. Vol 7. Lyon, France: IARC Press 2002.
14. Tonelli M, Connor Gorbe S, Joffres M, Dickinson J, Singh H, Lewin G, et al. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Recommendations on screening for breast cancer in average-risk woman aged 40-74 years. CMAJ. 2011;183(17):1991-2001.
15. Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan B, Nygren P, et al. Screening for breast cancer: an update for the US, preventive services task force. Ann Intern Med. 2009;151:727-37.
16. Goetzsche PC, Jorgensen KJ. Screening for Breast Cancer with mammography Cochrane Database Syst Rev 2013;6:CD001877.
17. Análisis coste-efectividad del cribado del cáncer de mama mediante mamografía en diferentes grupos de edad (40 a 49, 50 a 69 y 70 a 75). Servicio Canario de Salud, 2009. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8d25c260-1f33-11e0-964e-f5f3323ccc4d/2006_09.pdf
18. Análisis coste-efectividad del cribado del cáncer colorrectal en la población ge-



- neral. Servicio Canario de la Salud, D.L. 2010 <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c33938dd-222b-11e0-964e-f5f3323ccc4d&idCarpeta=993a9b1d-7aed-11e4-a62a-758e414b4260>
19. P. P. Segura, J. P. B. Fombella, B. P. Lorenzo et al. SEOM guide to primary and secondary prevention of cancer. *Clin Transl Oncol* (2014) 16:1072–1078
 20. International Association for the Study of Lung Cancer en www.iascl.org
 21. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, Gareen IF, Gatsoni C, Marcus PM, Sicks JD. The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. *N Engl J Med* 2011;365:395-409. National Creening Trial (NLST)
 22. Zhao YR, Xie X, Koning HJ, Mali WP, Vliengenthart R and Oudkerk M. NELSON lung cancer screening study. *Cancer Imaging* (2011)11,S79-S84.
 23. National lung screening trial research team; Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomography screening. *New J Med*. 2011;365:395-409.
 24. Field JK, Smith RA, Aberle DR, Odkerk M, Baldwin DR, Yankelevita D, et al. International association for the study of lung cancer computed tomography screening workshop 2011 report. *J Thorac Oncol*. 2012;7:10-9.
 25. Black WC, Ilana FG, Soneji SS, Sicks JD, Keeler EB, Aberle DR, Naeim A, Church TR, Silvestri GA, Gorelick J and Gatsonis C. Cost-Effectiveness of CT Screening in the National Lung Screening Trial. *N Engl J Med* 2014;371:1793-802.
 26. Black WC, Gareen IF, Soneji SS, et al. Cost-effectiveness of CT screening in the National Lung Screening Trial. *N Engl J Med* 2014; 371:1793. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1312547>
 27. McMahon PM, Kong CY, Bouzan C, et al. Cost-effectiveness of computed tomography screening for lung cancer in the United States. *J Thorac Oncol* 2011; 6:1841 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202298/>
 28. Horeweg N, Scholten Eth, de Jong PA et al. Detection of lung cancer through low-dose CT creening (NELSON): a prespecified analysis of screening test performance and interval cancer. *Lancet Oncol* 2014 Nov;15(12):1342-50.
 29. Moyer VA. On behalf of the US preventive services task force. Screening for lung cáncer. US preventive service task force recommendations statement. *Ann Intern Med*. 2014;160(5):330-8.



CAPÍTULO

6

CRONICIDAD Y CALIDAD DE VIDA



Coordinador/a: Garrido Uriarte Rosa; Ares Fernandez, José Ángel

Expertos/as: Aretio Romero, M. Antonia; Ausejo Tudelilla, Milagros; Gallardo Anciano, Jara; Gallardo Domenech, Miguel Ángel; González Suarez, Celia; Huarte Loza, Enma; Marín Palacios, Pilar; Martínez Zárata, M Puy; Ruiz de Ocenda, Manuel; Ruiz Clavijo, Maite; Ruiz Martínez, Carlos

Consultora: Sáenz Ortiz, Pilar



Análisis de situación

El incremento sostenido de la esperanza de vida de la población atribuible a las mejoras socioeconómicas y sanitarias, ha favorecido un incremento de pacientes con enfermedades crónicas, con su correspondiente impacto socioeconómico para el Sistema de Salud.

La Cronicidad es un proceso evolutivo relacionado con el curso natural de las enfermedades, con unas fases previas que pueden ser asintomáticas y una progresión que puede llevar episodios de agudización, complicaciones y comorbilidad hasta el final de la trayectoria vital de la persona. Por otro lado, las diferentes etapas evolutivas de la enfermedad, dibujan diferentes grupos de población con necesidades y riesgos diferentes y por tanto también con objetivos y abordajes diferentes. Además, la frecuente coincidencia de varias enfermedades crónicas, obliga a los sistemas de salud a un cambio en el modelo asistencial, pasando de ser puramente reactivo ante las reagudizaciones y con mínima atención en las fases de estabilidad de la enfermedad, hacia un modelo preventivo de cuidado continuo y detección precoz de descompensaciones, con implicación directa del paciente y cuidador en el seguimiento y control. Debe de ser un modelo centrado en el paciente, que garantice la integración completa de todos los ámbitos asistenciales, desarrollando escenarios comunes de trabajo y potenciando el amplio abanico de tecnologías para la salud actualmente disponibles.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define ENFERMEDAD CRÓNICA como aquella que tiene una larga duración y es de progresión generalmente lenta, a menudo comporta discapacidad o complicaciones que pueden afectar a la autonomía y calidad de vida tanto de las personas que la sufren, como de sus cuidadores y actualmente este aspecto ha cobrado una especial relevancia en la atención de cualquier enfermedad crónica, poniendo todo el Sistema a disposición de este objetivo.

El manejo del paciente crónico se ha revelado como uno de los principales puntos de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en los países desarrollados por su alta prevalencia actual y su evolución creciente. Un aspecto fundamental en el nivel de salud que provocan las enfermedades crónicas es la limitación de la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras, además son causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos, psicológicos y sociales importantes en las familias, la comunidades y la sociedad en general.

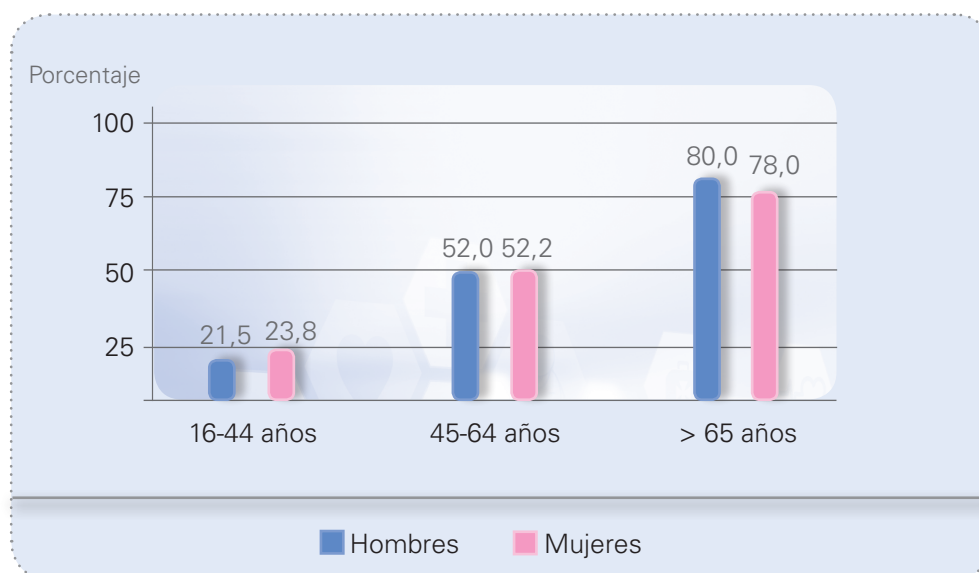


A continuación se describe la situación de la enfermedad crónica en la actualidad, cómo se prevé su evolución y los aspectos que justifican un abordaje integral de las personas de cara a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Prevalencia de las enfermedades crónicas en La Rioja y previsión de las mismas

Un 52 % de la población entre 45 y 64 años presenta alguna enfermedad crónica, cifra que aumenta hasta un 80% en los hombres y un 78% en las mujeres de 65 años. (Figura 1)

FIGURA 1. Prevalencia de las enfermedades crónicas en La Rioja por sexo.



Fuente: Estrategia de Atención al Paciente Crónico en La Rioja.

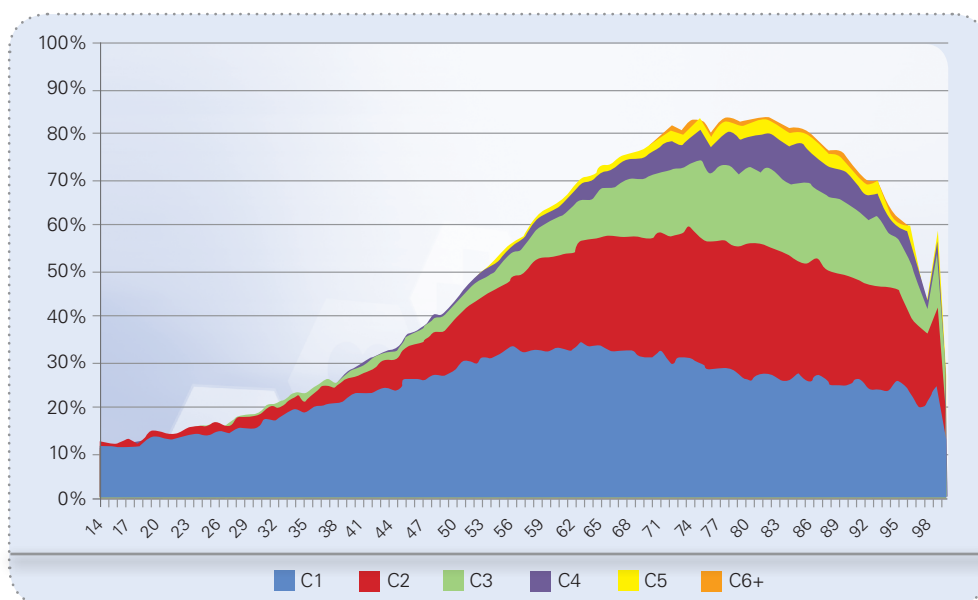
Padecer una enfermedad crónica no significa sufrir discapacidad, aunque una parte de esta es secundaria a las enfermedades crónicas. Algo más de la mitad de las personas con discapacidad son mujeres. A partir de los 65 años y más, esta diferencia se incrementa. La atención a las personas con necesidades de cuidados es proporcionada de forma mayoritaria por las familias y la cifra de mujeres cuidadoras es muy superior a la de varones. Casi el 94% de las mujeres proporcionan cuidados.

Por otra parte, el envejecimiento aumenta el riesgo de sufrir la confluencia de distintas enfermedades crónicas, entrando en un estado de comorbilidad que

aumenta exponencialmente la fragilidad, la pérdida de calidad de vida y la dificultad del manejo clínico en comparación con cada una de las enfermedades crónicas cuando se presentan de forma aislada.

Si se estudia el número de enfermedades concurrentes se puede observar que a partir de los 40-50 años, el número de pacientes diagnosticados de más de una enfermedad crónica aumenta considerablemente, siendo de más de un 80% los pacientes con 6 o más enfermedades crónicas concurrentes a partir de los 68 años. En edades más avanzadas el número de enfermedades disminuye, al sobrevivir aquellos que tiene menos comorbilidad. (Figura 2)

FIGURA 2. Número total de enfermedades crónicas por edad en La Rioja.



Fuente: Estrategia de Atención al Paciente Crónico en La Rioja

Es por ello que, si bien el gasto sanitario que supone actualmente el paciente crónico es significativo se espera que evolucione de forma creciente. Se calcula que el coste actual de la sanidad en la Unión Europea representa el 9% del PIB, y aumentará hasta el 16% en 2020. Si se añade el gasto derivado de la medicina preventiva, podría llegar al 30% del PIB.

En España, al menos un 70% de los recursos sanitarios van destinados a pacientes crónicos y mayores de 65 años, siendo las patologías crónicas causas del 80% de las consultas totales (60% de las de atención primaria), el 60% de los ingresos hospitalarios, más de un 35% de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios

y más del 45% del gasto total de medicamentos. En este sentido, la Estrategia para el abordaje de la cronicidad de SNS reconoce la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como medio más eficaz para abordar el problema (2).

Los pacientes con enfermedades crónicas son los principales consumidores de medicamentos y, a menudo, son pacientes que necesitan tratamientos múltiples.

El consumo de medicamentos por grupos de edades en los pacientes crónicos de La Rioja a fecha 30 de julio de 2014 fue el siguiente. (Tabla 1)

TABLA 1. Consumo de fármacos por edad en La Rioja. Pacientes crónicos.

Edad	< 5 Fármacos		5 a 7 Fármacos		> 7 Fármacos		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
15-19	1.791	99,33%	11	19,2%	1	0,06%	1.803
20-24	2.235	99,20%	17	25,45	1	0,04%	2.253
25-29	3.007	98,91%	31	4,7%	2	0,07%	3.040
30-34	4.724	98,38%	64	10,2%	14	0,29%	4.802
35-40	7.038	97,83%	121	22,3%	35	0,49%	7.194
40-44	7.944	96,48%	220	1,2%	70	0,85%	8.234
45-49	8.907	94,08%	429	2%	131	1,38%	9.467
50-54	10.158	90,92%	788	1,4%	226	2,02%	11.172
55-59	10.059	85,71%	1.244	1,7%	433	3,69%	11.736
60-64	9.040	79,10%	1.770	19,2%	619	5,42%	11.429
65-69	8.253	69,99%	2.512	25,45	1.027	8,71%	11.792
70-74	6.457	61,39%	2.685	4,7%	1.376	13,08%	10.518
75-79	4.783	51,78%	2.706	10,2%	1.748	18,92%	9.237
80-84	4.388	46,33%	2.880	22,3%	2.203	23,26%	9.471
85-89	2.446	41,88%	1.871	1,2%	1.523	26,08%	5.840
90-94	1.081	42,43%	812	2%	655	25,71%	2.548
95-99	236	47,29%	147	1,4%	116	23,25%	499
100 y más	36	56,25%	18	1,7%	10	15,63%	64
Total general	92583	76,45%	18326	1,7%	10190	8,41%	121099

Fuente: Estrategia de Atención al Paciente Crónico en La Rioja.

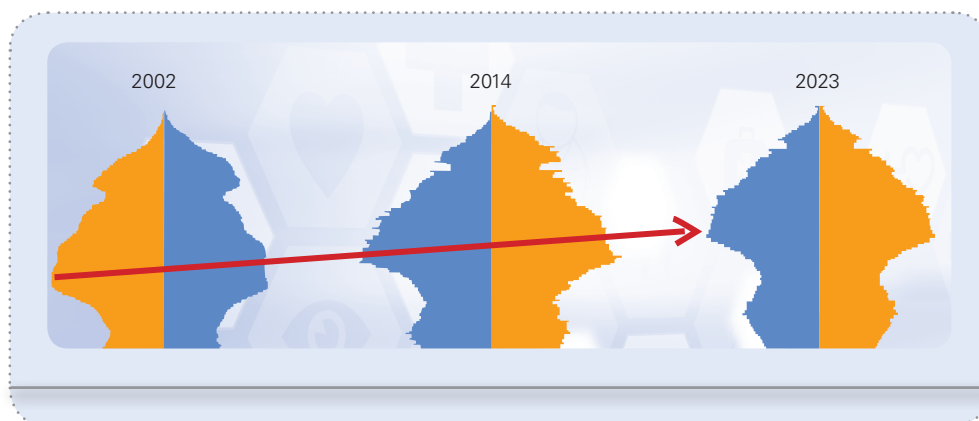
Puesto que la prevalencia de enfermedades crónicas está fuertemente relacionada con la esperanza de vida, se prevé un aumento en base a los siguientes datos:

- a) El Instituto Nacional de Estadística en su “Proyección de población a Corto Plazo 2011-2021” establece para el próximo decenio que la esperanza de vida podría llegar hasta los 80.9 años en los hombres y hasta los 86.3 en las mujeres. Al mismo tiempo, a los 65 años la esperanza de vida sería de casi 20 años en los varones y de más de 23 en las mujeres. Según estas estimaciones, la población mayor de 75 años podría aumentar en un 14%.

- b) En La Rioja, tan sólo de los años 2006 al 2013 se ha incrementado el tramo de salud de más de 65 años en un 8%

Según las estimaciones realizadas, la tendencia por rangos de edad muestra que hasta el 2023 habrá un descenso en las franjas etarias menores de 45 años, y se incrementarán las mayores, llegando a un 15% dicho aumento entre los mayores de 65 años. Estos cambios harán que la estructura de la pirámide poblacional se modifique. (Figura 3)

FIGURA 3. Evolución pirámide de población en La Rioja. 2002-2023.



Fuente: Estrategia de Atención al Paciente Crónico en La Rioja.

En este sentido, la esperanza de vida en La Rioja correspondiente a 2011 era ligeramente superior que para el conjunto del país, tanto para hombres (79,90 años en La Rioja, 79,29 años en España) como para las mujeres (86,08 años en La Rioja, 85,18 años en España). (1) En 2013 superó a la media española en el índice de envejecimiento (mayores de 65 años con respecto a menores de 14 años), índice de longevidad (mayores de 85 años con respecto al colectivo de más de 65 años), y tasa de dependencia (niños y ancianos existentes con respecto a los ciudadanos en edad laboral), lo que denota una población más envejecida que la media nacional y por tanto más susceptible de sufrir las consecuencias sanitarias y sociales asociadas al envejecimiento.

Calidad de vida relacionada con la salud

Si bien no es fácil definir que es la CALIDAD DE VIDA, la OMS la define como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Afirma que “la calidad de vida no es igual a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental ni bienestar, sino que es un concepto multidimensional que debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo de este y otros conceptos de la vida. Las dimensiones más importantes que incluyen la calidad de vida relacionada con la salud son, el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad, el cuidado personal, y el bienestar emocional”.

Se refieren a continuación resultados de la variable calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la población adulta, que se han obtenido mediante el cuestionario EQ-5D-5L incorporado a la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2011-2012) que constituye una norma poblacional para España, representativa, además para las comunidades autónomas.

De los resultados podemos destacar: La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) empeora con la edad. Los hombres tienden a valorar más su salud que las mujeres. Además, los grupos sociales menos favorecidos declaran más problemas que los pertenecientes a clases más elevadas. Igualmente, los de menor nivel educativo, perciben peor salud. Estos resultados son consistentes con los obtenidos en otros estudios y por otros indicadores de salud auto percibida. Por comunidades autónomas existen diferencias en la salud percibida con un rango de puntuación en la EVA entre 74.3 (Asturias) y 81.8 (Madrid) siendo la media de España 77.53. La Rioja junto con Baleares, Comunidad Valenciana y Extremadura se encuentra por encima de la media.

Las comunidades autónomas con mayores/menores puntuaciones en la Escala de Valor Analógica EVA tienden a mostrar un menor/mayor porcentaje de problemas en cada una de las dimensiones. La dimensión dolor/malestar presenta el mayor porcentaje de problemas.

Salvo en La Rioja y Murcia en todas las demás comunidades autónomas más de un 20% de la población declara algún problema de dolor/malestar, llegando a un 30% en Canarias. Los problemas de autocuidado son los menos prevalentes en todas las comunidades autónomas. (Tabla 2)

TABLA 2. Escala Visual Analógica (EVA) y porcentaje de población que declara algún problema de salud en cada una de las dimensiones del EQ-5D-5L en cada comunidad autónoma.

CCAA	media EVA	Movilidad	Auto-cuidado	Actividad cotidiana	Dolor y Malestar	Ansiedad/Depresión
Andalucía	76,16	15,62	7,57	12,49	26,97	14,57
Aragón	75,87	11,21	4,35	8,42	25,87	10,69
Asturias	74,37	20,08	10,23	19,22	27,63	19,98
Baleares	78,34	12,16	4,65	9,22	24,64	13,45
Canarias	76,02	16,05	6,48	14,53	30,82	20,58
Cantabria	66,68	13,44	5,39	8,76	23,37	8,47
Castilla León	76,34	14,31	4,83	7,71	21,61	10,28
Castilla La Mancha	76,60	14,11	7,35	14,15	29,81	12,92
Cataluña	76,97	13,68	6,22	11,83	28,26	17,73
C.Valenciana	79,52	15,32	5,16	10,74	22,93	15,8
Extremadura	78,85	15,27	6,36	11,19	21,59	12,44
Galicia	75,37	18,22	9,79	13,8	27,52	19,35
Madrid	81,80	10,39	3,82	6,1	22,29	13,47
Murcia	79,37	16,31	7,81	13,71	16,83	14,81
Navarra	77,49	11,78	4,06	8,9	21,12	14,01
País Vasco	77,05	13,04	5,73	11,79	27,36	12,52
La Rioja	80,42	11,15	6,98	12,16	18,6	8,98
Ceuta	75,83	19,55	3,77	9,91	31,1	12,07
Melilla	76,60	13,15	11,08	12,82	20,36	17,78
Total	77,53	14,28	6,22	11,14	25,45	15,03

Fuente: ENSE 2011-2012

Se han analizado diferencias entre CCAA explorando las correlaciones entre los índices de salud utilizados y el PIB per cápita, la tasa de paro, el gasto sanitario público y el número de médicos por habitante, que muestran los signos esperados. Mayor salud se asocia con mayor PIB per cápita, menor tasa de paro, más médico por 1000 habitantes y menor gasto sanitario.

En el caso de las enfermedades crónicas se ha aplicado el EQ-5D-5L para obtener una ordenación de las enfermedades crónicas en España en función de cómo afectan a las medidas de calidad de vida. Esto permite ordenar las enfermedades en función de los valores CVRS obtenidos.

- El 73% de la población adulta padece alguna de las enfermedades o problemas de salud crónicos de las 30 que se preguntan en la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), y más del 50% de la población tiene 2 o más enfermedades crónicas diagnosticadas.

- Los problemas mentales (excluyendo depresión y ansiedad) y los ictus obtienen las peores valoraciones de calidad de vida seguidos de la incontinencia urinaria, los trastornos músculo-esqueléticos y la depresión. (Cuadro 1)

CUADRO 1. Ordenación de las enfermedades crónicas diagnosticadas por el médico en función de cómo afectan a la variable EVA, EQ-5D Index y Sum score (IS), respectivamente.

EVA	EQ-5D INDEX	IS (SUM SCORE)
<ul style="list-style-type: none"> • Otros problemas mentales • Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral • Artrosis, artritis o reumatismo • Tumores malignos • Infarto de miocardio • Cirrosis, disfunción hepática • Depresión crónica • Ansiedad crónica • Otras enfermedades del corazón • Diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Otros problemas mentales • Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral • Incontinencia urinaria • Depresión crónica • Artrosis, artritis o reumatismo • Ansiedad crónica • Otras enfermedades del corazón • Osteoporosis • Estreñimiento crónico • Tumores malignos 	<ul style="list-style-type: none"> • Otros problemas mentales • Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral • Incontinencia urinaria • Depresión crónica • Artrosis, artritis o reumatismo • Ansiedad crónica • Otras enfermedades del corazón • Cirrosis, disfunción hepática • Osteoporosis • Tumores malignos
<ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria • Bronquitis crónica, enfisema, EPOC • Dolor de espalda crónico (lumbar) • Tensión alta • Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente • Migraña o dolor de cabeza frecuente • Cataratas • Úlcera de estómago o duodeno • Problemas crónicos de piel • Osteoporosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirrosis, disfunción hepática • Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente • Diabetes • Cataratas • Dolor de espalda crónico (lumbar) • Bronquitis crónica, enfisema, EPOC • Infarto de miocardio • Dolor de espalda crónico (cervical) • Tensión alta • Problemas crónicos de piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento crónico • Diabetes • Cataratas • Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente • Dolor de espalda crónico (lumbar) • Infarto de miocardio • Bronquitis crónica, enfisema, EPOC • Dolor de espalda crónico (cervical) • Tensión alta • Problemas crónicos de piel
<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento crónico • Dolor de espalda crónico (cervical) • Problemas del periodo menopáusico • Colesterol alto • Asma • Problemas de próstata • Varices en las piernas • Hemorroides • Problemas de tiroides • Alergia crónica (asma alérgica excluida) 	<ul style="list-style-type: none"> • Migraña o dolor de cabeza frecuente • Problemas del periodo menopáusico • Varices en las piernas • Problemas de tiroides • Asma • Úlcera de estómago o duodeno • Colesterol alto • Alergia crónica (asma alérgica excluida) • Hemorroides • Problemas de próstata 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas del periodo menopáusico • Migraña o dolor de cabeza frecuente • Varices en las piernas • Problemas de tiroides • Asma • Alergia crónica (asma alérgica excluida) • Colesterol alto • Úlcera de estómago o duodeno • Hemorroides • Problemas de próstata

Fuente: ENSE 2011-2012

Centrándonos en las enfermedades crónicas la calidad de vida es un pilar fundamental en la percepción de la salud. Es por ello que para mejorar este aspecto debemos responder al reto de la cronicidad en cada uno de sus colectivos: pacientes crónicos y sus cuidadores, profesionales sanitarios y ciudadanos en general; corregir un sistema aún demasiado fragmentado y que no ofrece la continuidad de cuidados necesaria para una buena gestión de los enfermos crónicos y avanzar hacia un sistema mucho más centrado en unos pacientes que hayan recibido todo el apoyo necesario para autogestionar mejor su enfermedad. También es necesario desarrollar nuevos modelos asistenciales que reorienten la atención hacia el entorno del paciente, disminuyan desplazamientos innecesarios al ámbito de la Atención Especializada y desarrollen todas las tecnologías de la comunicación al servicio de la salud.

Todo ello para conseguir el adecuado control de la enfermedad, disminuyendo las limitaciones que la enfermedad impone en la vida diaria del paciente consecuencia de su pérdida de autonomía.

Prioridades y justificación

Para avanzar en esta dirección, debemos diseñar estrategias dirigidas a mejorar esta situación: integración clínica en diferentes enfermedades, proyectos de educación al paciente con nuevos enfoques educativos, la aplicación de la estratificación de riesgo, proyectos de continuidad de cuidados entre niveles de atención, proyectos de prevención en los que los profesionales de salud pública trabajan conjuntamente con los de atención primaria, proyectos “abajo-arriba” en los que participan los propios pacientes con el fin de centrar el sistema de salud en sus aspectos organizativos, tecnológicos y centrados en el paciente, etc.

En consecuencia, se priorizan las siguientes actuaciones:

1. Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad en el paciente crónico

La evidencia disponible muestra la existencia de la relación de factores de riesgo como el tabaquismo, sedentarismo, exceso de peso, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia con el desarrollo de problemas crónicos de salud.

Aunque toda la población, sea cual sea su edad, sexo o condición puede beneficiarse de unos hábitos de vida saludables, en las personas con factores de riesgo o enfermedades crónicas cabe incidir aún más en la adquisición de unos hábitos saludables integrados en su vida diaria ya que su salud podría



mejorar o minimizar su progresión hacia estadios más avanzados, mejorar la calidad de vida del paciente y, como consecuencia, disminuir el gasto sanitario.

Además, el conocimiento y la comprensión de la enfermedad y del propio proceso, así como las instrucciones y las informaciones que el equipo sanitario da a los pacientes son factores fundamentales en el tratamiento, la evolución de la propia enfermedad y la capacidad de los pacientes de involucrarse. En el caso de las enfermedades crónicas, es fundamental garantizar el cumplimiento de los enfermos con el tratamiento y fomentar el autocuidado y empoderamiento.

Los objetivos y recomendaciones siguen la Estrategia “Salud 2020” de la Región Europea de la OMS y la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2).

2. Modelo de Atención integrada

En la actualidad se observa una necesidad de cambio del modelo de atención individual, centrado en los procesos agudos de la enfermedad, hacia un modelo adicional de atención, que permita garantizar la continuidad e integralidad requerida en la atención a los enfermos crónicos.

En este contexto se considera oportuno planificar este modelo desde la continuidad asistencial, la integración de los diferentes niveles asistenciales con especial mención al espacio sociosanitario apoyándose todo ello en las tecnologías y los sistemas de información.

La atención a la salud de las personas crónicas debe estar basada en un enfoque integral y poblacional, promoviendo un modelo compartido y cooperativo entre las organizaciones sanitarias y sociales. Modelo basado en la integración entre los diferentes niveles asistenciales (salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria). También debe desarrollarse en el ámbito territorial, cerca de la realidad de las relaciones entre pacientes y los servicios de salud y sociales, lo que implica adaptar la implantación de la atención a las especificidades de cada lugar (3).

Dentro de las prioridades asistenciales, es clave garantizar la continuidad de la atención, tanto entre los diferentes niveles del espacio sanitario como entre el sistema sanitario y el social (4) fortaleciendo e impulsando el espacio

sociosanitario. Las trabajadoras sociales sanitarias son la figura profesional competente desde el sistema de salud para la articulación y desarrollo de este espacio sociosanitario. “El trabajador social de AP pasa a ser gestor de la atención de los problemas y riesgos psicosociales de los pacientes crónicos. La trabajadora social de Atención Hospitalaria será la gestora de la atención de los problemas y riesgos psicosociales de los pacientes crónicos en el ámbito hospitalario, procurando los recursos necesarios tanto durante la hospitalización como al alta del paciente, siempre en coordinación con Atención Primaria” (5).

3. Autogestión de la enfermedad a través de la participación del paciente y su familia en el cuidado y en el seguimiento

Con el apoyo adecuado, muchas personas pueden aprender a ser agentes activos en su propio cuidado, ayudando a prevenir complicaciones, frenar el deterioro y evitar tener más condicionantes. La mayoría de las personas con enfermedades crónicas se incluyen en esta categoría, por lo que incluso una pequeña mejora en este aspecto puede tener un enorme impacto a nivel individual y global. En este capítulo se abordan aspectos considerados de alto interés: la educación, la adherencia al tratamiento y el autocuidado.

La educación y la promoción de la salud deben abarcar todos los niveles de prevención, desde los consejos dirigidos a fomentar los hábitos de vida saludables hasta las recomendaciones para la mejora del cumplimiento terapéutico y el fomento del autocuidado en las enfermedades crónicas.

La educación sanitaria en las enfermedades crónicas, al igual que en la promoción de hábitos de vida saludables, precisa, como el resto de las actuaciones de médicos y enfermeras, de guías de actuación que se sustenten en las evidencias científicas.

Además de predecir los cambios de conducta, debemos adecuar las recomendaciones preventivas y hacerlas efectivas; se debe aportar información, intentar personalizar los riesgos y los beneficios, y transmitir esperanzas de éxito, proporcionando apoyo y ayuda al paciente y cuidador para prever los posibles problemas que aparecen en los primeros días del cambio de conducta.

El consejo estructurado y centrado en el paciente comporta una mayor exploración de los recursos, motivaciones, fuerzas, áreas problemáticas y patrones de conducta del paciente en relación con la conducta a modificar.



El profesional debe fomentar en el paciente la sensación de que es capaz de realizar el cambio de comportamiento, lo que se conoce como mejora o aumento de la autoeficacia.

El paciente y cuidador tienen la necesidad de aprender ciertos aspectos o cuidados para ser autónomos, conocer las enfermedades o invalideces que padecen y saber cómo actuar, prevenir complicaciones y adaptarse a nuevas situaciones resultantes de procesos de enfermedad.

Este aprendizaje en el paciente y cuidador aporta una mayor capacidad de autocuidado y una disminución de la inquietud y/o miedos a la hora del alta hospitalaria, siendo conocedores de las situaciones que tienen que manejar en su domicilio y conscientes de que disponen de los conocimientos y medios necesarios.

A su vez, el paciente y cuidador aumentan la confianza en el equipo que les atiende cuando perciben que la educación sanitaria se realiza de manera unificada en el criterio y planificada, haciéndoles partícipes de la misma.

Es fundamental que la educación de pacientes y cuidadores se realice con métodos participativos, fomentando la comprensión de los factores causales del problema e incidiendo especialmente en mejorar el cumplimiento terapéutico.

Hay que tener en cuenta, la necesidad de respetar las normas de coordinación entre los diferentes ámbitos de actuación (Atención Primaria, Hospital, Centros asistenciales) pues están estrechamente interrelacionados y complementarios. Los contenidos en los distintos ámbitos de actuación serán coincidentes, evitando mensajes contradictorios.

Por otro lado el tratamiento farmacológico es uno de los factores que afectan a la calidad de vida relacionada con la salud, de forma que un mayor número de medicamentos resulta en una menor puntuación EuroQOL (European Quality of Life Questionnaire).

A su vez también está relacionado con un mayor riesgo de problemas relacionados con la medicación, de errores, de falta de adherencia, y por tanto un mayor riesgo de ineficacia, falta de control de la enfermedad y de efectos adversos.

Actualmente en La Rioja no se dispone de un espacio donde conste toda la medicación del paciente, por lo que ejecutar acciones relacionadas con la conciliación de los tratamientos y con el control de la adherencia al tratamiento, así como la revisión de los medicamentos por parte de los profesionales sanitarios, se ve dificultada por la falta de información.

Tampoco se dispone de un sistema de prescripción que garantice la visualización del tratamiento actual del paciente, lo cual es una fuente de errores de medicación.

Una adherencia baja a los fármacos produce disminución de la efectividad del fármaco en la población general. La medición de la adherencia no es fácil y en muchas ocasiones se precisa de varios métodos para evitar la sobreestimación. Un método muy utilizado es el cuestionario de Morisky-Green que, combinado con el recuento de comprimidos, permite una buena aproximación al resultado.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida y facilitar a las personas con patología crónica el mayor grado posible de autonomía e independencia en la actividad diaria.

Promoción y prevención de la enfermedad en el paciente crónico

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Potenciar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante el desarrollo de intervenciones sobre los estilos de vida y los factores de riesgo.

RECOMENDACIONES

- Impulsar medidas que favorezcan la adopción de una dieta saludable adaptada a las características del paciente.



- Desarrollar programas de prescripción de actividad física adaptado al nivel de riesgo de cada persona.
- Promover programas de deshabituación tabáquica en el paciente crónico.
- Promover el cribado de bebedores de riesgo y su tratamiento mediante la oferta de intervenciones breves desde atención primaria y derivación a unidades específicas.
- Formar a los profesionales sanitarios sobre recomendaciones de hábitos saludables y salud diferencial en el paciente crónico.
- Realizar actividades de promoción de la salud en el entorno comunitario.
- Incentivar la colaboración de todos los agentes de salud pertenecientes a diferentes servicios y, administraciones en la promoción de la salud.
- Implicar a las asociaciones y entidades del tercer sector en las actividades de promoción de la salud.

INDICADORES

1. Proporción de pacientes crónicos que reciben prescripción de hábitos saludables recogido en el gestor de crónicos.
2. Profesionales que han realizado cursos específicos sobre salud diferencial y estilos de vida.

Atención integrada

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Desarrollar una atención integrada continua en el desarrollo de la enfermedad, entre niveles sanitarios y en relación con ámbito sociosanitario.

RECOMENDACIONES

Atención integrada: modelo asistencial y continuidad asistencial

- Impulsar el desarrollo, implementación y evaluación de la Estrategia del paciente crónico de La Rioja.
- Crear los grupos de expertos de todos los ámbitos asistenciales para la elaboración de los correspondientes procesos asistenciales integrados.
- Agrupar pacientes en segmentos y definir las intervenciones específicas para cada grupo de pacientes.
- Desarrollo de protocolos de detección precoz y de progresión de la enfermedad mediante alertas en la HCE según criterios establecidos.
- Estudiar la morbilidad y complejidad con la herramienta de análisis y el agrupador de pacientes en toda área de salud, zonas básicas de salud y cupos de pacientes de los profesionales.
- Presentar los resultados a los clínicos y, planificación de las intervenciones y reasignaciones de recursos necesarios.
- Desarrollar guías clínicas asistenciales electrónicas compartidas y los sistemas de información clínica.
- Establecer los mecanismos de coordinación y comunicación entre niveles asistenciales (organización y recursos).
- Acceso y visibilidad a la HCE (historia clínica electrónica) del paciente por los diferentes ámbitos asistenciales.
- Formación de los profesionales de AP (médicos, DUE, Trabajadora social) que garanticen una atención de la enfermedad de calidad.
- Formar grupos de trabajo con expertos de los diferentes ámbitos para consensuar las acciones a llevar a cabo en la implementación de intervenciones ad hoc.



Atención integrada: espacio sociosanitario

- Elaborar desde el trabajo social sanitario una escala de valoración social de la situación de las personas crónicas que incluye el despistaje de los principales factores de riesgo psicosociales.
- Garantizar la evaluación integral de todas las personas con enfermedad crónica clasificada en los niveles 2 y 3 de la pirámide de Kaiser.
- Asegurar la intervención sociosanitaria necesaria para solucionar y/o minimizar los factores de riesgo detectados en la valoración social.
- Fomentar la coordinación y participación entre el ámbito sanitario con las entidades y asociaciones de la iniciativa social propias de las enfermedades crónicas.
- Propiciar la participación activa del equipo de AP en la promoción de la salud informando a los pacientes y cuidadores de los recursos comunitarios y programar actuaciones sanitarias comunitarias.
- Desarrollar un modelo de apoyo a las personas cuidadoras de personas con enfermedades crónicas.
- Desarrollar instrumentos que permitan identificar precozmente las situaciones de pérdida de independencia, de autonomía o de calidad de vida.
- Desarrollar instrumentos para la valoración social integral de las personas con enfermedad crónica.
- Establecer cauces de comunicación entre Equipos de Atención Primaria y las residencias de mayores.
- Implicar a las asociaciones y entidades del tercer sector en las actividades de promoción de la salud.

Atención integrada: nuevas tecnologías (sistemas de información)

- Desarrollo de canales de consulta rápida entre profesionales de atención primaria y atención especializada.

- Registro automático de la actividad realizada y no realizada que sirva de control para el profesional.
- Acceso rápido mediante iconos en la historia clínica electrónica a pautas, tratamientos, derivaciones a atención especializada según situación del paciente.
- Constante evolución del Gestor de crónicos, como aplicación desarrollada dentro de HCE, centrada en el paciente crónico, de ayuda en la toma de decisiones, que sirve de alerta predictiva ante posibles descompensaciones, permitiendo la interacción entre niveles asistenciales y posibilitando la explotación de la información con fines gestores y de investigación.
- Potenciar las interconsultas sincronizadas u *on line* que permitan la valoración de atención especializada en base a la información disponible en la historia clínica electrónica y decidir prioridad en la citación según gravedad o recomendaciones de atención primaria evitando el desplazamiento innecesario del paciente.
- Promover el acceso del paciente a los informes de su historia clínica y consulta y citas y exploraciones, así como a recomendaciones específicas de su enfermedad y condición.
- Desarrollar sistemas de contacto periódico con el paciente crónico que permitan un control programado haciendo hincapié en los aspectos individuales de mayor interés para cada paciente.
- Potenciar sistemas de monitorización del paciente en su propio domicilio que mejoren su control, eviten desplazamientos y faciliten acciones preventivas ante situaciones de alerta.
- Elaborar documentación apropiada y catálogos multimedia, Apps, con acceso desde la plataforma Rioja Salud con una información sobre la enfermedad, su evolución, su tratamiento, pautas a seguir para evitar su progresión, etc.
- Creación de la carpeta del paciente (individual) incluida en su HCE en la que se vuelquen todas las recomendaciones sobre la enfermedad, su tratamiento o modo de realizar sus controles.



- Potenciar la figura del la DUE gestora de casos, tanto en Atención Primaria como Atención Hospitalaria y que sea referencia para el acceso rápido y directo del paciente crónico según grado de complejidad, ante eventualidades permitiendo acciones preventivas.
- Desarrollar herramientas informáticas que permitan recabar información puntual e individualizada y ayuden al paciente a mejorar el control de su enfermedad y a los profesionales a disponer de información periódica de la situación del paciente.
- Desarrollo de la telemonitorización en domicilio del paciente de datos clínicos y pautas de tratamiento, que mejoren el control del tratamiento, detecten precozmente descompensaciones mediante un sistema de alertas predeterminadas, que permita actuaciones preventivas y la consiguiente necesidad de desplazamientos a Atención Especializada.

INDICADORES

3. Número de profesionales que se han formado en atención al paciente crónico por nivel de atención.
4. Número de reingresos de pacientes crónicos.
5. Mortalidad de pacientes incluidos en el programa de crónicos.
6. Tiempo entre descompensaciones de un paciente que requieren ingreso.
7. Número de grupos de trabajo con expertos de los diferentes ámbitos para consensuar acciones.
8. Número de talleres de educación realizados que incluyan la dimensión psicosocial.
9. Número de talleres de educación para la salud grupales con implicación de la trabajadora social.
10. Porcentaje de personas con enfermedad crónica clasificadas en la escala de Kaiser en los niveles 2 y 3 cuya puntuación social ha sido valorada cada año.

11. Prevalencia de pacientes en diferentes niveles de estratificación del riesgo.
12. Prevalencia de pacientes crónicos con factores de riesgo.
13. Numero de interconsultas *on line*.
14. Número de canales de consulta rápida (teléfono, correo electrónico) creados.

Autogestión de la enfermedad

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Fomentar la autogestión de la enfermedad a través de la participación del paciente y su familia en el cuidado y en el seguimiento.

RECOMENDACIONES

Educación sanitaria

- Potenciar la educación individual y colectiva del paciente.
- Favorecer la formación del cuidador del paciente.
- Disponer de un sistema que garantice una correcta y adecuada labor educativa, manteniendo un registro tanto de la evaluación de las necesidades de aprendizaje de forma individualizada, como la educación realizada y los avances observados.
- Desarrollar el empoderamiento del paciente capacitándole a tomar sus propias decisiones por medio de la participación activa en el proceso de salud.
- Realizar una valoración de conocimientos relacionados con el proceso de enfermedad con el fin de detectar las fuentes de dificultad, reconocer el cuidador o cuidadora principal y conocer su situación sociofamiliar.
- Planificar una educación individualizada de calidad en la administración de medicación y la utilización de diferentes mecanismos: inhaladores, parches transdérmicos, inyecciones subcutáneas.



- Promover la enseñanza, formación y capacitación del cuidador y persona cuidadora.
- Formar a pacientes crónicos en su patología para que actúen como formadores de otros pacientes (paciente experto).
- Coordinación de la información y formación de pacientes en el aprendizaje entre atención primaria y atención especializada. Interacción con servicios sociales.
- Colaboración en la educación con asociaciones de enfermedades crónicas.
- Elaboración de un plan educativo individualizado con el paciente y cuidador.
- Valoración de las capacidades del paciente o cuidador/a responsable.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de los profesionales sanitarios.
- Incrementar mediante la investigación y la evaluación los conocimientos acerca de la manera más efectiva de alcanzar los objetivos.
- Minimizar las barreras que puedan tener por su posible discapacidad física o emocional.
- Asegurar la inclusión de la dimensión psicosocial en los diseños de los contenidos y metodologías de los grupos de educación para la salud.

Adherencia al tratamiento

- Establecer un programa de prescripción y utilización adecuada de medicamentos para profesionales y usuarios que participan en los procesos de atención integrada al paciente crónico a fin de conseguir un uso racional, seguro y mejorar la adherencia a los medicamentos de los pacientes crónicos.
- Promover canales de comunicación y coordinación entre atención primaria y atención especializada para establecer criterios comunes de selección y uso adecuado de medicamentos.

- Promover la revisión del plan terapéutico por parte del médico prescriptor y apoyar la atención de enfermería y la participación de la oficina de farmacia para mejorar la adherencia terapéutica.
- Proporcionar herramientas de apoyo para la realización, registro y evaluación de las actuaciones de mejora de la adherencia terapéutica.
- Implementar programas de conciliación de la medicación entre niveles asistenciales, al ingreso y al alta, así como planificación de la terapéutica de los pacientes al alta.
- Revisar de forma sistemática y periódica la adecuación del tratamiento. Este término incluye: reevaluar y elegir las mejores alternativas de tratamiento (incluyendo las no farmacológicas), las dosis y pautas más adecuadas a la situación global del paciente [funcional, emocional, social, esperanza de vida], establecer objetivos terapéuticos y tiempos de reevaluación.
- Disponibilidad de un recurso dentro de la historia clínica electrónica donde conste toda la medicación prescrita al paciente. (El resultado será: sí/no/en desarrollo).
- Valorar con indicadores específicos la adherencia al tratamiento mediante el cuestionario oportuno.

INDICADORES

15. Porcentaje de pacientes crónicos formados en su proceso de enfermedad.
16. Porcentaje de pacientes con educación relativa al manejo del tratamiento para su enfermedad.
17. Número de pacientes expertos.
18. Número de reuniones realizadas entre profesionales sociosanitarios y asociaciones de pacientes crónicos cuyo eje principal sea la educación.
19. Porcentaje de pacientes crónicos formados en adherencia al tratamiento.



20. Número de cuidadores formados en el manejo de crónicos.
21. Proporción de pacientes crónicos polimedicados con 5 ó más fármacos.
22. Gasto farmacéutico.
23. Aplicación del formulario para conocer la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

1. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012.
2. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS MSSSI Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
3. Documento: Transformación del modelo de atención: mejor calidad, accesibilidad y seguridad de las intervenciones sanitarias de Cataluña pag 33.
4. Ley 2/2002 de 17 de Abril de Salud de La Rioja. Art 46.6. Art 48.3.
5. Estrategia de Atención al paciente crónico de La Rioja. Pag 46.



CAPÍTULO

7

DEMENCIAS



Coordinadora: Marzo Sola, M^a Eugenia

Expertos/as: Cestafe Martínez, Carmen; Gómez Eguilaz, María; Loma-Osorio Alonso del Real, Rocío; Martínez Pérez, Ana Bella; Martínez Zarate, M^a Puy; Revilla Grande, Olga

Consultora: Ruiz Nicolás, Belén



Análisis de situación

La demencia es un síndrome caracterizado por la aparición de un deterioro intelectual, que afecta a múltiples dominios cognitivos y tiene repercusión sobre la capacidad funcional del sujeto. En nuestro medio la causa más frecuente son las enfermedades neurodegenerativas y, entre ellas, la Enfermedad de Alzheimer (EA).(1)

La edad y los factores de riesgo vascular, junto con algunos factores genéticos en la EA (aplotipo 4 de la apolipoproteína E) son hoy reconocidos como los principales factores de riesgo para padecer una demencia (2). De acuerdo con algunas revisiones sobre el tema, alrededor de un tercio de los casos de EA pueden estar relacionados con factores de riesgo potencialmente modificables: diabetes, HTA en edades medias de la vida, obesidad, inactividad física, depresión, tabaquismo, bajo nivel cultural. De estos factores, la mayor proporción de casos podría ser atribuida a la inactividad física. Utilizando modelos de aproximación, si se reduce la prevalencia de cada factor de riesgo en 10-20% por década, se reduciría la prevalencia de EA en 8-15% (3). La adquisición de unos hábitos de vida saludables, y haber conseguido una adecuada capacidad funcional tanto física como cognitiva, favorecen la autonomía y la independencia a medida que se envejece, para afrontar muchos de los retos del envejecimiento. (4)

La demencia es uno de los problemas de salud pública más importantes a los que se enfrenta nuestra sociedad. Su alta prevalencia en la población anciana, unida al envejecimiento de la pirámide poblacional, la ausencia de tratamientos efectivos y el alto grado de dependencia que sufren los pacientes, hacen que sus repercusiones médicas, personales, familiares, sociales y económicas sean de grandes proporciones. (1)

El aumento de la esperanza de vida en países desarrollados y el envejecimiento de la población hacen prever un aumento del número de casos de demencia en las próximas décadas, que hará que la cifra actual se multiplique entre dos y tres veces en el año 2050. (5)

La pirámide de población de La Rioja muestra la forma característica de una población regresiva, con una base más estrecha que el cuerpo y un porcentaje de personas mayores relativamente grande. En cuanto a la estructura de la población por edades, el 19.07% de la población riojana tiene 65 años o más; La Rioja presenta una población más envejecida que la de España.(Tabla 1) (6)



TABLA 1. Estructura de la población por edades. La Rioja y España, año 2013. Porcentaje.

	La Rioja			España		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
0-15 años	15,8	16,3	15,3	15,9	16,6	15,2
16-44 años	38,8	40,1	37,5	40,2	41,6	38,8
45-64 años	26,5	27,0	26,0	26,2	26,4	26,1
65 años y más	19,0	16,6	21,3	17,7	15,4	20,0

Fuente: *Elaboración propia con datos INE.*

Comparando los datos demográficos de 2007 y 2013 se objetiva un aumento de la esperanza de vida de casi 2 años y medio. Se ha incrementado en más de 6 puntos el índice de dependencia. La tasa de dependencia, el índice de longevidad y el de envejecimiento reflejan una población cada vez más envejecida. Si comparamos con la media nacional, el aumento de la esperanza de vida es algo superior en La Rioja y también la tasa de dependencia (población más envejecida que la media nacional). En cuanto a las proyecciones de la población en La Rioja, se estima que en el 2023 la población mayor de 64 años será casi el 24%. (6)

La prevalencia de la demencia y de la EA en España se ha estimado en el 10.9% y 7.7%, respectivamente en la población mayor de 70 años. La prevalencia de la demencia se duplica cada 5 años entre los 65 y 85 años. Su incidencia es algo más elevada en mujeres que en hombres (2). En España se calcula que en 2030 la cifra alcanzaría los 600.000 enfermos, y en 2050, cerca de un millón. (7)

La demencia aumenta notablemente la carga de comorbilidad de las personas afectadas, con una media de hasta 2,4 enfermedades crónicas más, destacando la prevalencia de factores de riesgo vascular. Mención especial merecen los procesos directamente atribuibles al deterioro cognitivo y funcional, como el riesgo de caídas, la susceptibilidad a infecciones o las consecuencias de pérdida de movilidad. Un capítulo importante en cuestiones de morbilidad viene dado por los efectos secundarios de la medicación a la que están expuestos estos pacientes, con una media de más de 5 fármacos por persona. (8, 9, 10)

La demencia es uno de los principales predictores de mortalidad, situándose al nivel de otros más frecuentemente citados como el cáncer o las enfermedades vasculares. Se estima que la EA es responsable de un 4,9% de muertes en mayores

de 65 años, alcanzando un 30% en varones mayores de 85 años y un 50% en mujeres de la misma edad. (10)

En La Rioja se aprecia un crecimiento en el indicador tasa de mortalidad ajustada por edad por Enfermedad de Alzheimer, por 100.000 habitantes, siendo además su valor superior al de la media de España. (12) (Tabla 2)

TABLA 2. Tasa de mortalidad ajustada por edad por E. de Alzheimer, por 100.000 habitantes.

	2008	2009	2010	2011	2012
La Rioja	14,84	14,2	13,57	17,17	14,25
España	11,19	11,6	11,37	11,51	12,16

La demencia es la enfermedad crónica que provoca mayor dependencia, por encima de otras como el ictus, la Enfermedad de Parkinson o las enfermedades cardiovasculares (13). Es una de las principales causas de institucionalización, llegando a afectar hasta un 90% de los pacientes, frente a un 50% en la población general. (14)

La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud y resulta mejor predictor de discapacidad incidente que la morbilidad. (15) Un término que nos aproxima a este concepto es el acuñado como fragilidad, el cual se trata de un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar una discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente. La fragilidad se asocia a mayor edad, sexo femenino, mayor carga de enfermedad, discapacidad y deterioro cognitivo, entre otros factores. Los datos a nivel de España muestran una asociación directa con la edad y es significativamente más prevalente en mujeres. (Tablas 3 y 4)

TABLA 3. Prevalencia de fragilidad en la población mayor en España por sexo. (Porcentaje)

Mujeres	7,5-16
Hombres	4,5-9,5
Total	8,5-20,4

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas de la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



TABLA 4. Prevalencia de fragilidad en la población mayor de España por edad. (Porcentaje)

70-75 años	2,5-6
75-80 años	6,5-12
80-85 años	15-26
Mayores de 85 años	18-38

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas de la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Una revisión de estudios realizados en diversos países europeos concluye que el coste económico de la atención a la demencia es elevado, con una media estimada de 28.000 euros anuales por paciente en Europa. (16) En España se estiman cifras de 27.000 a 37.000 euros anuales, de los que el mayor porcentaje corresponde a gasto derivado del cuidado informal del paciente (77-81%), mientras que solo el 10-13% corresponde a gasto sanitario y el 6-12% a cuidado formal o profesional, no sanitario. Los costes directos sanitarios van aumentando a lo largo de la evolución de la enfermedad. No en vano, los gastos sanitarios de las personas con EA son 34% mayor que los derivados de una población similar sin la enfermedad (tienen más visitas a urgencias, estancias hospitalarias más numerosas y más largas y precisan más cuidados médicos domiciliarios). (17) La principal partida del gasto directo corresponde, en las fases finales, a la institucionalización del paciente o al uso de centros de día y a los cuidadores profesionales remunerados. (18) Los factores que más influyen en el gasto son: la gravedad de la demencia, las condiciones médicas asociadas (la comorbilidad), los problemas neuropsiquiátricos y los signos extrapiramidales. (19)

Existe cierta controversia sobre la necesidad de diagnosticar de forma precoz las demencias, cuando por el momento no existe un tratamiento curativo o modificador de la enfermedad. Sin embargo, parecen existir claros beneficios, como son: iniciar tratamientos no farmacológicos, programar la intervención psicosocial más adecuada, reducir los accidentes de tráfico haciendo recomendaciones sobre el mantenimiento del permiso de conducir, facilitar la toma de decisiones en la familia sobre aspectos socio-sanitarios relacionados con el enfermo o reducir costes sanitarios asociados al uso de servicios a domicilio y especializados. A estos motivos habría que añadir la importancia de tener un sistema de salud preparado para el momento en que se descubran tratamientos modificadores de la enfermedad, sin contar con aquellos casos de demencias tratables que podrían quedar sin diagnóstico cuando el tratamiento es más eficaz.

Por lo tanto, se convierte en tarea prioritaria mejorar la información a la población general sobre la enfermedad y concienciar a los profesionales sanitarios del beneficio del diagnóstico precoz para dotar de mejoras y formación a los equipos de atención primaria e incrementar las unidades específicas de diagnósticos y tratamiento de las demencias.

La mayoría de los trabajos que valoran la eficacia y la efectividad del manejo no farmacológico tienen resultados positivos. De hecho, son intervenciones que, con pequeñas inversiones, benefician de manera muy evidente distintos aspectos: demoran la institucionalización (recomendación de grado A) y permiten mejora cognitiva; mayor autonomía para las actividades de la vida diaria, influyen sobre las alteraciones conductuales y repercuten en la calidad de vida del paciente y su cuidador (recomendación grado B).

Se calcula que la persona diagnosticada precisa de unas 70 horas de cuidados a la semana, donde se incluyen la atención de sus necesidades básicas, el control de la medicación, los cuidados sanitarios y el manejo de los síntomas y eventuales situaciones de conflicto. (20) En la mayoría de los casos (80%) los responsables del cuidado del paciente son los familiares. (18) Normalmente es uno de sus miembros sobre el que recae el mayor peso de esta atención (cuidador principal). (21) El cuidado de la demencia produce estrés y sobrecarga del cuidador. Los cuidadores muestran un incremento considerable de la frecuencia de enfermedades psicológicas y físicas en comparación con controles de su edad. (22) En la aparición de sobrecarga en el cuidador intervienen factores derivados del paciente (los trastornos de conducta fundamentalmente), también la falta de apoyo social, la dedicación exclusiva al cuidado del enfermo, la falta de habilidades y estrategias de afrontamiento, la salud del propio cuidador. (23)

Como consecuencia de todo esto se suele producir una importante merma de la calidad de vida del cuidador; el empeoramiento de la misma está ligada a la calidad de vida del paciente. (24) La calidad de vida del cuidador es la principal variable predictora del ingreso en instituciones sanitarias. La mayoría de los cuidadores considera insuficiente la información que reciben sobre la enfermedad por parte de los médicos, así como los recursos proporcionados por las instituciones.

El apoyo de los servicios sociales es fundamental para la atención al paciente con demencia. La falta de apoyo social es uno de los factores que incrementan la sobrecarga al cuidador.



Por todo ello se deduce que es muy importante mejorar la asistencia a estas personas, tratando sus alteraciones de conducta, para mejorar su calidad de vida y la de sus cuidadores. La atención al paciente con demencia es compleja, multidisciplinar y requiere en gran medida del apoyo de tres pilares fundamentales: la familia, el médico y los servicios sociales.

Las demencias se han convertido en uno de los principales motivos de consulta en neurología. Se estima que el 18,5% de los pacientes que acuden a una consulta de neurología general lo hacen por alteraciones de la memoria y sospecha de deterioro cognitivo. (25) Sin embargo, en los mayores de 65 años, este porcentaje alcanza el 35% convirtiéndose en la primera causa de consulta neurológica. (26) En nuestro medio, en atención primaria los tiempos disponibles de atención en consulta son de unos 7 minutos, y en atención especializada unos 15 de media. En este punto hay que recordar que el diagnóstico de demencia es clínico, con un papel limitado hasta la fecha de los marcadores biológicos, y requiere una considerable cantidad de tiempo para recabar la información necesaria en la anamnesis y exploración. (27) Por ello es necesario aumentar los tiempos disponibles en consultas de atención primaria y especializada.

Prioridades y justificación

En el II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013, se incluyó como área priorizada las Enfermedades Neurodegenerativas: Enfermedad de Alzheimer y Enfermedad de Parkinson planteándose como objetivo general “Mejorar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer y con Enfermedad de Parkinson manteniendo la máxima autonomía posible en los enfermos y permitiendo a los cuidadores una menor carga de trabajo y estrés”. Este objetivo se desarrollaba en 3 objetivos específicos con sus correspondientes acciones. Pasados 5 años, la evaluación de dicho Plan recoge esta área como no implementada al no haberse realizado la mayor parte de las acciones propuestas. Para este III Plan de Salud, siguen considerándose necesarias las actuaciones no realizadas y también han sido incluidas en el conjunto de recomendaciones propuestas.

De lo expuesto podemos concluir:

- a) La demencia es una patología con una elevada prevalencia y el envejecimiento de la población hace prever que aumentara en las próximas décadas; es la enfermedad crónica que provoca mayor dependencia, una de las principales

causas de hospitalización y conlleva unos elevados costes económicos, familiares y sociales.

- b) Es necesario implementar programas globales que permitan mejorar la calidad de vida del paciente con demencia que abarquen tanto un diagnóstico precoz, un tratamiento multidimensional y un abordaje multidisciplinario desde todos los ámbitos (sanitarios, sociales y comunitarios).
- c) No menos importante es la actuación sobre el cuidador principal previniendo y tratando el aislamiento social, mejorando la información sobre la enfermedad e instruyendo sobre el manejo del enfermo. El empeoramiento de la calidad de vida del cuidador está ligada a la calidad de vida del paciente.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la atención integral a los pacientes con demencia que permita mejorar su calidad de vida y la de sus cuidadores y basada en la mejor evidencia posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir los factores asociados a la aparición de demencia.
- Impulsar la detección precoz de la demencia.
- Prestar la mejor atención sanitaria y social al paciente con demencia, a las personas que les cuidan y a los familiares.
- Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario y social para atender adecuadamente las necesidades de las personas que padecen demencia.
- Potenciar la investigación epidemiológica, básica, clínica traslacional y de servicios en demencia.



RECOMENDACIONES

- Fomentar hábitos de vida saludables para mantener una capacidad funcional y cognitiva que permita el mayor grado de autonomía posible
- Desarrollar programas para prevenir los factores de riesgo cardiovascular (control de la diabetes, HTA, obesidad, ejercicio físico regular, abandono del hábito tabáquico, etc). (Ver capítulos relacionados: Hábitos, estilos de vida saludables y protección de la salud y Enfermedades cardiovasculares).
- Desarrollar programas para estimular la reserva cognitiva.
- Impulsar programas o intervenciones de salud laboral para el control de los factores de riesgo modificables.
- Desarrollar programas de información y sensibilización de los profesionales sanitarios, especialmente en atención primaria (por su especial repercusión como puerta de entrada al sistema sanitario) para la detección precoz de los signos y síntomas de la demencia.
- Determinar qué baterías de test cognitivos breves y escalas se deben realizar tanto en atención primaria como en especializada.
- Establecer criterios y procesos ágiles de derivación a atención hospitalaria desde atención primaria.
- Disponer de un/a psicólogo/a clínico/a con formación específica en deterioro cognitivo.
- Adecuación del tiempo de consulta para el diagnóstico de pacientes con deterioro cognitivo en atención primaria y especializada.
- Tener acceso a técnicas que permitan diagnosticar la demencia (EA) en fases prodrómicas y preclínicas; poder determinar las proteínas beta-amiloide y Tau en LCR; disponibilidad de PET de amiloide, para aquellos pacientes que cumplan con los requisitos recogidos en el correspondiente protocolo aprobado.

- Establecer programas para ofrecer consejo genético y análisis genético si procede.
- Implantar vías clínicas, protocolos o procesos integrados basados en la evidencia disponible y las guías de práctica clínica.
- Habilitar un espacio adecuado para atender con la confidencialidad debida a la familia del paciente con demencia, de forma independiente.
- Disponer durante todo el proceso y desde el momento del diagnóstico de un plan individualizado de atención que incluya indicaciones terapéuticas, sociales y de cuidados necesarias.
- Conocer el grado de satisfacción del paciente y familiar con la atención que reciben. Creación de encuesta de satisfacción.
- Potenciar programas de estimulación cognitiva; aumentar el número de pacientes que acceden a ellos. Formar a los equipos de atención primaria en estos programas.
- Elaborar recomendaciones de utilización óptima de medicamentos.
- Establecer mecanismos de comunicación permanente entre profesionales de atención especializada con los equipos de Atención Primaria y con los profesionales de servicios sociales y de las residencias de personas mayores, para la resolución de incidencias relacionadas con la medicación, trastornos de conducta, etc. Habilitar procedimientos adecuados para el acceso a una consulta urgente especializada para periodos de desestabilización.
- Establecer los instrumentos adecuados para estructurar de forma ordenada la valoración de pacientes con dudas acerca del diagnóstico, o con evolución diferente a la esperada, por centros de referencia en estas patologías.
- Establecer normas que permitan el acompañamiento del paciente por una persona de su confianza en los servicios de urgencias hospitalarios y, en general, en el sistema sanitario.
- Proporcionar los apoyos rehabilitadores y sociales adecuados. Facilitar la información y ayuda para que puedan acceder a los recursos disponibles.



- Proporcionar una atención especial al paciente en fase avanzada y al final de la vida, así como a su familia y/o cuidadores. Identificar al paciente con SEAT (situación avanzada y Terminal evolutiva y con pronóstico de vida limitado) mediante escalas. Proporcionar atención de cuidados paliativos en su zona básica de salud, a nivel domiciliario y/o especializado y con los equipos de soporte que precisen de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado.
- Apoyar la labor de las personas que ejercen el papel de cuidadora principal, favoreciendo su capacitación, facilitando sus gestiones y previniendo y abordando su desgaste físico, emocional y el riesgo de aislamiento social. Favorecer la información, formación y cuidados de estas personas durante el proceso.
- Impulsar la participación activa de los distintos agentes e instituciones sociales en la atención y cuidado de las personas con demencia.
- Promover la captación de información procedente de las personas con demencia para la definición de los servicios (plataforma web para la captación de propuestas de usuarios/asociaciones).
- Establecer mecanismos de participación de las asociaciones de personas con demencia en las instituciones (ayuntamientos, consejerías), sociedades científicas y profesionales en la planificación y evaluación de servicios.
- Aumentar el conocimiento de la población sobre esta enfermedad. Aumentar la información disponible útil (realizar jornadas de información; elaborar información accesible desde el portal de salud).
- Favorecer la evaluación de los servicios por parte de los usuarios. Incrementar la participación del paciente en el portal de Salud, con valoración de los servicios de salud de la Comunidad.
- Disponer de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales que presten atención a las personas con demencia.
- Realizar un registro de pacientes.
- Incluir la demencia dentro de la estrategia de crónicos.

- Establecer programas de colaboración entre la Sección de Neurología del Hospital San Pedro y el CIBIR.

INDICADORES

1. Porcentaje de diagnósticos hechos en fases iniciales respecto del número total de diagnósticos.
2. Número de vías clínicas/protocolos implantados/planes de cuidados.
3. Porcentaje de pacientes con demencia institucionalizados.
4. Porcentaje de pacientes con demencia que ingresan en el hospital.
5. Porcentaje de muertes por demencia.
6. Porcentaje de pacientes que han recibido estimulación cognitiva.
7. Porcentaje de cuidadores con sobrecarga.
8. Porcentaje de pacientes con demencia cuyo motivo de ingreso es: Agotamiento familiar o sobrecarga.
9. Porcentaje de pacientes con demencia atendidos por cuidados paliativos.
10. Porcentaje de pacientes satisfechos con la atención médica especializada.
11. Número de cursos de formación en demencia incluidos en el Programa de Formación Continuada del SERIS.
12. N° de profesionales que han participado en cursos con temas relacionados con demencias.
13. Puesta en marcha de un registro de demencias.
14. Número de proyectos de investigación en demencia.



Bibliografía

1. Castellanos F, Cid M, Duque P, Zurdo M. Abordaje integral de la demencia. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2011; 35: 39-45.
2. López Pousa S. La demencia: concepto y epidemiología. En: Alberca R, López Pousa S (eds). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (3ª ed.). Madrid: Panamericana, 2006. 33-42.
3. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potencial for primary prevention of Alzheimer's disease: an análisis of population-based data. *Lancet Neurol* 2014; 13: 788-94.
4. Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la Organización Mundial de la Salud a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid, España. Abril de 2002. (Traducción en: *Rev Esp Geriatr Geront* 2002;37(S2):74-105)
5. Sloane PD, Zimmerman S, Suchindran C, Reed P, et al. The public health impact of Alzheimer's disease, 2000-2050: potential implication of treatment advances. *Annu Rev Public Health* 2002; 23: 213-231.
6. Análisis de situación de La Rioja. Población, estado de salud y determinantes. Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad. 2014.
7. Prieto C, Eimil M, López de Silanes C, Llanero M. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias 2011. Fundación española de enfermedades neurológicas.
8. Schubert CC, Boustani M, Callahan CM, Perkins AJ, Carney CP, et al. Comorbidity profile of dementia patients in primary care: are they sicker? *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54 (1): 104-9.
9. Stephan BC, Brayne C, Savva GM, Matthews FE. Occurrence of medical co-morbidity in mild cognitive impairment: implications for generalisation of MCI research. *Age Ageing* 2011; 40(4): 501-7.
10. Formiga F, Fort I, Robles MJ, Riu S, Sabartes O, Barranco E, et al. Comorbidity and clinical features in elderly patients with dementia: differences according to dementia severity. *J Nutr Health Aging* 2009; 13(5): 423-7.
11. Tschanz JT, Corcoran C, Skoog I, Khachaturian AS, Herrick J, Hayden KM, et al. Dementia: the leading predictor of death in a defined elderly population: the Cache County Study. *Neurology* 2004; 62 (7): 1156-62.
12. Evaluación preliminary del II Plan de Salud. Documento de trabajo para los grupos de redacción del III Plan. Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad. 2014.
13. Wolf JL, Boult C, Boyd C, Anderson G. Newly reported chronic conditions and onset of functional dependency. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53 (5): 851-5.
14. Smith GE, Kokmen E, O'Brien PC. Risk factors for nursing home placement in a population-based dementia cohort. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48 (5): 519-25.

15. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas de la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Disponible en: www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf.
16. Jönsson L, Wimo A. The cost of dementia in Europe: a review of the evidence, and methodological considerations. *Pharmacoeconomics* 2009; 27: 391-403.
17. Zhao Y, Kuo TC, Weir S, Kramer MS, Ash AS. Healthcare cost and utilization for Medicare beneficiaries with Alzheimer's. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:108.
18. Coduras A, Rabasa I, Frank A, Bermejo-Pareja F, López-Pousa S, López-Arrieta JM, et al. Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of Alzheimer's disease type in Spain: the ECO study. *J Alzheimers Dis.* 2010; 19 (2): 601-15.
19. Zhu CW, Sano M. Economic considerations in the management of Alzheimer's disease. *Clin Interv Aging.* 2006; 1(2): 143-54.
20. George LK, Gwyther LP. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist* 1986; 26(3): 253-9.
21. Gerorges J, Jansen S, Jackson J, Meyrieux A, Sadowska A, Selmes M. Alzheimer's disease in real life-the dementia carer's survey. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23 (5): 546-51.
22. Waite A, Bebbington P, Skelton-Robinson M, Orrell M. Social factors and depresión in carers of people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004; 19(6): 582-7.
23. Conde-Sala JL. La familia y los cuidados informales en la demencia. Diferencias entre cónyuges e hijos cuidadores. In: Alberca R, López-Pousa S, editors. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.* 4ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2010: 101-11.
24. Thomas P, Lalloue F, Preux PM, Hazif-Thomas C, Pariel S, Inscale R, et al. Dementia patients caregivers quality of life : the PIXEL study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21 (1): 50-6.
25. Menéndez M, García-Fernández C, Antón C, Calatayud MT, González S, Blázquez B: Memory loss: a reason for consultation. *Neurología* 2005; 20(8):390-4.
26. Casado I. Analisis of the reasons for visits to a neurology office in Asturias. *Neurología* 2009; 24 (5): 309-14.
27. Llanero M, Peña-Casanova J, editors. *Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones* 2009. Barcelona: Proas Science SAU, Grupo Thomson Reuters; 2009. 311-8.



CAPÍTULO

8

DIABETES



Coordinadora: Martínez de Salinas Santamaría, M^a Ángeles

Expertos/as: Adán Gil, Francisco Manuel; Blasco Muro, Nuria; Cámara Balda, Alejandro; Echeverría Cubillas, Purificación; Martínez Pascual, M^a Isabel; Revorio González, José J; Ruiz del Campo, María; Vázquez García, José Antonio; Villar García, Gonzalo

Consultora: Ruiz Nicolás, Belén



Análisis de situación

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica de elevada prevalencia que conlleva gran coste personal, social y económico. Es la primera causa de ceguera, tratamiento sustitutivo renal (diálisis/trasplante) y amputación no traumática en los países occidentales y se asocia a las enfermedades cardiovasculares como primera causa de muerte. Coexiste de forma frecuente con otros factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, la hipertensión arterial y la dislipemia.

La DM integra un grupo de enfermedades metabólicas, caracterizadas por la hiperglucemia resultante de los defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina o ambos. Esta hiperglucemia crónica se asocia a afectación micro y macrovascular con repercusión en diferentes órganos como ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Existen varios tipos de diabetes:

- La diabetes mellitus tipo 1 (DM1): caracterizada por un déficit absoluto de insulina, supone el 5-10% de la población con diabetes y el 0,3% de la población joven general. Suele aparecer de forma aguda, en la infancia o la juventud, y su tratamiento consiste en la administración permanente de insulina.
- La diabetes mellitus tipo 2 (DM2): caracterizada por un defecto relativo de insulina y aumento de la resistencia a su acción. Es el tipo más frecuente: supone el 90-95% de la población con diabetes y el 5-10% de la población adulta. Suele aparecer de forma solapada e insidiosa, por lo que puede pasar desapercibida durante largos periodos de tiempo. Está muy ligada a la edad avanzada y al sobrepeso.
- La diabetes mellitus gestacional (DMG): acontece en aproximadamente el 5% de los embarazos. Aunque suele desaparecer tras el parto, supone un mayor riesgo para el desarrollo posterior de diabetes y de enfermedad cardiovascular (ECV).
- Otros tipos de diabetes específicos.



Prevalencia de diabetes

La prevalencia de diabetes a nivel mundial estimada por la International Diabetes Federation (IDF) es del 8,3% (1). Los datos del estudio di@bet.es en España en 2011 sitúan la prevalencia de diabetes conocida en nuestro país en un 7%, similar a la prevalencia de diabetes oculta o desconocida (6.8%). (2)

La prevalencia de DM declarada en La Rioja es de un 6,68% (hombres 7.18% y en mujeres 6,21%) (3). Esto supone que en La Rioja existen 17.662 personas con diabetes conocida: 9286 hombres y 8376 mujeres. (Tabla 1)

TABLA 1. Prevalencia de DM declarada en La Rioja por sexo y edad.

DM						
EDAD	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
15-19	23	0,33	24	0,35	47	0,34
20-24	23	0,32	31	0,44	54	0,38
25-29	37	0,45	43	0,50	80	0,48
30-34	68	0,63	114	1,06	182	0,85
35-40	128	0,93	259	1,96	387	1,44
40-44	260	1,97	291	2,35	551	2,15
45-49	381	3,15	286	2,40	667	2,78
50-54	656	5,70	348	3,13	1.004	4,43
55-59	963	9,74	480	4,82	1.443	7,27
60-64	1.178	14,08	676	8,24	1.854	11,19
65-69	1.424	18,53	893	11,36	2.317	14,91
70-74	1.279	20,62	1.057	15,68	2.336	18,05
75-79	1.125	22,93	1.139	18,48	2.264	20,46
80-84	1.050	22,42	1.356	20,66	2.406	21,39
85-89	516	19,65	918	20,05	1.434	19,91
90-94	155	14,79	381	16,30	536	15,83
95-99	17	9,04	73	12,65	90	11,76
100 y más	3	10,71	7	7,37	10	8,13
	9.286	7,18	8.376	6,21	17.662	6,68

Fuente: Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja. Gobierno de La Rioja. Rlojasalud.

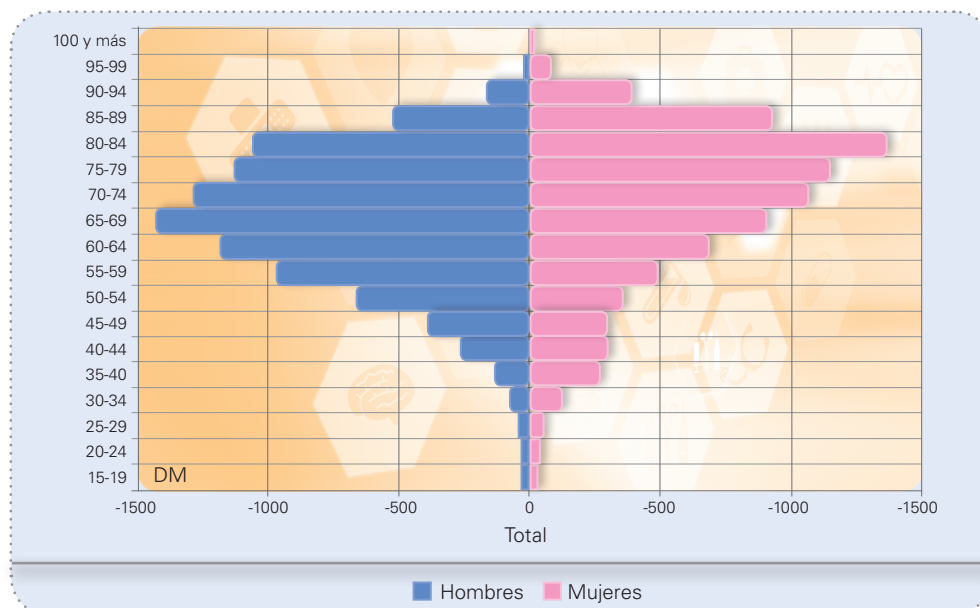
La prevalencia es mayor en hombres y aumenta de forma significativa en relación a la edad. Alcanza cifras entre el 10-15 % en la población mayor de 65 años, y el 20% si consideramos solo a los mayores de 80 años. (Figura 1 y Figura 2)

FIGURA 1. Prevalencia de Diabetes Mellitus por edad en La Rioja.



Fuente: Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja. Gobierno de La Rioja. Riojasalud.

FIGURA 2. Distribución de pacientes con diabetes por sexo y edad en La Rioja.



Fuente: Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja. Gobierno de La Rioja. Riojasalud.

Pero el mayor problema lo constituye el ritmo de crecimiento. Las previsiones para las próximas décadas debido al incremento de la obesidad, y la vida sedentaria calculan proporciones pandémicas de DM2. De ahí la importancia de actuar sobre los factores de riesgo, promoviendo estilos de vida saludables que fomenten la dieta equilibrada y la actividad física, unos de los objetivos de nuestro plan de Salud en Diabetes.

Otro aspecto a destacar es la diferencia entre la prevalencia de diabetes que declara la población (7%) y la prevalencia encontrada en el estudio epidemiológico de la diabetes en España (di@bet.es) 13,8%, siendo un 6,8% a expensas de diabetes no conocida. La DM2 tiene una prolongada fase preclínica sin síntomas y, por ello está infradiagnosticada. Esto provoca con frecuencia que, en el momento del diagnóstico, casi la mitad de los pacientes presenten una o más complicaciones de la diabetes, que conllevan una reducción de la calidad de vida y pueden producir una mortalidad prematura. Esto obliga a impulsar el despistaje de la población para un diagnóstico precoz de la enfermedad (otro objetivo prioritario en nuestro Plan de Salud en Diabetes).

La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 1 se estima en 0,2-0,3%.

Mientras que no existen intervenciones terapéuticas para la prevención de la DM1, la aparición de DM2 puede prevenirse y/o retrasarse manteniendo un peso corporal adecuado y realizando actividad física regular. (4)

El principal factor de riesgo para desarrollar DM2 es el exceso de peso (sobrepeso / obesidad). Tanto un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado como especialmente la obesidad central o abdominal se asocian a la enfermedad. Está documentado que el riesgo de padecer diabetes aumenta de forma lineal al aumentar el IMC y, en mujeres este aumento en el riesgo empieza con un IMC considerado como normal (22 kg/m²). (5)

La prevalencia de **sobrepeso** en población adulta apenas ha variado en los últimos años y es discretamente superior en nuestra comunidad respecto a la media nacional (6) (Tabla 2). Por otra parte, la prevalencia de sobrepeso en la población de 2-17 años ha observado una evolución a la baja, siendo inferior al registrado en España. (6) (Tabla 3).

TABLA 2. Prevalencia de sobrepeso en población de 18 y más años en La Rioja y España por 100 habitantes. (Porcentaje)

	2006	2009	2011
Ambos sexos			
España	37,13	37,65	36,65
La Rioja	38,84	34,57	38,13
Hombres			
España	44,65	45,53	45,14
La Rioja	44,75	42,81	49,25
Mujeres			
España	29,41	29,85	28,14
La Rioja	32,81	25,71	26,54

Fuente: INCLASNS - Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Febrero 2014

TABLA 3. Prevalencia de sobrepeso en población de 2 a 7 años en la Rioja y España. (Porcentaje)

	2006	2011
Ambos sexos		
España	18,67	18,26
La Rioja	18,7	12,42
Hombres		
España	20,19	19,46
La Rioja	22,27	16,4
Mujeres		
España	17,09	16,94
La Rioja	15,19	8,15

Fuente: INCLASNS, Febrero 2014

Respecto a la **obesidad**, la evolución de la prevalencia en la población adulta e infanto-juvenil en nuestra comunidad ha sido al alza (6) (Tabla 4 y Tabla 5). En ambas poblaciones la prevalencia es menor que la media nacional.

TABLA 4. Prevalencia de obesidad en población de 18 y más años en la Rioja y España. (Porcentaje)

	2006	2009	2011
Ambos sexos			
España	15,37	16	17,03
La Rioja	11,03	14,66	14,88
Hombres			
España	15,55	17,31	18,01
La Rioja	13,18	18,35	17,12
Mujeres			
España	15,19	14,71	16,04
La Rioja	8,83	10,68	12,54

Fuente: INCLASNS, Febrero 2014

TABLA 5. Prevalencia de obesidad en población de 2 a 7 años en la Rioja y España. (Porcentaje)

	2006	2011
Ambos sexos		
España	8,94	9,56
La Rioja	12,44	9,67
Hombres		
España	9,13	9,57
La Rioja	8,29	7,91
Mujeres		
España	8,74	9,56
La Rioja	16,51	11,55

Fuente: INCLASNS, Febrero 2014

Además de la obesidad, la inactividad física es otro de los principales factores de riesgo para la DM2. La puesta en marcha durante los últimos años de actuaciones para aumentar la realización de **actividad física** entre la población riojana se ha plasmado en una tendencia positiva en la actividad física realizada en los últimos 7 días y en una disminución del sedentarismo; en ambos casos porcentajes más favorables respecto a la media nacional. (7) (Tabla 6 y Tabla 7)

TABLA 6. Distribución porcentual realización de ejercicio físico en España y La Rioja.

	2006	2009	2011
España	60,56	87,9	84,3
La Rioja	40,67	76,8	93,1

Fuente: ENSE encuesta Nacional de Salud 2006, 2011 y EES para España 2009.

TABLA 7. Prevalencia de sedentarismo en > 15 años en España y La Rioja. Porcentaje.

	2006	2009
Ambos sexos		
España	39,44	44,44
La Rioja	59,33	32,96
Hombres		
España	36,36	38,84
La Rioja	56,66	31,48
Mujeres		
España	42,41	49,78
La Rioja	62,02	34,39

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2013

Mortalidad asociada a la diabetes

La diabetes constituye una de las principales causas de muerte en La Rioja en 2012 (8). (Vease figura 3, según la mortalidad por causa específica, sexo y comunidad autónoma, del capítulo Análisis de situación, pag.39).

Las estadísticas de mortalidad por diabetes no reflejan con fidelidad el verdadero peso de esta enfermedad en la salud de la población, ya que la mayoría de las personas con diabetes mueren por algunas de sus complicaciones crónicas (sobre todo en relación con enfermedades cardiovasculares –ECV–), y no siempre se especifica la diabetes como causa de defunción. La ECV es la principal causa de morbilidad en los individuos con diabetes. Los adultos con DM presentan un riesgo de ECV de dos a cuatro veces superior al de los que no tienen diabetes y la morbilidad y la

mortalidad por enfermedad cardiovascular en los pacientes diabéticos es dos veces en el varón y cinco veces en la mujer, superior al resto. Aproximadamente 2/3 de las personas con DM2 fallecen debido a las enfermedades cardiovasculares.

A pesar de estos datos la tasa de mortalidad ajustada por edad y prematura por DM en nuestra comunidad ha disminuido en los últimos años y es más baja respecto a la media nacional. (8) (Tabla 8 y Tabla 9)

TABLA 8. Tasa Mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus por 100.000 habitantes Menores de 75 años.

	2008	2009	2010	2011	2012
La Rioja	10,2	10,2	8,17	7,42	7
España	12,31	11,7	11,19	10,99	18,53

Fuente: Análisis de situación III Plan de Salud

TABLA 9. Tasa Mortalidad prematura por diabetes mellitus por 100.000 habitantes menores de 75 años.

	2008	2009	2010	2011
La Rioja	3,74	3,2	3,31	1,42
España	4,21	4	3,69	3,49

Fuente: Análisis de situación III Plan de Salud.

Morbilidad asociada a la diabetes

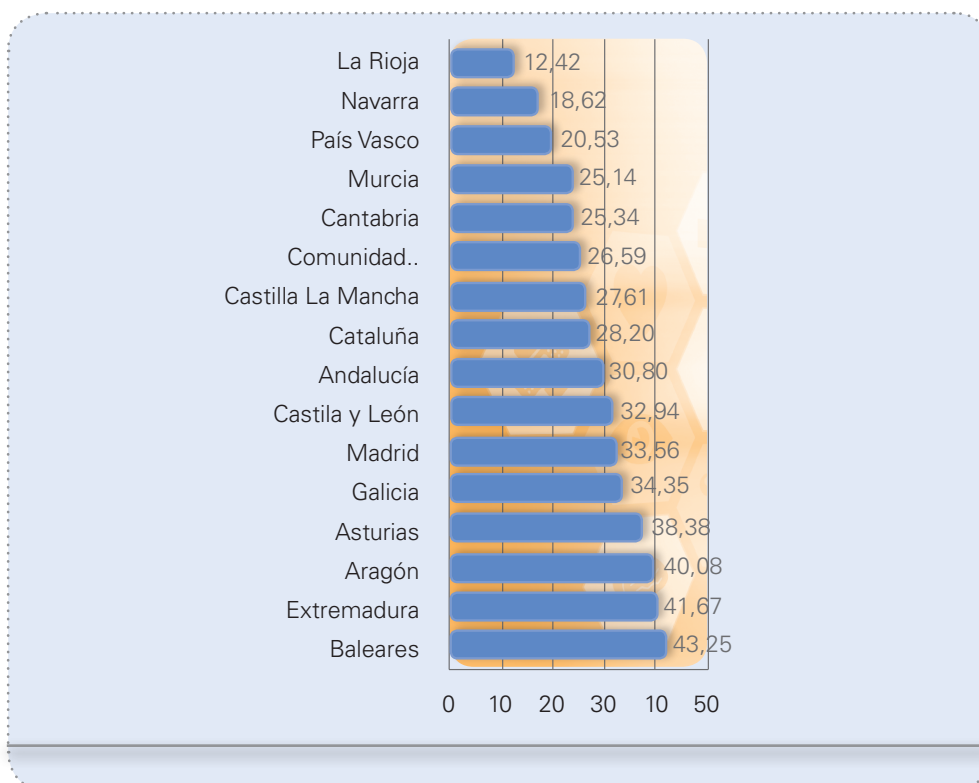
Las principales complicaciones agudas de la DM son la descompensación hiperglucémica hiperosmolar, la cetoacidosis diabética y la hipoglucemia, que conducen, en función de su gravedad, a ingreso hospitalario. (4)

Mayor importancia cobra la morbilidad por complicaciones crónicas. La DM2 se asocia con mayor número de hospitalizaciones, mayor tasa de reingresos y aumento de la duración de la estancia hospitalaria con respecto a la población no diabética, siendo las complicaciones cardiovasculares las principales responsables del incremento de la morbilidad hospitalaria.

La aparición y severidad de las principales complicaciones crónicas microvasculares (retinopatía, neuropatía y nefropatía) vienen determinadas en gran medida por el grado de control glucémico, mientras que el desarrollo de las complicaciones macrovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares y enfermedad vascular periférica) dependen principalmente de la presencia asociada de otros factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipemia, tabaquismo y obesidad). Así pues el adecuado control glucémico y del resto de factores de riesgo cardiovascular permitirá disminuir las complicaciones crónicas repercutiendo directamente en una mejor calidad de vida del paciente. (4)

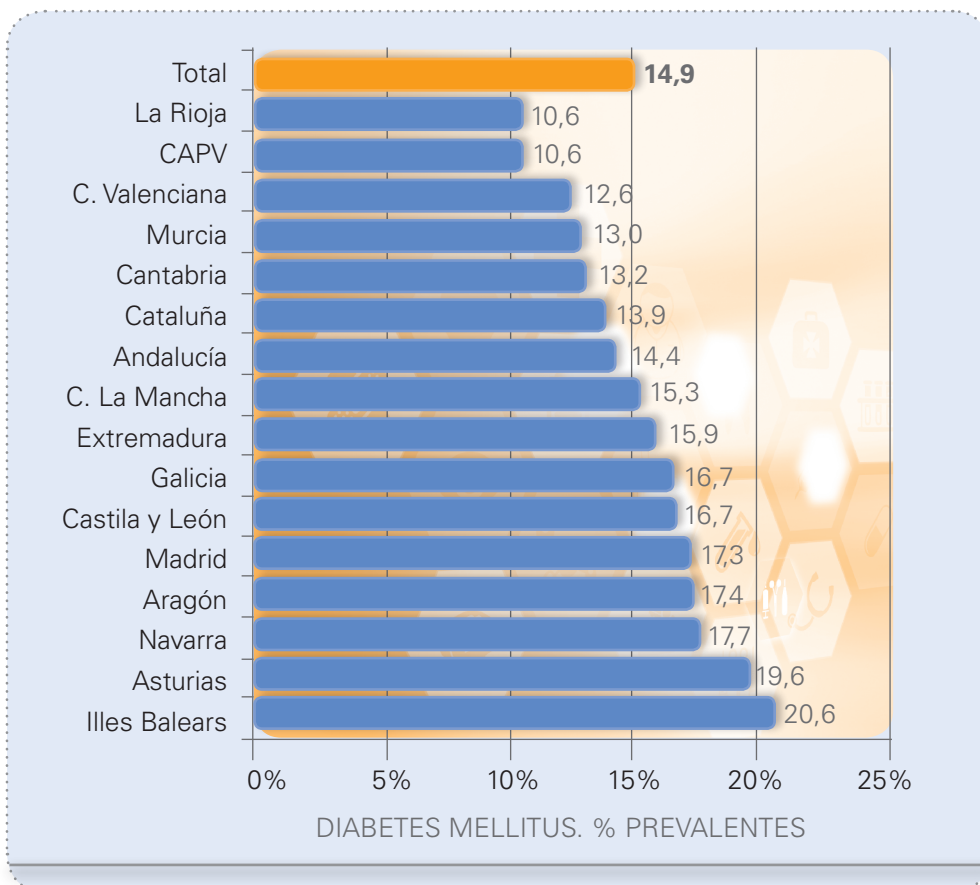
Enfermedad renal crónica terminal: La diabetes es la primera causa de tratamiento sustitutivo renal (diálisis/trasplante) en los países occidentales. La Rioja es una de las comunidades en la que menos pacientes mayores de 15 años entran en programa de diálisis por causa de la diabetes, con una incidencia y prevalencia de las más bajas de España. (9) (Figuras 4 y 5)

FIGURA 4. Incidencia de diabetes como causa de Enfermedad Renal Primaria en mayores de 15 años Informe de diálisis y trasplante. Registro Español de Enfermos Renales.



Fuente: <http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/inforreercongse2014final.pdf>

FIGURA 5. Prevalencia de diabetes como causa de Enfermedad Renal Primaria en mayores de 15 años. Informe de diálisis y trasplante. Registro Español de Enfermos Renales.



Fuente: <http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/inforreercongse2014final.pdf>

Amputaciones: El pie diabético, se define por la aparición de lesiones tisulares o ulceraciones resultado de la interacción de la neuropatía, la isquemia y la infección; debido a pequeños traumatismos que pueden llegar a amputaciones. La diabetes es la primera causa de amputación no traumática en los países occidentales.

Los últimos datos disponibles referentes a amputaciones de miembros inferiores en La Rioja muestran en 2011 una tasa de 2,25 por 1.000 personas diabéticas, con un descenso lentamente progresivo en los últimos años y siempre con valores por debajo de la media nacional. (Tabla 10)

TABLA 10. Tasa de amputaciones en miembros inferiores por cada 1.000 personas diabéticas en La Rioja y en España.

	2008	2009	2010	2011
La Rioja	2,7	2,51	2,36	2,25
España	3,15	3,19	3,03	2,9

Fuente: Análisis de situación III Plan de Salud.

Coste de la diabetes

Un estudio reciente estima que el coste **directo** total anual de la DM en España ascendió a 5.809 millones de euros, que representó el 8,2% del gasto sanitario total (del SNS). Los costes farmacológicos fueron la categoría con mayor peso sobre el coste directo total (38%), seguido por los costes hospitalarios (33%). El coste farmacológico fue de 2.232 millones de euros, donde los fármacos antidiabéticos aportaron 861 millones de euros (15%). Las tiras reactivas de automonitorización de glucemia capilar contribuyeron en 118 millones de euros (2%). El coste total de complicaciones en general fue de 2.143 millones de euros. (10)

El Sistema Público de Salud de La Rioja destina aproximadamente 4.5 millones de euros al año solo para fármacos y material fungible en la atención a la diabetes. La mayor parte de este coste corresponde a la provisión de fármacos (insulinas y antidiabéticos), sobre 3.6 millones de euros; mientras que el millón restante se destina a material fungible (tiras de glucemia capilar, jeringas, agujas,...).

No están cuantificados los costes **indirectos** de la enfermedad, es decir la carga económica que soportan las personas con diabetes y sus familias, asociado con la discapacidad y mortalidad consecuencia directa de la enfermedad o de sus complicaciones, ni los costes que suponen la pérdida de productividad laboral como consecuencia de los días laborables perdidos y la restricción de la actividad. Por todo ello, se considera imprescindible introducir estrategias y medidas para mejorar la eficiencia en el control y el tratamiento de la DM, para reducir así sus complicaciones y los enormes costes humanos y económicos asociados a la enfermedad.

Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud

A nivel nacional, el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), cuyo objetivo es promover la mejora de la calidad de nuestro sistema sanitario de patologías prevalentes, de gran carga social y económica, impulsó el desarrollo de la Estrategia en Diabetes, aprobada en el Consejo Interterritorial en Octubre de 2006. Como toda Estrategia, contiene recomendaciones de mejora consensuadas para todo el Sistema Nacional de Salud y que promueven los principios de equidad y cohesión territorial. Propone unas líneas estratégicas para la mejor atención de esta enfermedad basadas en desarrollar planes o programas de prevención y promoción de la salud, fomentar tratamientos eficaces y reforzar la investigación. Posteriormente se ha realizado una actualización de la estrategia en el año 2012 tras la evaluación llevada a cabo en 2009. (11)

Estrategia de Atención al paciente Crónico de La Rioja

Por otra parte, la diabetes es un ejemplo paradigmático de la enfermedad crónica. Tiene una larga duración, con progresión lenta y continua; asocia alta comorbilidad y muerte prematura y conlleva disminución de la calidad de vida con limitaciones funcionales y discapacidad. Ocasiona efectos económicos importantes y además su aparición puede prevenirse o retrasarse. Por todo ello, esta patología es una de las enfermedades priorizadas en la Estrategia de Atención a Crónicos que ha elaborado la Consejería de Salud y Servicios Sociales de La Rioja. (3)

Prioridades y justificación

Las propuestas incluidas en este III Plan de Salud para la Diabetes resumen las recomendaciones adaptadas a nuestra comunidad de la Estrategia en Diabetes del SNS, así como la Estrategia de Atención al paciente Crónico de La Rioja. Marca las líneas de actuación a seguir de nuestro Sistema de Salud para mejorar la calidad de vida, reducir las desigualdades y propiciar mejoras organizativas en la atención a la persona con diabetes.

De todo lo expuesto, se han planteado los siguientes objetivos generales:

1. Promoción de estilos de vida saludable y prevención de la diabetes.

Se deben priorizar las actuaciones basadas en promoción de estilo de vida saludable y prevención de la diabetes, orientadas a tratar y corregir factores de riesgo prevenibles y relacionados con los hábitos y estilos de vida, como el consumo de tabaco, una dieta poco saludable, la prevención de la obesidad y la falta de actividad física. Estas intervenciones son de bajo coste, alto impacto y basadas en la evidencia científica y la inversión en estas líneas de actuación representa un gran ahorro en términos de costes sanitarios y económicos

2. Reducir la morbi-mortalidad de los pacientes con diabetes y mejorar su calidad de vida.

La diabetes es una patología crónica que precisa de cuidados continuos y continuados a lo largo de la vida, y de la evaluación y atención de diferentes profesionales sanitarios. Para ofrecer una atención de calidad, todos los profesionales implicados deben utilizar criterios de actuación comunes, vías de comunicación y coordinación efectivas, buscando garantizar en todo momento la continuidad asistencial entre ambos niveles de salud. Para mejorar la calidad de vida de la persona con diabetes, se precisa además de un enfoque integral en todos ámbitos: sanitario, social y comunitario. (12)

La educación para la salud es esencial en el abordaje terapéutico de las personas con diabetes, ya que mejora el control metabólico, reduce las complicaciones agudas y crónicas, disminuye la ansiedad, la incertidumbre y aminora el duelo que supone el diagnóstico de una enfermedad crónica. Además reduce las hospitalizaciones y el consumo de recursos sanitarios que esta patología ocasiona. Así pues, la educación para el autocuidado resulta clave para el pronóstico y calidad de vida de las personas con diabetes. Exige la participación activa para adquirir conocimientos y habilidades que les permitan tomar decisiones sobre sus cuidados y tratamiento y fomentar la corresponsabilidad y autonomía de las personas con diabetes. (4,13)

Este Plan de Salud propone la colaboración con sociedades científicas y con las asociaciones de pacientes, que aportan un apoyo fundamental a las personas con diabetes, mejorando el conocimiento de la enfermedad y la información al resto de la población.

3. Impulsar la formación de los profesionales y fomentar la investigación.

Los constantes avances en el conocimiento de nuevos tratamientos, etiología, etc, requieren de una continua actualización de los profesionales, así como el desarrollo de líneas de investigación que permitan un mejor conocimiento de la patología que nos ocupa.

OBJETIVO GENERAL

Promoción de estilos de vida saludable y prevención de la diabetes, encaminadas a disminuir los factores de riesgo modificables más importantes como son la obesidad, el sedentarismo y la dieta poco saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil y adulta.
- Aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física.
- Promover la lactancia materna.
- Mejorar entre la población general el conocimiento sobre diabetes, los factores de riesgo implicados y su prevención.

RECOMENDACIONES

- Campañas institucionales con el objeto de informar y sensibilizar a población sobre la importancia de hábitos de alimentación saludable, de actividad física y lactancia materna. (Ver capítulo de Hábitos, estilos de vida y protección de la salud)
- Fomentar la detección sistemática de factores de riesgo para la diabetes en AP para establecer programas de prevención de la enfermedad a través de una intervención educativa intensiva
- Promover prácticas que protejan e impulsen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento en los centros de salud y hospitales.

INDICADORES

1. Prevalencia de sobrepeso.
2. Prevalencia de obesidad.
3. Prevalencia de sedentarismo.
4. Porcentaje de niños y niñas que han recibido lactancia materna durante al menos 6 meses.

OBJETIVO GENERAL

Reducir la morbi-mortalidad de los pacientes con diabetes y mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propiciar el diagnóstico precoz de DM,
- Fomentar una asistencia integrada de las personas con diabetes para mejorar el control de la enfermedad mediante la coordinación de todos los ámbitos implicados: sanitario, social y comunitario.
- Disminuir la morbilidad por complicaciones.
- Disminuir la morbimortalidad materno-fetal mediante la optimización de la atención de la diabetes gestacional (DMG).
- Ofrecer Educación Terapéutica en Diabetes (ETD) para favorecer el autocontrol a todas las personas con diabetes y/o sus cuidadores a lo largo del curso de su ciclo vital.

RECOMENDACIONES

- Fomentar la detección sistemática en Atención Primaria (AP) de los factores de riesgo para realizar cribado anual por medio de la glucemia basal.



- Favorecer la monitorización del cribado por medio de la glucemia plasmática en ayunas cada 3 años en población mayor de 45 años dentro de un programa estructurado de prevención cardiovascular.
- Impulsar la creación de un grupo interdisciplinar (Comisión Asesora) de Diabetes en nuestra Comunidad, que lleve a cabo recomendaciones actualizadas basadas en la evidencia disponible y con un seguimiento de los objetivos acordados, en la que participen profesionales sanitarios (facultativos y enfermería) de ambos niveles asistenciales (AP y AE), Administración, Salud Pública, Asociaciones de Pacientes y principales Sociedades Científicas.
- Fomentar las recomendaciones sobre control metabólico de la diabetes con objetivos de Hb A1c individualizados en función de edad, tiempo de evolución de DM y presencia de complicaciones.
- Potenciar el cumplimiento de los objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular asociados.
- Racionalizar el uso de material fungible de inyección y autocontrol (según criterios de las sociedades científicas) y establecer medidas para mejorar la accesibilidad al mismo de las personas con diabetes.
- Facilitar el acceso de todos los facultativos, con independencia del nivel asistencial donde desarrollen su labor, a todos los tratamientos antidiabéticos disponibles que hayan demostrado utilidad terapéutica.
- Impulsar la historia clínica única como instrumento de coordinación óptimo para garantizar la atención más eficiente al paciente diabético.
- Implantar una Guía de práctica clínica común en todo el Servicio Riojano de Salud, basada en la evidencia científica de guías nacionales/internacionales, adaptada a nuestra comunidad y consensuada entre los profesionales sanitarios implicados en la atención a las personas con diabetes.
- Promover la atención continuada del paciente con diabetes intra y entre niveles asistenciales, con criterios de derivación consensuados entre los niveles.
- Optimizar las estructuras organizativas para situaciones que requieran una atención rápida y ágil en relación a la diabetes como por ejemplo interconsultas no presenciales, o consultas de alta-resolución y hospital de día.

- Realizar evaluaciones continuas de la calidad asistencial al paciente diabético, diseñando las oportunas acciones de mejora.
- Fomentar una atención integral que incluya aspectos psicológicos y sociales a los sujetos con diabetes de grupos especialmente frágiles como los inmigrantes, los ancianos sin apoyo familiar y otros sujetos en riesgo de exclusión social.
- Potenciar la atención continuada de la niña y niño con diabetes entre niveles asistenciales, con especial énfasis en una adecuada transición de la población juvenil con diabetes desde los equipos pediátricos a los equipos de atención del adulto.
- Establecer mecanismos de colaboración con la Consejería de Educación para abordar la problemática del niño y adolescente con diabetes en la escuela, impulsando el desarrollo de un protocolo específico.
- Promover la integración plena de la niña y el niño con diabetes en la escuela y en otras actividades sociales (campamentos, deportes,...).
- Favorecer la detección precoz de la retinopatía, nefropatía y pie diabético, con sistemas de alerta para su solicitud en el gestor de crónicos.
- Elaborar un programa interdisciplinar de atención específica al pie diabético, en lo relativo a su prevención y manejo.
- Concienciar de la necesidad de codificar la DM en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD), en especial como diagnóstico secundario (debido a que pocas veces es primario).
- Recoger de forma homogénea datos de asistencia y prevalencia de la diabetes gestacional, recomendando la importancia de codificar el diagnóstico en la historia clínica obstétrica y en el CMBD.
- Minimizar las complicaciones materno-fetales mediante el control glucémico estricto de la diabetes durante la gestación.
- Realizar un seguimiento postparto de la diabetes gestacional, reclasificando la situación metabólica.

- Elaborar, implantar y evaluar una guía de atención a la diabetes gestacional que abarque el cribado, tratamiento gestacional y seguimiento postparto.
- Promover equipos multidisciplinares de referencia para la atención a la diabetes y embarazo compuestos por profesionales de Obstetricia, Endocrinología y Enfermería (matrón/a y educador/a).
- Diseñar e implementar un programa estructurado común de ETD para todo el Sistema Riojano de Salud, asegurando una ETD individualizada, con contenidos y formatos diferenciales en función del tipo de DM, la presencia de complicaciones, el nivel sociocultural, etc.
- Asegurar la educación diabetológica del niño, padres o tutores para garantizar el adecuado autocontrol de la diabetes infantojuvenil, que contemple la figura del educador diabetológico en pediatría.
- Dotar a las unidades de endocrinología y atención primaria de un número suficiente de profesionales con formación en ETD para dar cobertura generalizada en el sistema (al menos una persona por centro, responsable de la educación grupal y de orientar la individual).
- Adecuación de los tiempos para las intervenciones educativas, teniendo en cuenta que requieren mayor duración que otras actividades asistenciales.
- Desarrollar un registro de la actividad educativa en la historia clínica.
- Realizar una evaluación de los conocimientos adquiridos y una encuesta de satisfacción tras el programa de ETD.
- Ampliar los contenidos web sobre diabetes del portal de Riojasalud tanto para profesionales como para población general y personas con diabetes.
- Creación de materiales específicos de ETD para sujetos de otros países con barreras idiomáticas para favorecer la comprensión de la enfermedad y el autocuidado.
- Fomentar las actividades de ETD entre iguales (educación grupal).
- Intensificar la educación a personas con DM ("paciente experto"), para que, en colaboración con el profesional sanitario, adquieran destrezas que les permitan trabajar con pacientes en educación grupal (centrado sobre todo en el autocuidado de DM2).

- Potenciar la formación de profesionales docentes para mejorar la atención sanitaria a menores en el entorno educativo.
- Colaborar con las asociaciones de pacientes para fomentar las actividades de autocuidado y mejora de la calidad de vida de la población de diabetes a través de talleres, cursos, charlas, colonias y reuniones formativas.
- Organizar y realizar actividades educativas tanto en el ámbito sanitario como fuera de él (centros educativos, asociaciones de vecinos, municipios, centros de mayores, etc).

INDICADORES

5. Número de nuevos casos por año.
6. Cobertura de cribado de diabetes en > 45 años.
7. Número de actuaciones conjuntas establecidas en la Comisión Asesora.
8. Porcentaje de pacientes con diabetes entre el total de pacientes atendidos en el Área.
9. Proporción de pacientes diabéticos con al menos dos tests de Hb A1c al año.
10. Proporción de analíticas sanguíneas de pacientes diabéticos con cifras de HbA1c < 7%.
11. Proporción de analíticas sanguíneas de pacientes diabéticos con cifras de HbA1c > 9%.
12. Proporción de pacientes diabéticos fumadores.
13. Proporción de pacientes diabéticos con registro de IMC en la historia clínica al menos una vez al año.
14. Proporción de pacientes diabéticos con registro de TA en la historia clínica al menos dos veces al año.

15. Proporción de pacientes diabéticos con buen control TA (TA < 140/90).
16. Proporción de pacientes diabéticos con registro de LDL-C en la historia clínica al menos una vez al año .
17. Proporción de analíticas sanguíneas de pacientes diabéticos con cifras de Colesterol LDL < 100 mg/dl.
18. Número de centros escolares que dispongan del protocolo específico de DM1 en la escuela.
19. Porcentaje de pacientes diabéticos con registro de exploración de fondo de ojo en la historia clínica en los dos últimos años.
20. Proporción de analíticas sanguíneas de pacientes diabéticos con determinación de cociente albúmina/creatinina urinaria y filtrado glomerular en el último año.
21. Porcentaje de pacientes diabéticos con registro de exploración del pie en la historia clínica en el último año.
22. Porcentaje de altas hospitalarias en pacientes diabéticos por complicaciones agudas de su diabetes.
23. Porcentaje de pacientes con DM con vitrectomía.
24. Porcentaje de pacientes diabéticos con enfermedad renal crónica terminal.
25. Tasa de altas por amputaciones de EEII en diabéticos.
26. Tasa de hospitalización por ictus en pacientes diabéticos.
27. Tasa de hospitalización por Infarto Agudo de Miocardio en pacientes diabéticos.
28. Porcentaje de diabetes gestacional respecto a todas las gestantes.
29. Porcentaje de gestantes a las que se ha realizado cribado adecuado de diabetes Gestacional.

30. Porcentaje de macrosomías por DMG.
31. Porcentaje de pacientes con diabetes gestacional que se han realizado SOG de 75 gramos a partir de las 6 semanas postparto.
32. Porcentaje de personas con diabetes que han participado en al menos un programa de educación.
33. Proporción de centros de salud y hospitales con ETD grupal.
34. Número de centros sanitarios que tienen identificados profesionales responsables de la educación.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la formación de los profesionales y fomentar la investigación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover la formación continuada sobre DM tanto en AP como en AE.
- Fomentar la investigación epidemiológica, básica y clínica en diabetes.

RECOMENDACIONES

- Formación específica del personal de enfermería de AP en la adquisición de conocimientos y habilidades para la exploración neurológica y vascular del pie diabético.
- Desarrollar programas de formación acreditada sobre ETD para personal de enfermería de AP, Endocrinología y Pediatría incidiendo en habilidades de comunicación y motivación, que favorezcan la modificación de actitudes y hábitos.
- Impulsar la realización de talleres formativos en diabetes de áreas comunes a AP y AE, como punto de encuentro para unificar criterios de tratamiento y seguimiento de los pacientes.



- Formación específica de los profesionales de la salud sobre la atención a sujetos inmigrantes y en las diferencias culturales que afecten al cuidado de la diabetes.
- Promover la implantación de los avances en las investigaciones en DM en la práctica clínica.
- Favorecer la creación de equipos multidisciplinares de investigación en DM que permita una integración funcional y efectiva entre investigadores y labores investigadoras.

INDICADORES

- 35.** Número de profesionales formados en cursos acreditados de formación continuada sobre DM tanto en AP como AE.
- 36.** Número de actividades de formación específica para profesionales realizadas sobre metodología educativa para impartir educación terapéutica a los pacientes.
- 37.** Número de proyectos de investigación sobre diabetes donde existe colaboración entre Atención Primaria y Especializada.

Bibliografía

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, Fifth Edition, Brussels, Belgium: International Diabetes Federation 2011. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas3>
2. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia* 2011; 55 (1): 88-93
3. Estrategia de atención al paciente crónico de la Rioja. Gobierno de La Rioja. 2014
4. *Diabetes Care* 2015; 38 (suppl. 1)
5. Royo Bordonada M.A. Nutrición en Salud Pública. ISCIII, ENS, MSC. Madrid. ISBN: 978-84-95463-36-4. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/publicaciones/documentos/Nutricion_en_SP.pdf
6. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclanSNS_DB.htm
7. Encuesta Europea de Salud en España 2009 (EES09). Disponible en: <http://www.mpsi.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>
8. Principales características demográficas de La Rioja: 2013. Logroño: Instituto de Estadística de La Rioja 2014. http://www.larioja.org/npRioja/cache/documents/839296_Caracteristicas_demograficas_de_La_Rioja_2013_version_completa.pdf;jsessionid=A2142F4706A6742C90993E619668A467.jvm1
9. Sociedad Española de Nefrología. Registro Español de Enfermos Renales Informe de diálisis y trasplante. <http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/inforreercongsen2014final.pdf>
10. Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, López-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes) *Av Diabetol.* 2013;29(6):182--189
11. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud . Actualización 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.sediabetes.org/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf
12. Pihoker C, Forsander G, Fantahun B, Virmani A, Luo X, Hallman M, Wolfsdorf J, Maahs DM. The delivery of ambulatory diabetes care .Published in *Pediatric Diabetes* 2014: 15(Suppl. 20): 86-101.
13. Lange K, Swift P, Pankowska E, Danne T. Diabetes education. Published in *Pediatric Diabetes* 2014: 15(Suppl. 20): 77-85



Análisis de situación

La Organización Mundial de la Salud define la Discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. (1)

Siendo, las deficiencias, los problemas que afectan a una estructura o función corporal, que equivale al término deficiencia de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) de 1980 (2).

Siendo, las limitaciones de la actividad, las dificultades para ejecutar acciones o tareas, que equivale al término discapacidad de la CIDDDM de 1980.

Siendo, las restricciones de la participación, los problemas para participar en situaciones vitales, que equivale al término minusvalía de la CIDDDM de 1980.

Siendo, las barreras, todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad.

Estas barreras pueden incluir aspectos como, un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad, y también la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

La discapacidad, es por tanto, un fenómeno complejo que refleja la interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Así la OMS anima a los usuarios a que utilicen estas dos clasificaciones internacionales, la CIE-10 y la CIDDDM-2, conjuntamente, siempre que sea apropiado, ya que son complementarias (3). La CIE-10 proporciona un “diagnóstico” de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, información que se ve enriquecida por la que aporta la CIDDDM-2 sobre el funcionamiento. Todo ello nos proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas, lo cual facilita la toma de decisiones.



Importancia de la discapacidad

Según el Informe mundial sobre la discapacidad (junio de 2011) más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad. De ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. (4)

En España, tal y como aparece en el documento “Estrategia Española Sobre Discapacidad 2012-2020” que toma como fuente el estudio edad 2008, más de 3.8 millones de personas declaran tener alguna discapacidad lo que supone el 8,5% de la población española. (5) (6).

Para La Rioja, el mismo documento(5) señala que, en el año 2008, 20.924 personas declaran tener alguna discapacidad, lo que supone únicamente el 6% de la población, lo que nos convierte en la comunidad con menor proporción relativa de personas con discapacidad.

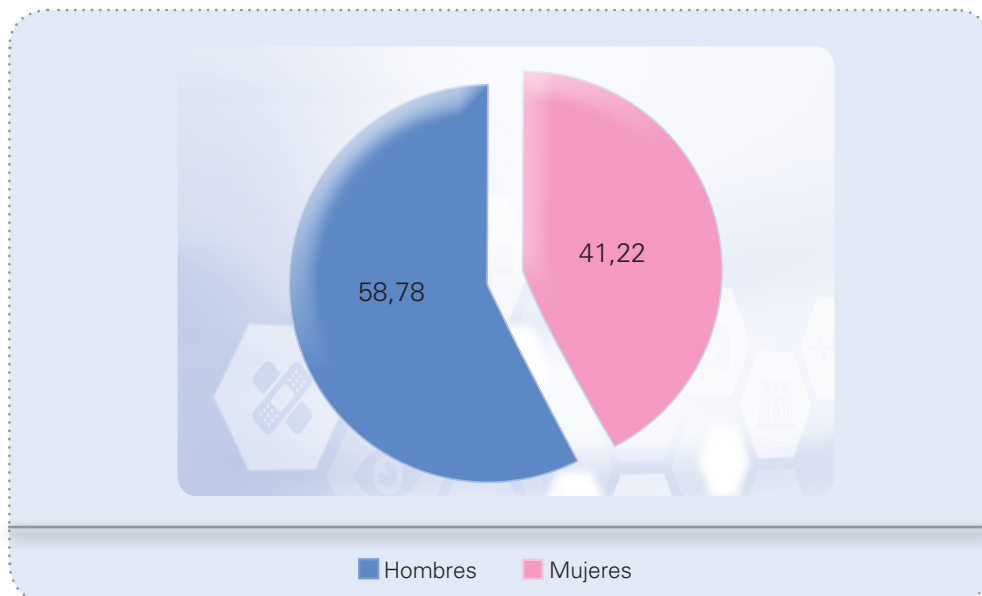
En La Rioja el número total de población reconocida con discapacidad, a 1 de enero de 2014, es de 18.049, lo que representa el 5,60% de la población riojana (extraída de la población total de La Rioja según el padrón de 2013), de los que 10.611 (6,63%) son hombres y 7.438 (4,60%) son mujeres. Siendo por tanto un 58,79% del total de discapacitados hombres y las mujeres el 41,21%, lo que supone una relación hombre/mujer de 1,4. (7) (8)

TABLA 1. Población con discapacidad reconocida en La Rioja respecto al total de la población riojana. (“La población con discapacidad en La Rioja 2013” pagina 21.) (Modificada).

Población de La Rioja	Población en La Rioja con discapacidad reconocida (1/1/2014)		Población total según el padrón de 2013	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
Hombres	10.611	6,63%	160.159	49,73%
Mujeres	7.438	4,60%	161.868	50,27%
Total	18.049	5,60%	322.027	100%

Fuente: “La población con discapacidad en La Rioja 2013” (Modificada)

FIGURA 1. Porcentaje de población con discapacidad reconocida en La Rioja según sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de "La población con discapacidad en La Rioja 2013"

La distribución por edades de la población con discapacidad reconocida es la que sigue: (7)

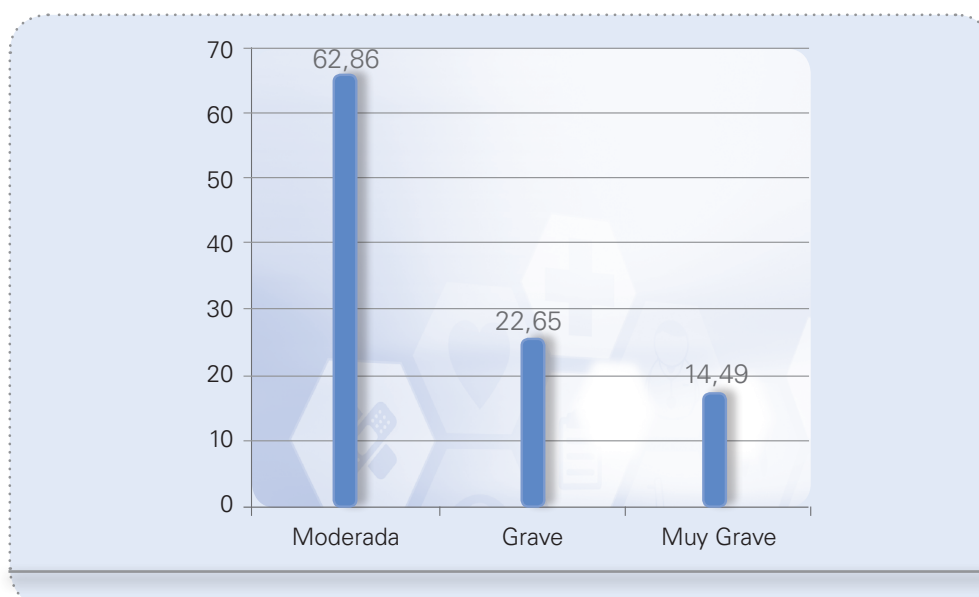
- Los menores y jóvenes de 0 a 17 años representan el 4,40% del total de población con discapacidad reconocida y el 1,41% del total poblacional de este grupo de edad (56.505 personas).
- La población adulta de 18 a 64 años supone el 54,07% del total de población con discapacidad reconocida y el 4,77% del total poblacional de este grupo de edad (204.535 personas).
- Las personas mayores de 65 años con discapacidad reconocida son el 41,53% del total de población con discapacidad reconocida y el 12,29% del total de mayores riojanos (60.987 personas).

La minusvalía reconocida (a partir del 33%) se clasifica en tres grupos:(7)

- **Moderado:** personas con un grado de minusvalía entre el 33 y el 64% (ambos incluidos). Donde se incluyen el 62,86% de la población de la Rioja con minusvalía reconocida.

- **Grave:** personas con un grado de minusvalía entre el 65 y el 74% (ambos incluidos). Donde se incluyen el 22,65% de la población de la Rioja con minusvalía reconocida.
- **Muy grave:** personas con un grado de minusvalía igual o superior al 75%. Donde se incluyen el 14,49% de la población de la Rioja con minusvalía reconocida.

FIGURA 2. Población con discapacidad reconocida en La Rioja según el grado de discapacidad. (Porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir de "La población con discapacidad en La Rioja 2013".

Debido al envejecimiento y al aumento a nivel mundial de las enfermedades crónicas, se prevé un aumento en los próximos años de la prevalencia de la discapacidad. Así en La Rioja hemos pasado de 16.378 reconocidas con discapacidad a 1 de enero de 2006, frente a las 18.049 reconocidas a 1 de enero de 2014.

FIGURA 3. Personas con reconocimiento de discapacidad en La Rioja.



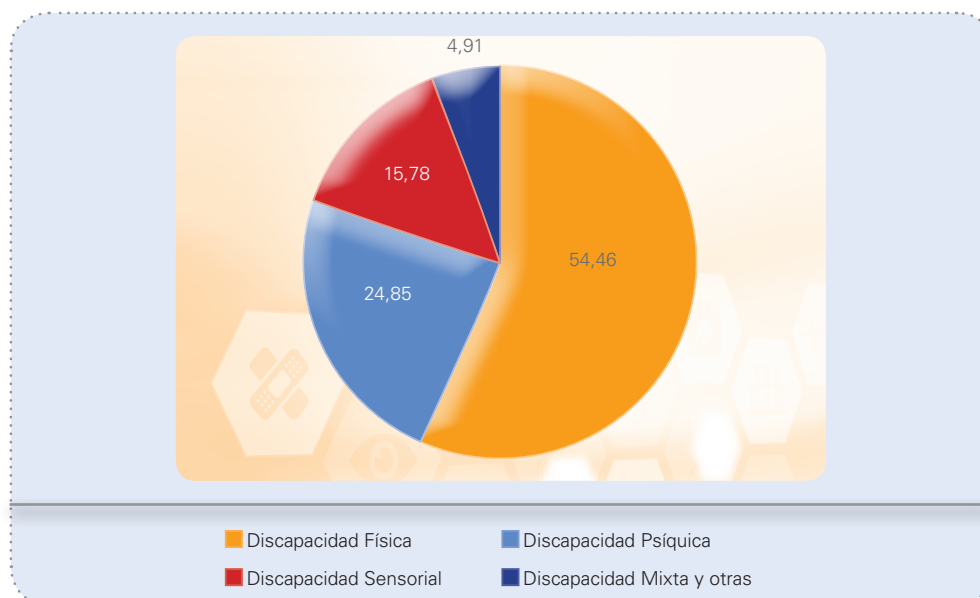
Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos de "Personas con reconocimiento de discapacidad" "Consejería de salud y Servicios Sociales de La Rioja".

Clasificación de las deficiencias

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)(1) describe diez tipos, que en muchas ocasiones se relacionan entre sí, pudiendo sufrir, una misma persona, varias de forma simultánea, pero todas ellas, se pueden agrupar en cuatro grandes bloques, que en La Rioja se distribuyen de la siguiente forma: (7)

- Discapacidad física: osteomuscular, neuromuscular, crónica (54,46%).
- Discapacidad psíquica: retraso mental y trastorno mental (24,85%).
- Discapacidad sensorial: visuales, auditivas, expresivas (15,78%).
- Mixta y otras (4,91%)

FIGURA 4. Porcentaje de población con discapacidad reconocida en La Rioja según causa principal.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos "La población con discapacidad en La Rioja 2013."

Prioridades y justificación

En el momento actual, se están desarrollando, a diferentes niveles (nacionales, autonómicos, supranacionales), distintos Planes de mejora de la atención a la discapacidad, tanto en el ámbito sanitario, como fuera de él. (5)

En este Plan nos centramos fundamentalmente en la discapacidad física, ya que es esta, la que en nuestro ámbito de actuación, el sanitario, mayor volumen de recursos demanda, siendo además la que mayor prevalencia representa respecto al total de la discapacidad reconocida en La Rioja con un 54,46% de los casos.(7) Todo ello sin olvidar el resto de causas de discapacidad, no solo por poder confluir dentro de una misma persona, sino por poder ser objeto de mejora dentro de nuestra área de actuación.

Las personas que padecen discapacidad están expuestas a una disminución de su salud y a un mayor deterioro inespecífico, que no implica enfermedad, pero que debe ser detectado y atendido. Y para ello se ha de fomentar los cribados de búsqueda activa de casos detectando los problemas de salud que ocasionan el deterioro inespecífico y suelen estar relacionados con la alimentación, la hidratación, las infecciones, el control de los esfínteres y la desconexión con el medio.

Como el deterioro inespecífico es parte nuclear de otros capítulos de este Plan de Salud, en este capítulo tenemos en cuenta sus repercusiones sobre la discapacidad pero no se trata como un punto concreto del mismo.

Dentro de las dificultades a la hora de afrontar la atención a la discapacidad aparece la gran cantidad de actores implicados en su gestión que abarcan desde salud (tanto atención primaria como atención especializada), servicios sociales y educación entre otros. Por lo que se ha de priorizar la creación de sistemas de coordinación entre los diversos ámbitos de la atención a la discapacidad, así como la potenciación de los ya existentes. (9)

Cuando afrontamos el tema de la discapacidad, una pregunta que nos hacemos de forma recurrente es cuantos casos se producen por causas que son evitables, bien, mediante la supresión del agente causal, o bien mediante el diagnóstico precoz de la enfermedad discapacitante, tanto de causa adquirida como de causa congénita (potenciando los nuevos campos abiertos por el diagnóstico genético). (10)

Para ello hemos de generar y mantener programas que sean capaces de prevenir, y si esto no es posible, detectar de la forma más precoz posible, las enfermedades potencialmente más discapacitantes, y por ende, detectar de forma más precoz los casos de discapacidad.

El diagnóstico precoz de las enfermedades discapacitantes, bien sean por su elevada prevalencia o por el grave nivel de discapacidad que ocasionan, y la puesta en marcha de las medidas terapéuticas adecuadas, van a incidir de forma favorable en la evolución de la enfermedad reduciendo las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación de la persona afecta. (10) (11)

Una vez instaurada la discapacidad hemos de reducir su impacto en todo lo posible, mediante la supresión de barreras y la mejora en la calidad de la atención sanitaria, mediante la potenciación de los programas de rehabilitación, tanto los de carácter general, como los específicos para las patologías más discapacitantes. (11)

Otros puntos, a los que con anterioridad ya se han hecho referencia, pero que es fundamental incidir en ellos, son: la mejora en la calidad asistencial de la atención a la discapacidad, y la mejora en la coordinación entre los distintos actores implicados en la valoración y tratamiento de la discapacidad, que incluyen tanto un aumento en la coordinación dentro del ámbito sanitario, entre los niveles de atención primaria y de atención especializada, y de este ámbito sanitario, con el extra sanitario (servicios sociales, educación, asociaciones de pacientes, etc.). (12)



Así mismo, hemos de tratar la discapacidad, no solo como un fenómeno general, sino que, además debemos conocer los aspectos específicos de la discapacidad, y de las personas afectas de la misma, y de cómo estos aspectos interfieren en la interrelación con la sociedad en la que nos desenvolvemos. Este conocimiento lo que nos va a permitir es abrir nuevos campos de investigación, nuevas áreas de mejora, nuevos datos a divulgar y, finalmente, nuevas líneas de actuación para futuros planes de mejora en la atención a la discapacidad.

OBJETIVO GENERAL

Conocer aspectos específicos de la salud de la población con discapacidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la inclusión de datos relativos a la discapacidad en los sistemas de información sanitaria en todos los grupos de edad.
- Fomentar la recogida de factores de riesgo de discapacidad.
- Conocer aspectos subjetivos propios de la persona discapacitada.

RECOMENDACIONES

- Crear un grupo de trabajo para establecer criterios de discapacidad desde la óptica de salud y en relación con nuestro entorno.
- Elaborar un registro de las personas con discapacidad.
- Elaborar un formulario propio de discapacidad.
- Realizar encuesta a personas con discapacidad para conocer datos sobre su propia percepción, y de cómo le afecta respecto al entorno.

INDICADORES

1. Número de personas con discapacidad registradas en el sistema de salud.

2. Porcentaje de personas discapacitadas a las que se les ha rellenado el formulario de discapacidad.
3. Porcentaje de encuestas de autopercepción realizadas respecto al número total de discapacitados.
4. Porcentaje de personas con discapacidad registradas en el sistema de salud respecto al total de la población (Indicador de general de resultado).

TABLA 2. Objetivo general 1: Conocer aspectos específicos de la salud de la población con discapacidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO	RECOMENDACION	INDICADOR
Fomentar la inclusión de datos relativos a la discapacidad en los sistemas de información sanitaria en todos los grupos de edad	Crear un grupo de trabajo para establecer criterios de discapacidad desde la óptica de salud y en relación con nuestro entorno.	% de personas con discapacidad registradas en el sistema de salud respecto al total de la población. (Indicador de general de resultado).
Fomentar la recogida de factores de riesgo de discapacidad.	Elaborar un registro de las personas con discapacidad.	Nº de personas con discapacidad registradas en el sistema de salud.
Conocer aspectos subjetivos propios de la persona discapacitada.	Elaborar un registro de las personas con discapacidad.	% de personas discapacitadas a las que se les ha rellenado el formulario de discapacidad/ Nº de personas discapacitadas registradas en salud.
	Realizar encuesta a personas con discapacidad para conocer datos sobre su propia percepción, y de cómo le afecta respecto al entorno.	% de encuestas de autopercepción realizadas respecto al número total de discapacitados.

OBJETIVO GENERAL

Garantizar la prevención, detección y diagnóstico precoz a las personas con discapacidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantenimiento, mejora y puesta en marcha de los programas de prevención primaria y detección precoz de deficiencias.

- Mantenimiento y puesta en marcha de programas de prevención secundaria ante la situación de discapacidad establecida.
- Desarrollar un programa de prevención de la salud específico de atención al discapacitado sin enfermedad desde atención primaria para aumentar su salud, reducir el riesgo de deterioro inespecífico y reducir el número de ingresos hospitalarios.

RECOMENDACIONES

- Seguimiento con intervención precoz de niños con riesgo biológico y/o social, mediante su incorporación en programas de Atención Temprana. (10)
- Divulgación del calendario del desarrollo infantil a profesionales y padres.(13)
- Puesta en marcha de asesoramiento genético vinculado a la discapacidad incluyendo la detección de portadores de enfermedad hereditaria.
- Establecer criterios para la detección de los problemas de salud del discapacitado sin enfermedad desde el ámbito de la Atención Primaria.
- Elaboración y puesta en marcha de campañas de promoción y prevención de la salud (escuela de espalda(14) (15) (16), plagiocefalia, ...).
- Colaboración de la Dirección General de Salud Pública y Consumo en el desarrollo de campañas de prevención de accidentes domésticos, de tráfico, de trabajo, en los centros educativos etc, en población sin discapacidad.
- Colaboración de la Dirección General de Salud Pública y Consumo en el desarrollo de campañas para la prevención de accidentes, para la detección y abordaje de la violencia doméstica desde el sistema sanitario y para la prevención de abusos y malos tratos, todo ello en personas con discapacidad.
- Implantar criterios de inclusión en programas de atención domiciliaria al paciente discapacitado.

INDICADORES

5. Número de niños atendidos en Atención Temprana en programa de seguimiento y tratamiento.
6. Porcentaje de niños en riesgo biológico y social respecto al total de niños atendidos en Atención temprana.
7. Número de casos índice detectados en el asesoramiento genético al año.
8. Número de campañas de promoción y prevención de salud realizadas al año.
9. Número de plagiocefalias detectadas antes y después de la campaña de prevención.
10. Número de consultas en Atención Primaria realizadas antes y después de la Escuela de espalda.
11. Número de campañas de prevención secundaria realizadas por año.
12. Número de personas con discapacidad que acceden al programa de atención domiciliaria respecto al total de personas con discapacidad registradas en salud.
13. Número de consultas solicitadas por las personas con discapacidad al programa de atención domiciliaria respecto al total de personas discapacitadas incluidas en el programa de atención domiciliaria por año (indicador general de resultado).
14. Número de ingresos hospitalarios en el paciente discapacitado.
15. Índice de mortalidad del discapacitado respecto al total de discapacitados registrados.

TABLA 3. Objetivo general 2: Garantizar la prevención, detección y diagnóstico precoz a las personas con discapacidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO	RECOMENDACION	INDICADOR
Fomentar la inclusión de datos relativos a la discapacidad en los sistemas de información sanitaria en todos los grupos de edad Fomentar la recogida de factores de riesgo de discapacidad. Conocer aspectos subjetivos propios de la persona discapacitada. Fomentar la recogida de factores de riesgo de discapacidad.	Seguimiento con intervención precoz en de niños con riesgo biológico y/o social, mediante su incorporación en programas de Atención Temprana.	Nº de niños atendidos en A. Temprana en programa de seguimiento y tratamiento % de niños en riesgo biológico y social respecto total de niños en A. temprana
	Divulgación del calendario del desarrollo infantil a padres y profesionales.	
	Puesta en marcha de asesoramiento genético vinculado a la discapacidad	Nº de casos detectados en el asesoramiento genético al año
	Elaboración y puesta en marcha de campañas de promoción y prevención de la salud (escuela de espalda, plagiocefalia, ...)	Nº de plagiocefalias detectadas antes y después de la campaña de prevención Nº de consultas en A. Primaria realizadas antes y después de la Escuela de espalda
	Colaboración de la D.G.S.P. y C. en el desarrollo de campañas de prevención de accidentes domésticos, de tráfico, de trabajo, en los centros educativos etc, en población sin discapacidad	Nº de campañas de promoción y prevención de salud realizadas al año
Mantenimiento y puesta en marcha de programas de prevención secundaria ante la situación de discapacidad establecida.	Colaboración de la D.G.S.P. y C. en el desarrollo de campañas de prevención de accidentes, de detección y abordaje de la violencia doméstica desde el sistema sanitario y para la prevención de abusos y malos tratos, todo ello en personas con discapacidad.	Nº de campañas de prevención secundaria realizadas por año
Desarrollar un programa de prevención de la salud específico de atención al discapacitado sin enfermedad desde A.P.	Establecer criterios para la detección de problemas de salud del discapacitado desde el ámbito de la A. Primaria.	Nº de discapacitados que acceden a atención domiciliaria respecto al total de discapacitados registradas en salud.
	Implantar criterios de inclusión en programas de atención domiciliaria al paciente discapacitado.	Nº de consultas solicitadas por el discapacitado al programa de A. domiciliaria respecto al total de discapacitados incluidas en el programa de A. domiciliaria x año. (indicador general de resultado). Nº de ingresos hospitalarios en el paciente discapacitado Índice de mortalidad del discapacitado respecto al total de discapacitados registrados.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el tratamiento y la calidad de la asistencia sanitaria al discapacitado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la puesta en marcha y mejora de programas de rehabilitación funcional encaminados a minimizar las consecuencias de la discapacidad, así como, favorecer la autonomía e independencia del paciente.(11)
- Mejorar en el seguimiento del niño discapacitado en la transición a la adolescencia y la edad adulta, asegurando la continuidad de la atención.
- Garantizar la accesibilidad y la adecuada adaptación a las ayudas técnicas.(17)
- Formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios y de otros ámbitos relacionados en aspectos referentes a la discapacidad.
- Informar sobre los recursos disponibles a los profesionales sanitarios, pacientes y familiares .
- Protocolizar la derivación del paciente con discapacidad tanto entre los distintos ámbitos de salud (especializada y primaria), como desde el Servicio de Salud a Servicios Sociales o Educación, desarrollando programas de coordinación entre distintas instituciones para facilitar la accesibilidad a los distintos recursos.(18)

RECOMENDACIONES

- Puesta en marcha de programa integral de rehabilitación respiratoria (evidencia científica A en aumento de calidad de vida y en reducción de del uso de recursos sanitarios). (19)
- Introducir mejoras en el programa de tratamiento del ICTUS cerebral. (Este punto está desarrollado en el capítulo de enfermedades cerebrovasculares de este plan de salud).

- Mejorar la accesibilidad a los programas de rehabilitación ya existentes tanto generales (lesiones traumáticas, desacondicionamiento, enfermedades neurológicas,...) como a los programas específicos (linfedema, suelo pélvico, rehabilitación infantil...).(18)
- Diseñar protocolos de transición del niño discapacitado desde los servicios pediatría a los servicios de adultos.
- Promover la actualización del catálogo de prestaciones ortoprotésicas.(18)
- Informar al profesional de las ayudas técnicas disponibles.(20)
- Asegurar la adecuada adaptación de las prótesis y ayudas técnicas mediante la correcta supervisión.
- Fomentar la instauración de un servicio de préstamo de material ortoprotésico.
- Proponer a los responsables de formación la impartición de cursos referentes a discapacidad.
- Elaboración y divulgación de un documento informativo acerca de la discapacidad y los recursos sanitarios y sociales disponibles (públicos y privados), tanto para profesionales como pacientes, incluyendo además las asociaciones de enfermos existentes en La Rioja.
- Establecer profesionales sanitarios de referencia en el campo de la discapacidad
- Desarrollo y puesta en marcha de protocolo de derivación del paciente entre los distintos ámbitos.
- Promover la revisión coordinada con terapeutas de otros centros (escolares, asociaciones,..)
- Desarrollar un formato de informe médico único para cumplimentar y atender a la persona con discapacidad, incluyendo escalas de valoración consensuadas (Índice de Barthel, FIM, Índice de KATZ...) que permita la continuidad asistencial, estableciendo criterios comunes en la asistencia. (21)

INDICADORES

16. Porcentaje de pacientes afectados de EPOC en grado moderado-severo que han accedido al programa de rehabilitación respiratoria respecto al total de pacientes EPOC en dicho grado.
17. Número de ingresos hospitalarios por reagudización del EPOC.
18. Días de demora en el acceso a tratamientos de Rehabilitación.
19. Porcentaje de discapacitados adolescentes (entre 15 y 20 años) en seguimiento en Atención Primaria respecto a los que fueron detectados entre los 0-6 años.
20. Porcentaje de profesionales (médicos, enfermeras...) que han recibido información relativa a las ayudas técnicas respecto al total de profesionales.
21. Número de documentos elaborados y campañas formativas realizadas.
22. Porcentaje de mejora en el conocimiento de los recursos disponibles en la comunidad por los profesionales relacionados con la discapacidad antes y después de la campaña de divulgación.
23. Número de profesionales de referencia establecidos.
24. Número de protocolos implantados.

TABLA 4. Objetivo general 3: Mejorar el tratamiento y la calidad de la asistencia sanitaria al discapacitado.

OBJETIVO ESPECÍFICO	RECOMENDACION	INDICADOR
Fomentar la puesta en marcha y mejora de programas de RHB funcional encaminados a minimizar las consecuencias de la discapacidad, así como, favorecer la autonomía e independencia del paciente.	Puesta en marcha de programa integral de rehabilitación respiratoria (evidencia científica A)	% de pacientes con EPOC moderado-severo que acceden al programa de RHB respiratoria respecto al total. Nº de ingresos hospitalarios por reagudización del EPOC
	Mejoras en el programa de tratamiento del ICTUS cerebral. Mejorar la accesibilidad a los programas de rehabilitación generales y específicos	Días de demora en el acceso a tratamientos de Rehabilitación
Mejorar en el seguimiento del niño discapacitado en la transición a la adolescencia y la edad adulta, asegurando la continuidad de la atención.	Diseñar protocolos de transición del niño discapacitado desde los servicios pediatría a los servicios de adultos.	% de discapacitados adolescentes (entre 15 y 20 años) en seguimiento en A. primaria respecto a los detectados entre los 0-6 años.
Garantizar la accesibilidad y la adecuada adaptación a las ayudas técnicas.	Promover la actualización del catálogo de prestaciones ortoprotésicas. Informar de las ayudas técnicas disponibles. Asegurar adecuada adaptación de prótesis y A. técnicas mediante supervisión. Fomentar la instauración de un servicio de préstamo de material ortoprotésico.	% de profesionales que han recibido información ayudas técnicas respecto al total de profesionales. Número de documentos elaborados y campañas formativas realizadas
Formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios y de otros ámbitos relacionados en aspectos referentes a la discapacidad	Proponer a los responsables de formación la impartición de cursos referentes a discapacidad.	
Informar sobre los recursos disponibles a los profesionales sanitarios, pacientes y familiares	Elaboración y divulgación de un documento informativo sobre discapacidad y recursos disponibles, tanto para profesionales como pacientes, Establecer profesionales sanitarios de referencia en el campo de la discapacidad	% de mejora en conocimiento de los recursos disponibles por los profesionales relacionados con la discapacidad antes y después de la campaña de divulgación. Nº de profesionales de referencia establecidos
Protocolizar la derivación del paciente con discapacidad tanto entre los distintos ámbitos de Salud, así como desde el Servicio de Salud a Servicios Sociales o Educación, desarrollando programas de coordinación interinstitucional para facilitar la accesibilidad a los distintos recursos.(18)	Desarrollo y puesta en marcha de protocolo de derivación del paciente entre los distintos ámbitos. Promover la revisión coordinada con terapeutas de otros centros. Desarrollar un formato de informe médico único de atención al discapacitado, incluyendo escalas de valoración consensuadas	Nº de protocolos implantados

Bibliografía

- 1.- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIDDM-2(OMS 2001).
- 2.- Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDM. (OMS 1980)
- 3.- Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, Décima Revisión, Vols. 1-3. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992-1994.
- 4.- Informe mundial sobre la discapacidad 2011 (OMS 2011)
- 5.- Estrategia Española Sobre Discapacidad 2012-2020(Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad: <https://www.msssi.gob.es>)
- 6.- Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situación de dependencia (EDAD). Año 2008.
- 7.- La Población con discapacidad en La Rioja 2013. Análisis estadístico de las personas con discapacidad reconocida. Gobierno de La Rioja. 2014
- 8.- Padrón de La Rioja 2013. Indicadores básicos de La Rioja. Gobierno de La Rioja. (www.larioja.org)
- 9.- III Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas con Discapacidad 2007-2010. Gobierno de La Rioja 2007 (www.larioja.org)
- 10.- Libro Blanco de la Atención Temprana: Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT): Editorial Real Patronato sobre Discapacidad 2005. Pag 14-15
- 11.- Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: 13 de Diciembre de 2006. Ratificada por España. Artículo 26: Habilitación y Rehabilitación.
- 12.- European Agency for Development in Special Needs Education. Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones, 2005. Documento completo en <http://www.europeanagency.org/eci/eci.html>.
- 13.- Guía del desarrollo desde el nacimiento hasta los 6 años. GAT (Federación Estatal de profesionales de Atención Temprana) Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales
- 14.- B.M. Ferrer Gonzalez, J. Rodriguez Garcia, L. Gomez linares y T. Ibañez Campos "Impacto de la escuela de espalda para lumbalgia crónica en el consumo de recursos sanitarios": Revista "Rehabilitación" (Madr) 2013; Vol 47:pag 76-81.
- 15.- Marhold C, Linton SJ, Melin L. "A Cognitive-behavioral return-to work program: effects on pain patients with a history of long term versus short-term sick leave". Pain 2001; 91:155-163
- 16.- Linton S, Andersson T. "Can chronic disability be prevented? A randomized trial



- of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain". Spine. 2000; 5:2825-31
- 17.- Ley General de Sanidad: Ley 16/2003 BOE N°128 pag 20567-20588. Capítulo I art 17: Prestaciones ortoprotésicas
- 18.- Plan integral de salud para personas con discapacidad. CERMI 2004. (Comité español de representantes de personas con discapacidad).
- 19.- I. Sanchez Blanco, A. Ferrero Méndez, JJ Aguilar Naranjo, J.M. Climent Barberá, J.A. Conejero, M.T. Florez Garcia, A. Peña Arrebola. R. Zambudio Periago." Rehabilitación respiratoria" Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. Capítulo 66 Pag 741-756
- 20.- Catálogo de Ayudas Técnicas del CEAPAT. Disponible en el Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas: disponible en: www.ceapat.org
- 21.- I. Sanchez Blanco, A. Ferrero Méndez, JJ Aguilar Naranjo, J.M. Climent Barberá, J.A. Conejero, M.T. Florez Garcia, A. Peña Arrebola. R. Zambudio Periago. "La medida de salud en Rehabilitación. La medida de la función". Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. Capítulo 3.3.PAg 49-53



CAPÍTULO

10

ENVEJECIMIENTO



Coordinador: Jesús Pérez, Muñoz

Expertos/as: Bujanda Chasco, Cecilia; de Pablo Chinchetru, Rita; Delpón Ormaechea, Begoña; Gil de Gómez Barragán, Josefa; Gómez Bezares, Paloma; Hervías Camprovín, Montserrat; Lasheras Maroto, Marina; Martínez Santamaría, M^a Cruz; Molpeceres García del Pozo, Julio

Consultora: Ruiz Nicolás, Belén



Análisis de situación

En la Comunidad de La Rioja, la esperanza de vida está aumentando. En el año 2013 alcanza los 83,9 años, más alta en las mujeres: 86,3 años que en los hombres: 80,9 años. Se sitúa un año por encima de la de España. Es la cuarta comunidad autónoma con una esperanza de vida más elevada. A los 65 años la esperanza de vida en La Rioja es de 21,6 años; 19,4 años en los hombres y 23,7 años en las mujeres. Y es una de las siete comunidades más envejecidas de España.(1) En el año 2014, el 19,6 % de la población tiene más de 64 años, el 21,8% de las mujeres y el 17,3% de los varones. Y destaca el incremento progresivo del grupo de 85 y más años que ha pasado del 2,3% en el 2007 al 3,4% en el 2014. (2) Las previsiones demográficas indican un aumento progresivo de estas cifras. Para el 2023, el 24% de los riojanos tendrá 65 y más años, este porcentaje será del 22,5% en los hombres y del 24,5% en las mujeres. El aumento será mayor en los mayores de 84 años que pasarán a representar el 4,6% de la población, 5,8 % en las mujeres y 3,3% en los hombres. (3)

La tasa bruta de mortalidad por todas las causas ha aumentado y es superior a la de otras comunidades autónomas. Las tres principales causas de muerte en los mayores de La Rioja son las enfermedades cerebrovasculares, otras enfermedades del corazón, la insuficiencia cardíaca y otras cardiopatías isquémicas. En las mujeres: otras enfermedades del corazón, la enfermedad de Alzheimer y la insuficiencia cardíaca. En los hombres: tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón; las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; excepto asma. (4) El retraso de la muerte que se concentra en las edades más avanzadas contribuye al envejecimiento progresivo de los más mayores. (5)

La morbilidad también aumenta en los mayores y con ella el consumo de recursos sociosanitarios. Las enfermedades crónicas aumentan en los de mayor edad y se relacionan con una peor calidad de vida, mayor discapacidad, dependencia y mortalidad.

El número de pacientes diagnosticados con más de una enfermedad aumenta considerablemente con la edad. En La Rioja, el 80% de los hombres y el 78% de las mujeres mayores de 64 años presentan al menos una enfermedad crónica. A partir de los 68 años, más de un 80% de los pacientes presenta 6 o más enfermedades crónicas concurrentes. (6)

El 49,7% de las altas hospitalarias en La Rioja son de personas mayores, que a su vez causan más de la mitad de todas las estancias hospitalarias. (7)



El 37,3 % de los mayores de 64 años acude diariamente a la consulta de Atención Primaria (AP) y representan el 47% de los pacientes que se atienden en el Centro de Salud.

El consumo de fármacos en los mayores es elevado. El porcentaje de mayores de 64 años con más de 7 fármacos prescritos se sitúa entre el 7% (65-69 años) y el 22% (85-89 años). (6)

La valoración subjetiva que cada persona mayor tiene sobre su salud es una medida relacionada con efectos adversos como morbilidad, discapacidad, utilización de servicios y mortalidad y aporta una información valiosa para la toma de decisiones clínicas y sociosanitarias y para la detección de ancianos vulnerables y de riesgo. (8)

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 un 65,7% de los mayores percibe su estado de salud como regular, malo o muy malo. Este porcentaje es mayor en las mujeres (69,4%) que en los hombres (60,3%) y en los grupos de mayor edad. En la Rioja el 21,5 % de la población valora su estado de salud como regular, malo o muy malo; 17,6% de los hombres y el 25,4% de las mujeres. (9)

La discapacidad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en población mayor de 64 años se sitúa entre el 15 y 25 %, aumentando en los mayores de 75 años hasta el 25 y 35 % y en las mujeres, más de la mitad de las personas con discapacidad son mujeres. (10)

La tasa de dependencia aumenta en los mayores de 64 años, alcanza el 29,2% en 2013 y el 30,4 % en 2014. (11) En la Rioja, las mujeres presentan mayor grado de dependencia que los hombres. Para el cuidado personal el 18,1 % de los hombres riojanos presenta dependencia, mientras que este porcentaje asciende al 25,6% en las mujeres. (12)

El grado de dependencia según niveles, aumenta con la edad. Según datos de la Dirección General de Servicios Sociales de La Rioja en el grupo de 65 a 74 años, 363 personas tienen dependencia grado I, 338, grado II y 241, grado III. Estas cifras ascienden, en el grupo de mayores de 74 años, a 2.382, 2.331 y 2.006 respectivamente.

Respecto a los servicios asistenciales domiciliarios para personas mayores de 65 años, el 9,3 % de las personas mayores han sido asistidas en su domicilio por profesionales de enfermería y el 6,8 % ha recibido ayuda domiciliaria para realizar las tareas domésticas. Por otra parte el gran apoyo a las personas mayores que necesitan ayuda proviene de la familia, principalmente de las mujeres.

Prioridades y justificación

El aumento de la esperanza de vida aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas que están vinculadas a la fragilidad, discapacidad y dependencia. Por ello, nuestro objetivo de tratamiento cuando no puede ser basado en la curación, se debe orientar al mantenimiento de la función y la independencia. La enfermedad, y no la edad, es la principal causa de discapacidad y dependencia. El envejecimiento es el resultado de la combinación de factores genéticos, cambios fisiológicos asociadas a la edad, las enfermedades crónicas /agudas y el entorno psicosocial. El desarrollar actividades de promoción de vida saludables y prevención de la enfermedad debe ser el objetivo común de la atención al anciano intentando controlar en la mayor medida los factores que inciden directamente sobre la cronicidad y la fragilidad. (13)

Conociendo la aplicación de las medidas recomendadas en el II Plan de Salud, insistimos en la necesidad de implementación de algunas de ellas para poder alcanzar nuestros objetivos primarios de salud. Muchas de estas medidas son necesarias como vehículo de transmisión de información y no como objetivos en sí mismas.

Teniendo en cuenta los datos aportados sobre la situación actual de nuestra comunidad, con una población afectada por el “envejecimiento del envejecimiento”, el aumento de demanda asistencial, las necesidades de soporte sociosanitario, la limitación económica y las proyecciones futuras, el objetivo común de la asistencia a nuestros mayores y deseo de todos los profesionales sanitarios involucrados, pasa por alcanzar la teoría de Fries: comprimir la morbilidad al final de la vida y hacerla próxima a nuestra esperanza de vida.

Los medios para alcanzar este objetivo han de construirse desde edades tempranas y en este sentido han sido claramente una apuesta de futuro en todos los Planes de Salud realizados, pero han de mantenerse en las primeras fases del envejecimiento donde las posibilidades de intervención y resultados, también parecen ser realmente eficientes y eficaces. Mientras llegan las futuras terapias génicas, nuestra única posibilidad de intervención es la modificación del factor ambiental que influye en nuestro desarrollo y envejecimiento saludable.

En toda la literatura científica aparecen dos pilares de intervención básicos a nivel ambiental: **la dieta y el ejercicio** para favorecer la consecución de un envejecimiento saludable.



Otras medidas de intervención sobre factores de riesgo cardiovascular, prevención de tumores, prevención de enfermedades infecciosas transmisibles...., son tratados en otros capítulos de este III Plan de Salud de forma específica. Las posibilidades más realistas de englobar al mayor número de participantes en el Plan de Salud pasan por la creación de Aulas de Salud y acercarlas a su medio habitual.

OBJETIVO GENERAL

Promover un envejecimiento saludable, fomentando conductas y hábitos saludables que permitan mantener una vida activa y autónoma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover la corresponsabilidad de la ciudadanía en el proceso del envejecimiento saludable .
- Mejorar los conocimientos de las personas mayores en hábitos y conductas saludables.
- Aumentar la realización de ejercicio, de forma regular, en las personas mayores.
- Mejorar la nutrición y alimentación de las personas mayores.

RECOMENDACIONES

- Potenciar y coordinar las relaciones con todos los agentes implicados para el abordaje de un envejecimiento activo que desarrollen intervenciones que mejoren la calidad de vida de los mayores (ámbito educativo para mejorar los conocimientos sobre envejecimiento activo y reducir la visión negativa que la sociedad tiene de la vejez, acondicionamiento de las viviendas, asociaciones de personas mayores, voluntariado, etc.). Incorporando la perspectiva del envejecimiento activo en los proyectos, planes, programas, etc.
- Fomentar el empoderamiento de la ciudadanía en su salud con formación e información en hábitos saludables, enfermedades y accidentes en las personas mayores.

- Promover la implicación de las asociaciones de personas mayores en los Consejos de Salud de Zona y Área, fomentando su participación en proyectos y trabajos sociales de interés colectivo.
- Fomentar la participación de las Asociaciones de Pacientes y Familiares en el Aula de formación.
- Promover el desarrollo del “Programa Ciudades Amigables con las Personas Mayores”; el programa está dirigido a los factores medioambientales, sociales y económicos, que influyen en la salud y el bienestar de las Personas Mayores.
- Impulsar la programación de las “Aulas de formación en hábitos saludables para mayores”, con la participación de diversos profesionales (médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, podólogos,...)
- Informar, sensibilizar de la importancia que tiene el mantener una vida activa intelectualmente a través de la incorporación a cursos y acciones formativas regladas y no regladas: universidades, escuelas de la experiencia y otros foros.
- Edición de material informativo (folletos, carteles,...) sobre higiene, ejercicio, alimentación, consumo de fármacos, cuidado de los pies, ayudas técnicas, autoestima, estimulación cognitiva, prevención de accidentes, voluntariado, cuidados informales,..., para su distribución en centros de salud, hogares de tercera edad y asociaciones de mayores y de pensionistas.
- Informar, sensibilizar y fomentar el consejo sistematizado sobre la importancia que tiene el ejercicio físico para la salud tanto en la consulta diaria de AP como en Talleres específicos del Aula de Formación Permanente y en los diferentes medios de comunicación.
- Realizar convenios de colaboración con otras instituciones o asociaciones (ayuntamientos, asociaciones de vecinos, hogares, universidad,..) que fomenten la realización de actividades deportivas: paseos orientados y adaptados en recorrido y duración a personas mayores, espacios para la realización de ejercicio físico y técnicas de relajación, etc.

- Potenciar el uso de test y exámenes de valoración del estado nutricional, para la detección precoz de estados de desnutrición (Escala de Nutrición: Mini Nutritional Assessment-MNA) (14), Índice de Masa Corporal.
- Realización de talleres de cocina, específicamente dirigidos a las personas mayores, en colaboración con hogares de la tercera edad, asociaciones de vecinos, asociaciones de personas mayores, universidad popular, etc.
- Realizar anualmente cursos de orientación y consejo sobre dietas adaptadas a los mayores para los profesionales de comedores colectivos de mayores (hogares de la tercera edad, residencias, empresas de catering y ayuda a domicilio).

INDICADORES

1. Número de talleres de autonomía, alimentación, ejercicio, higiene, uso racional de medicamentos..., realizados en el Aula de Formación del Mayor.
2. Número de actividades de formación (talleres, cursos...) dirigidas a los profesionales sanitarios y sociosanitarios.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la incidencia, prevalencia e intensidad de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la detección y prevención del deterioro funcional y dependencia. Prevención y control de la enfermedad.
- Optimizar la terapia farmacológica y prevención de la yatrogenia.

RECOMENDACIONES

- Control de los factores de riesgo cardiovascular: obesidad, tabaco, dislipemia e hipertensión arterial.
- Mantenimiento de las medidas de prevención de enfermedades infecciosas: vacunación de tétanos, gripe y neumococo.
- Abordaje integral de las patologías crónicas, síndromes geriátricos, y patología psiquiátrica.
- Control individualizado de los ancianos de riesgo detectados por sus enfermedades y factores de riesgo. Diferenciación por sexo de las patologías y comorbilidades de nuestra población anciana.
- Mejorar el seguimiento de los mayores poco frequentadores en las consultas.
- Facilitar los cuidados del anciano, en la medida que sea posible en su domicilio o entorno más habitual: consultas domiciliarias, hospitalización a domicilio, etc.
- Implantar un instrumento multidisciplinar y multisectorial de Valoración Geriátrica Integral. Identificando todos aquellos factores de riesgo asociados al desarrollo de dependencia en todos los mayores de 75 años o menores frágiles o con pluripatología y/o déficit cognitivo (soledad, nivel socioeconómico bajo, muerte de la pareja o persona cercanas, acumulación de condiciones geriátricas) y que incluya planes de manejo a los problemas detectados.
- Fomentar el cribado a los mayores de 65 años en AP de fragilidad, mediante la Valoración Geriátrica Integral.
- Potenciar la implicación multidisciplinar de los diversos profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente mayor mediante la formación, adecuación de horarios de consulta, etc.
- Establecer una política de prescripción de medicamentos con objetivos comunes entre los distintos niveles de atención sanitaria, consensuando guías y protocolos farmacoterapéuticos adaptados al paciente geriátrico. (15)

- Evitar la duplicidad de intervenciones farmacológicas y facilitando la transición entre niveles asistenciales (Historia Clínica Electrónica).
- Garantizar la toma de decisiones de los profesionales sobre terapéutica farmacológica basada en la evidencia científica y en la individualización de los tratamientos, evitando tanto la polifarmacia inadecuada como la infraprescripción de medicamentos. (16)
- Disponer de herramientas orientadas a prevenir acontecimientos adversos relacionados con el empleo de medicamentos mediante alertas electrónicas integradas en los sistemas de información para apoyo de la prescripción, incorporando sugerencias de alternativas terapéuticas.
- Potenciar la comunicación de los profesionales de Farmacia Hospitalaria con los equipos de Atención Primaria, con los profesionales de Farmacia Comunitaria y con los de las residencias de personas mayores, para la conciliación y resolución de incidencias relacionadas con la medicación, definiendo vías de comunicación permanente.
- Garantizar la revisión sistemática de la medicación con el fin de prevenir y detectar problemas relacionados con los medicamentos, así como reforzar la adherencia a los tratamientos.
- Extender las actuaciones de información de uso racional del medicamento a pacientes y personas cuidadoras, potenciando la toma de decisiones compartida y el cumplimiento.
- Realizar programas de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes en tratamiento con medicamentos de elevado riesgo de reacciones adversas (anticoagulantes orales, antipsicóticos, digoxina...).
- Realizar programas de mejora de la adherencia a pacientes con patologías que requieren tratamientos crónicos (diabetes, hipertensión, problemas psiquiátricos...).
- Introducir indicadores explícitos para evaluar la calidad de la farmacoterapia en el anciano como los criterios STOPP/START (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions / Screening Tool to Alert doctors to the Right i.e. appropriate, indicated Treatment) como herramienta para

detectar posibles problemas relacionados con los medicamentos y mejorar la prescripción. Se hace énfasis en la necesidad de revisar y actualizar dichos criterios de forma regular y adaptarlos a la población de estudio y al estado actual de conocimientos. (17, 18)

INDICADORES

3. Cobertura vacunal de gripe, neumococo y tétanos en población mayor de 65 años.
4. Número de ancianos con factores de riesgo cardiovascular entre la población anciana valorados desde los Equipos de Atención Primaria.
5. Número de ancianos inmovilizados con visitas domiciliarias valorados desde Atención primaria domiciliaria por cupo médico.
6. Número de ancianos atendidos desde los equipos de Hospitalización a Domicilio y Unidad de Cuidados Paliativos.
7. Número, filiación y porcentaje de reacciones adversas a medicamentos aparecidas anualmente en personas mayores de 65 años.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad asistencial de las personas mayores dependientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a la persona mayor en situación de dependencia.
- Asegurar la continuidad de cuidados a través de los dispositivos asistenciales adecuados a la situación clínica del mayor, a su estado funcional y a sus necesidades.

RECOMENDACIONES

- Valoración de Riesgo Social a todas las personas mayores de 75 años. Debe realizarse dentro de las primeras 48 horas hábiles del ingreso y que en el momento del alta clínica el paciente y/o su familia tengan los recursos necesarios para la atención integral a la persona dependiente.
- Información de los recursos disponibles para la atención al mayor con discapacidad.
- Elaboración y desarrollo de un protocolo de detección de sobrecarga de los cuidadores y desarrollo de programas de atención a los cuidadores principales de las redes informales: formación y asesoramiento para el cuidado, manejo de problemas de afrontamiento, fomento de asociaciones de ayuda mutua, servicios de respiro.
- Valoración de los pacientes mayores de 65 años por parte de la unidad de trabajo social del hospital a los cuales se solicita traslado a las unidades de convalecencia, para coordinar con las trabajadoras sociales de dichos centros los recursos valorados en el hospital y la continuación de su tramitación desde estos centros, para optimizar las estancias en convalecencia y disminuir el número de reingresos hospitalarios.
- Impulsar la aplicación del modelo de Atención Centrado en la Persona en los centros de día y centros residenciales.
- Promover Equipos de Atención Sociosanitaria integrados.
- Desarrollar la cartera de servicios sociosanitarios.
- Elaboración e implantación de protocolos de aplicación en todos los ámbitos de atención a estos pacientes sobre farmacología, adecuación de medidas de sujeción física, etc.

INDICADORES

8. Número de pacientes mayores de 75 años derivados a centros de convalecencia.
9. Número de pacientes en el Programa de atención sanitaria a pacientes institucionalizados.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la formación de los profesionales y fomentar la investigación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover la formación continuada sobre envejecimiento.
- Fomentar la investigación epidemiológica, básica y clínica sobre envejecimiento.

RECOMENDACIONES

- Formación específica de los profesionales de la salud en la adquisición de conocimientos y habilidades para el manejo del envejecimiento.
- Realizar jornadas de formación entre Atención Primaria y Especializada, sobre problemas relacionados con el envejecimiento.
- Favorecer la creación de equipos multidisciplinares de investigación en envejecimiento.
- Realizar estudios epidemiológicos sobre los hábitos saludables: dieta, ejercicio, consumo adecuado de fármacos, y detectar los hábitos inadecuados de los mayores.



INDICADORES

10. Número de cursos de formación en envejecimiento incluidos en el Programa de Formación Continuada del SERIS.
11. Número de profesionales que han participado en cursos con temas relacionados con envejecimiento.
12. Número de proyectos de investigación en envejecimiento.

Bibliografía

1. Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 1. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es>
2. INEbase. Cifras de población. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase>.
3. INEbase. Proyecciones de población. Disponible <http://www.ine.es/inebaseDYN>.
4. Registro de mortalidad de La Rioja. Año 2013, diez primeras causas de muerte (Lista reducida)
5. Robles E. ¿De qué se mueren los ancianos en España? Estudios Geográficos.2009; 50(267):567-598.)
6. Alfonso Silguero SA, Martínez-Reig M, Gómez Arnedo L, Juncos Martínez G, Romero Rizo L, Abizanda Soler P. Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: Estudio FRAEDA. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014; 49(2):51-8.
7. INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria. Disponible en: <http://www.ine.es/>
8. Fuente: Gil de Gómez Barragán MJ. Autopercepción de Salud y mortalidad en las personas de 65 años y más de La Rioja. Seguimiento de una cohorte a los 5 y 10 años [Tesis Doctoral]. Universidad de Zaragoza; 2014.
9. INE. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Disponible en: <http://www.ine.es/>.
10. Abellan A, Esparza C, Castejon P, Perez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. Gac Sanit. 2011; 25 Suppl 2:5-11.
11. INE. Indicadores Básicos.2014. Datos provisionales.
12. Instituto de Estadística de La Rioja. La Salud en La Rioja. Datos Básicos. Disponible en: <http://www.larioja.org/>. Encuesta nacional de salud.

13. Primera Conferencia nacional de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid 15-16 de junio de 2007. Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores.
14. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54: S59-S65.
15. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
16. Cuidados farmacéuticos en personas en situación de dependencia. Aspectos generales y farmacoterapia. Bravo, Montañés y Martínez. Ed. Glosa, 2009.
17. All Wales Medicines Strategy Group. Polypharmacy: Guidance for Prescribing in Frail Adults. July 2014
18. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44: 273-279





Análisis de situación

La causa más frecuente de muerte en España y La Rioja es la enfermedad cardiovascular, que supone un 30,3% de la mortalidad global. En España hubo en el año 2012 un total de 122.097 muertes por causa cardiovascular (55.192 en hombres y 66.905 en mujeres) y en La Rioja, 952 (450 en hombres y 502 en mujeres) (1).

De entre las causas de mortalidad por enfermedad cardiovascular la primera fue la Cardiopatía Isquémica, que provocó el 28,5% del total de la mortalidad cardiovascular. Dentro de esta cifra se incluyen el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con el 14,5% del total de estas muertes y la Cardiopatía Isquémica Crónica que causó el restante 14%.

En este sentido se han abordado programas para el tratamiento de la Cardiopatía Isquémica en nuestra comunidad. En La Rioja se ha implantado, desde el 7 de Julio 2014, un programa para la Atención del Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST, "Código Infarto Rioja", con realización de Angioplastia Primaria precoz en la fase aguda del IAM. Se han realizado en los primeros 6 meses de este programa 103 procedimientos de coronariografía urgente de los cuales a 95 pacientes se les realizó angioplastia primaria. En el programa código infarto se han incluido pacientes de muy alto riesgo, 9 de ellos en situación de shock cardiogénico. La mortalidad hospitalaria del programa es del 6,8%, incluyendo mortalidad en centros referencia (pacientes trasladados por ser candidatos a cirugía urgente ó transplante). Este programa ha supuesto un descenso de la mortalidad por IAM con elevación del ST en nuestra comunidad. Nos situamos en cifras equiparables a otras comunidades autónomas con programas de angioplastia primaria, cuya mortalidad hospitalaria está entre el 6% y el 7,5%.

La segunda causa de mortalidad por causa cardiovascular fue la insuficiencia cardíaca con 18.453 muertes en España y 127 en La Rioja que suponen aproximadamente un 15% de la mortalidad cardiovascular total. En este sentido se va a implementar una Estrategia de Cronicidad y Red Asistencial para la atención de la IC en nuestra comunidad. Se incluye la creación de una Unidad de Insuficiencia Cardíaca para el tratamiento de los pacientes de mayor complejidad.

La enfermedad hipertensiva del corazón relacionada y provocada directamente por la HTA provocó el 9% de la mortalidad cardiovascular total. Las arritmias, concretamente la Fibrilación Auricular, fue otra de las causas más importantes.



Se observan algunas diferencias en la mortalidad por causas cardiovasculares según el sexo, en la mujer es más frecuente la mortalidad por insuficiencia cardíaca (65% mujeres y 35% en hombres), Hipertensión arterial (67% mujeres y 23% en hombres) y Fibrilación Auricular. En los hombres sin embargo la principal causa de muerte es la Cardiopatía Isquémica: Infarto Agudo de Miocardio (58% en hombres y 42% en mujeres) y Cardiopatía Isquémica Crónica (57% hombres y 43% mujeres). Las mujeres, a pesar de tener un menor riesgo cardiovascular que los hombres, tienen mayor mortalidad proporcional, bruta y número de muertes secundarias a enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a la tasa de morbilidad hospitalaria en España por todas las enfermedades del sistema circulatorio fue de 1.305 por 100.000 habitantes (1.470 en hombres y 1.145 en mujeres) en el año 2012. La tasa de morbilidad hospitalaria concretamente de la cardiopatía isquémica fue de 266 por 100.000 habitantes (383 en hombres y 152 en mujeres); causando algo más de 800.000 estancias hospitalarias. (Instituto Nacional de Estadística. INE 2012).

Los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de Enfermedades Cardiovasculares son el tabaquismo, la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA) y la dislipemia. Los objetivos de la prevención deben centrarse, no sólo en reducir su incidencia sino también en prevenir, por una parte la discapacidad que estas enfermedades provocan y por otra parte la muerte prematura. Para ello, es necesario actuar en diferentes niveles: fomentar estilos de vida saludables, poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

Prioridades y justificación

Los avances en el tratamiento de la enfermedad cardiovascular han reducido la mortalidad por esta causa pero ha aumentado el envejecimiento progresivo y por lo tanto la morbilidad hospitalaria y la demanda asistencial. Es necesario planificar estrategias que adapten el sistema sanitario para la atención de estas nuevas demandas asistenciales.

Basándonos en el análisis de la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares, y ante las nuevas demandas asistenciales que se prevén en los próximos años, se han priorizando las siguientes áreas en este III Plan de Salud:

1. Promoción de la salud y Prevención de la Hipertensión Arterial y Dislipemias.
2. Insuficiencia Cardíaca.
3. Cardiopatía Isquémica.
4. Arritmias y Fibrilación Auricular.

1.- Promoción de la salud y Prevención de la Hipertensión Arterial y Dislipemias.

Análisis de situación

Los principales factores de riesgo cardiovascular de la población española son la hipertensión arterial (HTA) sobre todo en personas mayores de 65 años, el exceso de peso en mujeres adultas y el tabaquismo en varones. Datos previos muestran que en el conjunto de la población española un 23% presenta valores de colesterol total por encima de 250 mg/dl; el 33% son fumadores (41% de los varones y 24% de las mujeres); un 34% padece hipertensión arterial; un 20% es obeso (el 18% de los varones y el 23% de las mujeres) afectando la diabetes al 8% de las mujeres y al 12% de los varones (2). En relación a la mortalidad atribuible a los principales factores de riesgo en los países desarrollados (Tabla 1), en primer lugar se encuentra la presión arterial elevada (16,8%), seguido del consumo de tabaco (17,9%), la hiperglucemia (7%), la inactividad física (7,7%) y el sobrepeso y la obesidad (8,4%)(3).

TABLA 1. Porcentaje de mortalidad atribuible a los principales factores de riesgo, a nivel mundial y en países desarrollados. 2004.

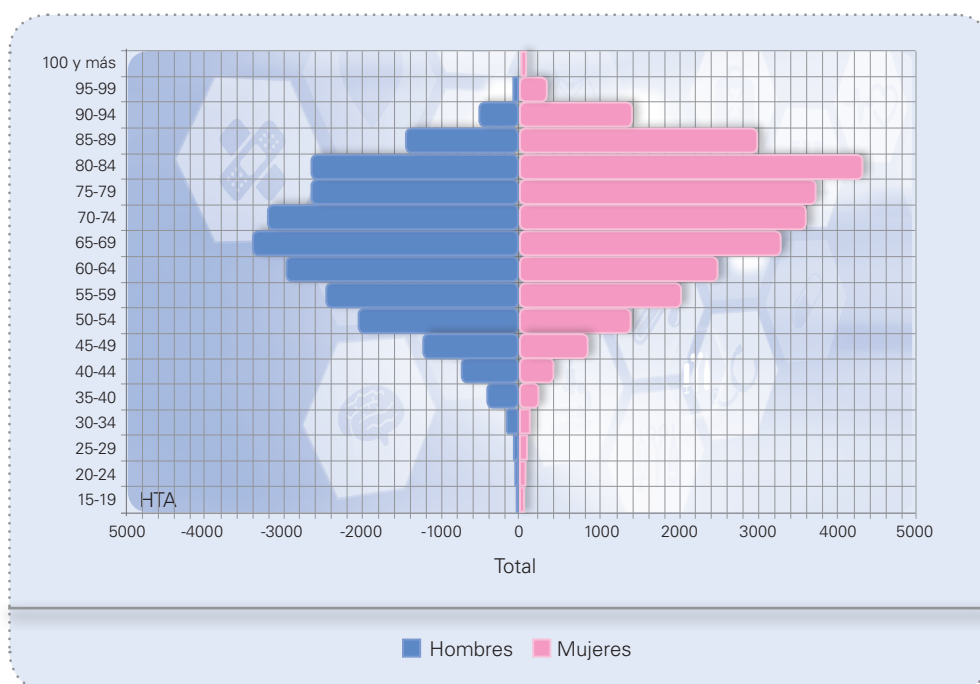
Factores de riesgo	Mortalidad atribuible al factor de riesgo	
	A nivel mundial	En países desarrollados
Presión arterial elevada	12,8	16,8
Consumo de tabaco	8,7	17,9
Hiperglucemia	5,8	7
Inactividad física	5,5	7,7
Sobrepeso y obesidad	4,8	8,4

Fuente: Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Los primeros datos de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en La Rioja (4) estiman que más de 50.000 riojanos padecen hipertensión, siendo más prevalente en mujeres, encontrando cifras del 60% en la franja de edad de 80 ó más años para esta patología. Queda sin embargo por mejorar los datos para el resto de franjas de edad extraídos de la codificación diagnóstica de la historia clínica informatizada, que muestra un claro infraregistro para esta entidad. (Figura 1)

FIGURA 1. Pirámide poblacional de los hipertensos de La Rioja.



Fuente: Hospital San Pedro La Rioja, Servicio Admisión y Archivos.

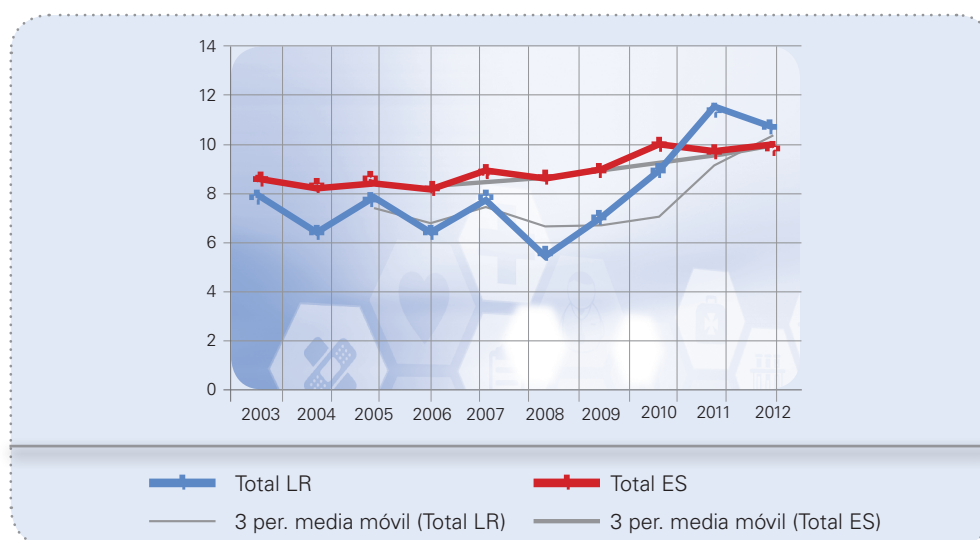
La HTA es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(5) como el factor de riesgo con mayor mortalidad atribuible en el mundo -"un problema de salud pública mundial"- . Al menos 45% de las muertes por enfermedad coronaria, 51% de muertes por ictus y 25% del total de muertes tienen en la HTA su principal causa, aunque también influye en la morbilidad por cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica.

Según el Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA)(6) la hipertensión arterial está presente en el 33% de la población española. De ellos casi dos tercios conocen que lo son. Entre estos, el 79% está tratado con fármacos antihipertensivos. Finalmente entre los tratados el 46% tiene la presión arterial controlada. Por tanto, menos del 30% de los hipertensos de nuestro país están

bien controlados. El conocimiento y tratamiento de la hipertensión arterial aumentan con la edad; no así el control, probablemente por la mayor dificultad de controlar la presión arterial sistólica elevada, que es el componente principal de la HTA en las personas mayores.

Datos extraídos del Instituto de Salud Carlos III permiten comparar -mediante tasas por cien mil habitantes ajustadas por población europea- la mortalidad por enfermedad hipertensiva en La Rioja y España. Como ha sucedido en España, la mortalidad por enfermedad hipertensiva en La Rioja ha ido en aumento en la última década situándose en 2012 en cifras del 10,68 y 9,95 por cien mil en La Rioja y España respectivamente. (Figura 2)(7)

FIGURA 2. Tasas de mortalidad anuales por enfermedad hipertensiva en España(E) y La Rioja(LR) ajustadas por cien mil habitantes⁵.



Como tal, la HTA constituye uno de los principales motivos de consulta médica en nuestra Comunidad, especialmente en el ámbito de la atención primaria de salud. El elevado consumo de sal en nuestro medio contribuye, entre otros hábitos, a perpetuar su alta prevalencia, por lo que las políticas de fomento de estilo de vida saludable cobran en esta patología una especial relevancia. (8)

Otro de los factores de riesgo cardiovascular más prevalente es la dislipemia, asociándose con un alto riesgo cardiovascular. El tratamiento con fármacos hipolipemiantes es muy eficaz, permitiendo reducciones del colesterol-LDL (low

density lipoproteins) de hasta el 50% e incluso mayores si se combinan diversos fármacos. Dentro de las Dislipemias son las genéticas las que se acompañan de una mayor morbilidad y mortalidad cardiovascular a edades tempranas. La prevalencia de dislipemias genéticas en la población es elevada. La Hipercolestolemia Familiar (HF) es la enfermedad monogénica más frecuente de la especie humana. Aproximadamente 1 de cada 20 hipercolesterolémicos tiene una HF. La prevalencia de hiperlipemia familiar combinada (HFC) es 5 veces superior, llegando a afectar al 1% de la población y al 15% de la población de hipercolesterolémicos. (9)

En los últimos años y debido a las recomendaciones de las Estrategia de la OMS actuar sobre los determinantes de las enfermedades crónicas más prevalentes se ha convertido en una prioridad de Salud Pública. La alimentación saludable y la actividad física moderada junto al abandono del tabaco y el control en el consumo de alcohol tienen un efecto preventivo y protector en la hipercolestolemia y la hipertensión arterial. Intervenir sobre cada uno de esos factores potenciará la reducción del resto. (10)

Las actuaciones contempladas en este apartado, y según la pirámide de Kaiser, se dirigen principalmente a la población crónica de bajo riesgo, a la que presenta condiciones todavía incipientes y con el apoyo adecuado pueden ser activos en su autocuidado. El fin último de este apartado es reducir la morbilidad y la mortalidad por las enfermedades cardiovasculares, a través de reducir los riesgos que aportan la hipertensión arterial y las dislipemias.

Los objetivos y las recomendaciones que se abordan, están alineados con la Estrategia "Salud 2020" de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, con la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS)(en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y con la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la Rioja.

OBJETIVO GENERAL

Implementar estrategias de prevención primaria que contribuyan a evitar la aparición de la Hipertensión Arterial y dislipemia, reduciendo los factores de riesgo asociados: tabaco, alcohol, sedentarismo y alimentación inapropiada.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Disminuir las desigualdades en salud, a través de la captación y extensión de las actividades a la población más desfavorecida y con elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.

RECOMENDACIONES

- Colaborar desde el Sistema Sanitario con las asociaciones que atienden a colectivos más desfavorecidos, para facilitar la detección y el control de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, un buen instrumento para hacerlo es a través de las aulas de salud.

INDICADOR

1. Numero de colaboraciones con las asociaciones de colectivos desfavorecidos para la detección y control de factores de riesgo.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el diagnóstico y tratamiento precoz, así como el grado de control de la Hipertensión Arterial y la Dislipemia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar detección oportunista de hipertensión y dislipemia al menos al 60% de personas que acuden a las consultas de Atención primaria, y en los pacientes diagnosticados que lo precisen o que cumplan criterios de derivación, a las Unidades de Lípidos o de Hipertensión de referencia.
- Mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico en el 60% de las personas diagnosticadas de HTA y dislipemias mediante un programa de tratamiento y seguimiento protocolizado.
- Obtener al menos un 60% de pacientes hipertensos y dislipémicos bien controlados, de acuerdo a las cifras actualmente recomendadas en las Guías de práctica clínica vigentes.



- Realizar una búsqueda sistematizada de lesiones de órgano diana o enfermedad subclínica en el 80% de los pacientes hipertensos diagnosticados.
- Proporcionar, desde las consultas de Atención Primaria, al 80% de las personas diagnosticadas de hipertensión y/o dislipemia información individualizada sobre los factores de riesgo asociados (alimentación, actividad física, tabaco y alcohol) y vincular los recursos sanitarios y comunitarios a las consultas de Atención Primaria.
- Incluir en el 80% de pacientes hipertensos diagnosticados una valoración de riesgo cardiovascular.

RECOMENDACIONES

- Establecer controles oportunistas de hipertensión y colesterol en las consultas de Atención primaria cada cinco años y a partir de los 40 años cada dos años. Esto se puede realizar en centros sanitarios, centros de trabajo, campañas a pie de calle.
- Potenciar el trabajo multidisciplinar en los equipos de atención primaria, mejorar la comunicación y la relación profesional entre medicina y enfermería y entre los dos niveles asistenciales.
- Impulsar la historia clínica única como instrumento de coordinación óptimo para garantizar la atención más eficiente al hipertenso.
- Diseñar mecanismos de información rápida a los médicos de atención primaria en los casos de hospitalización y alta de los pacientes hipertensos adscritos a su cupo.
- Mantener un adecuado flujo de información entre los diferentes niveles asistenciales a lo largo del curso de la enfermedad hipertensiva, en lo relativo a interconsultas, ingresos hospitalarios, atención urgente o atención primaria.
- Diseñar y llevar a cabo un estudio multicéntrico de prevalencia de la HTA en nuestra Comunidad.

- Mejorar y unificar el sistema de registro de los pacientes diagnosticados de hipertensión en nuestro Gestor de pacientes crónicos.
- Detectar pacientes con posibles dislipemias genéticas y confirmar su diagnóstico.
- Establecer mecanismos para el seguimiento y control de los tratamientos farmacológicos con las nuevas tecnologías.
- Elaborar un protocolo actualizado de manejo y control de cada uno de los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes -entre ellos HTA y dislipemia- facilitando su acceso a todos los profesionales sanitarios mediante su inclusión en la biblioteca del Programa Informático de la Historia de Salud Electrónica (SELENE).
- Desarrollar programas de Formación y Actualización para profesionales, estableciendo alianzas con las principales Sociedades Científicas para favorecer la puesta en marcha de actividades formativas conjuntas y el diseño de protocolos consensuados, favoreciendo su difusión e implantación.
- Consensuar criterios de derivación entre niveles asistenciales para el paciente hipertenso y favorecer la coordinación entre ellos.
- Disponer en cada Zona Básica de Salud de un Monitor Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA) con el fin de prestar una mejor asistencia al hipertenso, especialmente en los casos de sospecha de HTA de bata blanca, enmascarada o resistente.
- Realizar evaluaciones continuas de la calidad asistencial al paciente hipertenso, diseñando e implementando las oportunas acciones de mejora, enviando periódicamente a los profesionales datos básicos del control de los factores de riesgo presentes en sus pacientes hipertensos o dislipémicos.
- Diseñar alertas informáticas en la historia clínica de SELENE que avisen a los profesionales de las actividades recomendadas a realizar en cada hipertenso a lo largo del curso de su enfermedad.
- Programa de Tratamiento y Seguimiento protocolizado de la Dislipemia Genética.



- Realizar cribado de HTA a las personas con factores de riesgo (diabetes, obesidad, enfermedades renales crónicas, enfermedad cardiovascular).
- Consensuar criterios de derivación desde Atención Primaria a la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular.
- Establecer canales rápidos de comunicación para mejorar la colaboración entre ambos niveles de asistencia.
- Potenciar la Unidad de HTA y Riesgo Vascular del Hospital San Pedro para una mas rápida y eficaz asistencia a los pacientes que lo precisen.
- Proporcionar desde las consultas de Atención Primaria consejo integral y específico de hábitos y estilos de vida según sea el factor de riesgo a abordar y adaptado a la persona.
- Diseñar y actualizar los contenidos de prevención y control de los factores de riesgo en la página web institucional.
- Contribuir en la medida de lo posible a fomentar la aplicación de las medidas propuestas a nivel nacional en nuestra Comunidad para la reducción del contenido de sal en los alimentos elaborados con formación dirigida al hogar y a la restauración sobre preparación cardiosaludable de los alimentos.
- Actualizar y difundir guías clínicas y protocolos de actuación y otros materiales de apoyo en las consultas de Atención Primaria y a través de la Historia Clínica Electrónica.
- Fomentar la inclusión en la Historia Clínica de todos los pacientes diagnosticados una estimación de riesgo cardiovascular asociado según factores de riesgo, presencia de lesiones subclínicas o de enfermedad establecida, mediante las tablas SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) o de las Sociedades Europeas de Cardiología e Hipertensión (ESC-ESH).

INDICADORES

2. Prevalencia de personas hipertensas. Porcentaje y tasa de personas diagnosticadas entre la población general y según nivel asistencial, sexo y edad. Al finalizar la vigencia del Plan.

3. Prevalencia de personas con dislipemias. Porcentaje y tasa de personas diagnosticadas entre la población general y según el nivel asistencial sexo y edad. Al finalizar la vigencia del Plan.
4. Porcentaje de población adulta que tiene al menos realizada y registrada una prueba diagnóstica de tensión arterial cinco años antes hasta los 40 años y dos años antes de la recogida de información si es mayor de esta edad.
5. Tasa de abandono de tratamiento farmacológico en las personas con prescripción de tratamiento, desglosado según el factor de riesgo cardiovascular (dislipemia e hipertensión).
6. Porcentaje de personas diagnosticadas que reciben consejo integral principalmente en las consultas de enfermería de atención primaria y según factor de riesgo a abordar.
7. Proporción de pacientes hipertensos con registro de TA < 140/90 mmHg.
8. Número de proyectos de investigación sobre HTA llevados a cabo en el periodo.
9. Número de pacientes a los que se realiza cribado diagnóstico de Dislipemias Familiares.
10. Número y porcentaje de pacientes a los que se confirma el diagnóstico de Dislipemia Familiar.
11. Porcentaje de pacientes que reciben tratamiento dietético y farmacológico para la Dislipemia familiar.
12. Proporción de pacientes tratados que consiguen objetivos de LDL.

OBJETIVO GENERAL

Potenciar la autonomía de las personas diagnosticadas en su autocuidado y en la gestión de su salud (paciente activo), al objeto de prevenir complicaciones y restablecer la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar y empoderar al 80% de las personas diagnosticadas y con tensión normal elevada (130-139 y 85-89) en su autocuidado.
- Disminuir al menos en un 20% la cifra actual de ingresos hospitalarios derivados de complicaciones de la enfermedad hipertensiva en nuestra Comunidad.

RECOMENDACIONES

- Principalmente, desde las consultas de enfermería de atención primaria, capacitar a las personas en el momento del diagnóstico para su autocuidado, facilitarle las pautas de alimentación y de actividad física adaptada e individualizada, detectar otros factores de riesgos asociados como el tabaco y el alcohol para abordarlos y fomentar el compromiso de la persona con su propia salud.
- Potenciar las consultas de enfermería para el cuidado de las personas diagnosticadas de dislipemias e hipertensión arterial.

INDICADORES

13. Porcentaje de personas con tensión normal elevada (130-139 y 85-89) a las que se educado para su autocuidado.
14. Porcentaje de ingresos hospitalarios derivados de complicaciones de la enfermedad hipertensiva en nuestra Comunidad.

2.- Insuficiencia Cardiaca (IC).

Análisis de la situación

En los países desarrollados, aproximadamente un 2% de la población adulta padece IC, una prevalencia que aumenta exponencialmente con la edad, pues es

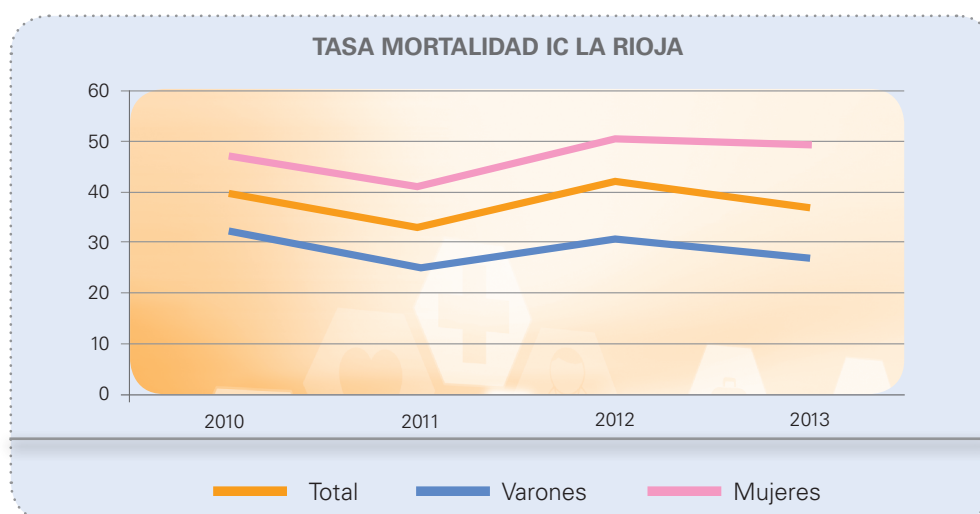
inferior al 1% antes de los 50 años y posteriormente se duplica con cada década hasta superar el 8% entre los mayores de 75 años. En España los estudios arrojan cifras de prevalencia de 5%. El elevado número de casos de IC está determinado fundamentalmente por el envejecimiento progresivo de la población. (11)

Hay dos patrones de insuficiencia cardiaca, uno con función sistólica preservada, más asociado a la hipertensión, y otro con función sistólica deprimida, más relacionado con la cardiopatía isquémica y el antecedente de infarto de miocardio.

El impacto total de la IC se incrementa por su pronóstico desfavorable a medio plazo, comparable al de las neoplasias más prevalentes. La mortalidad por IC ha cambiado poco, aunque parece haberse reducido en el subgrupo de IC con función sistólica deprimida, en el que se han demostrado mejoras del pronóstico con diversas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en las últimas décadas.

La tasa de Mortalidad por IC en La Rioja, se sitúa en torno al 40/100.000 habitantes/año, superior en mujeres en las que se acerca al 50 que en hombres en que es de aproximadamente el 30, y se ha mantenido más o menos estable en estos últimos 4 años. (Figura 3) (12) Está relacionada también con la edad, siendo muy superior en las pacientes mayores de 65 años. La mortalidad hospitalaria de los pacientes que ingresan en La Rioja con IC está relacionada, al igual que las tasas de mortalidad en la población general, con la edad de los pacientes. Cuando la IC es el diagnóstico principal o secundario la mortalidad hospitalaria está cercana al 8% - 10%. (4-13)

FIGURA 3. Tasas de mortalidad anuales por Insuficiencia Cardiaca La Rioja ajustadas por cien mil habitantes.



Fuente: Consejería de Salud y servicios Sociales. Sección de información sanitaria.

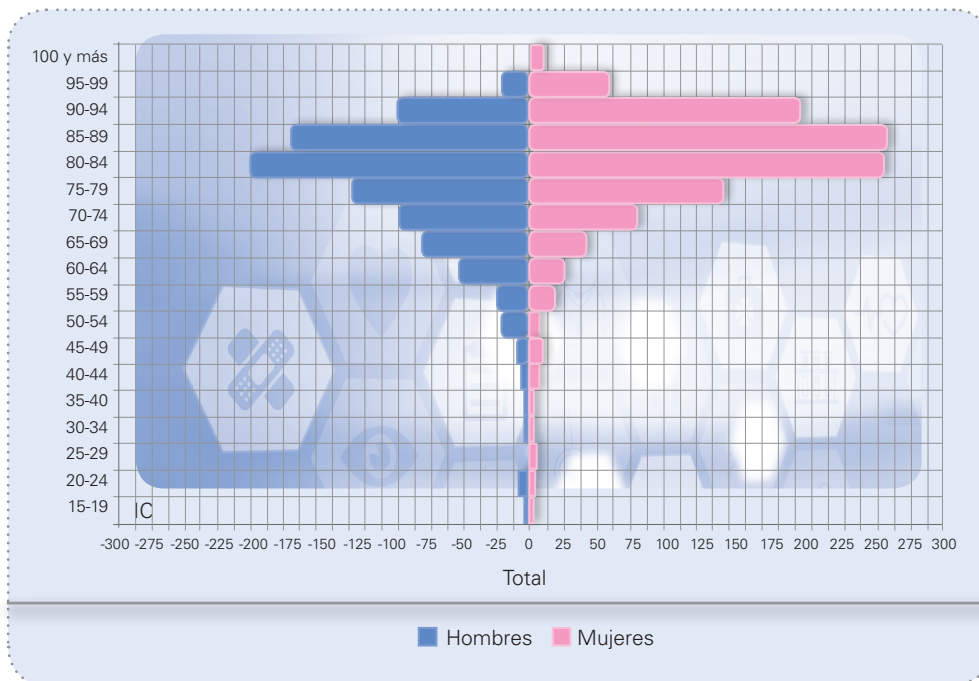
En España y La Rioja, el impacto que genera la Insuficiencia Cardíaca sobre el Sistema de Salud es considerable, es un problema sanitario de primer orden. El consumo de recursos sanitarios atribuible a esta enfermedad es ingente. Históricamente, la IC ha sido causa del 5-10 % de los ingresos hospitalarios en nuestro medio, y es una de las primeras causas de hospitalización de mayores de 65 años. Se estima que un 2% del gasto sanitario en países desarrollados se destina a la IC, y no parece que haya tendencia a la reducción de ingresos por IC en la última década. El 70% de este 2% del gasto en IC es debido a los ingresos hospitalarios.

En La Rioja el número de pacientes que ingresaron con el diagnóstico de IC como diagnóstico principal fue de 1193 pacientes en el año 2011, 1259 en el 2012 y 1369 en el 2013, y como diagnóstico secundario 2139, 2284, y 2377 respectivamente. Hay una tendencia a un incremento progresivo. Los Ingresos por IC como diagnóstico principal suponen el 4-5% de los ingresos hospitalarios totales, y los ingresos por IC como diagnóstico principal + secundario suponen el 10-12% de los ingresos hospitalarios totales.

La IC es una de las principales causas de frecuentación de consultas, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Otro aspecto importante es la alta tasa de reingresos que se produce en los pacientes con IC. El impacto de las descompensaciones sobre la mortalidad durante una agudización también es alto. Sin embargo, la IC es muy sensible al cuidado cercano y a las estrategias de cronicidad. Diversos programas específicos de manejo extrahospitalario de la IC, en los que la enfermería tiene un papel protagonista, han mostrado ser eficientes en la reducción de ingresos hospitalarios.

En la estrategia de cronicidad de IC en La Rioja se ha clasificado inicialmente a la población mayor de 14 años de Tarjeta Sanitaria y los episodios que de esta población están registrados en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria (264.208 personas). La estratificación de la población según niveles de complejidad indica que el nivel de complejidad mayor es el que tiene mayor población de pacientes con IC. Indica también una relación directa entre la edad y la prevalencia de la IC y revela un infraregistro de esta patología. (Figura 4)

FIGURA 4. Pirámide poblacional de los pacientes con IC de La Rioja.



Fuente: Hospital San Pedro La Rioja, servicio Admisión y Documentación Clínica.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el diagnóstico de la enfermedad, potenciando el diagnóstico precoz cuando existan signos y síntomas compatibles con Insuficiencia Cardíaca.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir los pacientes que son diagnosticados en fases tardías de la enfermedad, aumentando los diagnósticos en fases precoces.
- Posibilitar la realización de las pruebas diagnósticas de imagen (ecocardiograma), especialmente en pacientes con afectación hemodinámica o respiratorias severas, lo más precozmente posible.

RECOMENDACIONES

- Elaborar un documento de consenso para mejorar la eficiencia diagnóstica en aquellos pacientes que presenten síntomas de la enfermedad.

- Realización precoz del primer ecocardiograma por Atención Especializada.
- Realizar un estudio diagnóstico de IC con determinación de pro-BNP (péptido natriurético tipo B) en Atención Primaria y realización precoz de un ecocardiograma en Atención Especializada para realizar el diagnóstico precoz.
- Mejorar la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada), mejorando sus circuitos de conexión.
- Incluir la insuficiencia cardíaca en la estrategia de cronicidad de La Rioja.
- Definir la población en riesgo de desarrollar IC.
- Redacción del documento de consenso para el diagnóstico de la enfermedad, realizado conjuntamente entre el servicio de cardiología y atención primaria.
- Creación de herramientas informáticas dirigidas a mejorar la atención al paciente, el diagnóstico precoz y la comunicación entre profesionales.
- Educar al paciente en el reconocimiento de síntomas precoces que puede llevar al diagnóstico inicial y que precisan atención sanitaria inmediata y facilitar el acceso a un profesional asesor.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida del paciente con IC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir el número de ingresos y reingresos hospitalarios por IC.
- Promover el autocuidado de los pacientes con IC.
- Mejorar la capacidad funcional de los pacientes con IC.
- Optimizar la accesibilidad a la red asistencial tanto en atención primaria como en atención especializada.

RECOMENDACIONES

- Consensuar Atención Primaria y Atención Especializada un protocolo de derivación de pacientes distinguiendo, consulta o Ingreso hospitalario.
- Crear una red de comunicación específica entre profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada.
- Educar periódicamente tanto a pacientes como a cuidadores de modo individual ó creando sesiones en grupo, asesorando sobre su enfermedad, dietas, tratamiento farmacológico, ejercicio físico, abandono del tabaquismo y del alcohol, otras enfermedades asociadas como diabetes , hipertensión , hiperlipidemias etc.
- Vigilar la adherencia al tratamiento mediante los cuidadores del paciente, o enfermería de atención primaria.
- Facilitar el acceso a un asesor de referencia cuando detecte síntomas que no sepa valorar.
- Crear un protocolo de visitas programadas en Atención Primaria tanto ambulatorias como domiciliarias por parte de enfermera y / o médico.
- Facilitar el acceso a los servicios sociales ofertados, por parte de la trabajadora social.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbi-mortalidad por Insuficiencia Cardiaca.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar las medidas higiénico dietéticas del tratamiento de la IC en la población de pacientes.
- Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes con IC.



- Mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico.
- Optimizar el tratamiento no farmacológico de los pacientes con IC, adecuando la terapia según las indicaciones de la terapia estimulación cardiaca (TRC) (Terapia de Resincronización Cardiaca), prevención de muerte súbita (DAI) (Desfibrilador Automático Implantable), o trasplante cardiaco.
- Mejorar el registro de insuficiencia cardiaca tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.
- Posibilidad de diagnosticar pacientes en situación de shock cardiogénico o edema agudo de pulmón, en horario de atención continuada, para detectar precozmente patologías que requieran intervención quirúrgica o revascularización percutánea urgentes.

RECOMENDACIONES

- Crear una red asistencial, integrada, coordinada e interrelacionada para la atención integral y continuada a la IC.
- Implementar las Guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de la IC.
- Disminuir la variabilidad en el tratamiento de la IC entre los distintos especialistas, servicios médicos, centros de salud.
- Disponibilidad de ecocardiografía en horario de atención continuada, en pacientes con insuficiencia cardiaca.
- Elaborar un documento de consenso que facilite el tratamiento más adecuado para los pacientes con IC.
- Crear la Unidad de Insuficiencia Cardiaca para el manejo de los pacientes con IC de alta complejidad, y que podrían ser candidatos a terapias de estimulación (TRC), prevención de muerte súbita (DAI), o trasplante cardiaco.
- Crear un Hospital de Día para atender a los pacientes de alta complejidad que con un tratamiento puntual específico pueden evitar el ingreso hospitalario.

- Derivar a Hospitalización a Domicilio a pacientes que podrían ser atendidos sin ingreso hospitalario.
- Fomentar y mejorar la red de cuidados paliativos en pacientes en situación de IC avanzada, irreversible y sin otras alternativas terapéuticas.
- Estimular en la población general la adopción de hábitos de vida saludables, controlando los distintos factores de riesgo coronario, y tratándolos si aparecieran.
- Posibilidad de realizar pruebas diagnósticas en IC, shock cardiogénico en horario de atención continuada.

INDICADORES

15. Número de pacientes incluidos en el registro de IC a través de la historia clínica electrónica.
16. Edad media de diagnóstico de la enfermedad IC.
17. Porcentaje de pacientes con sospecha clínica de IC a los que se determina pro-BNP en atención primaria.
18. Número de pacientes con IC incluidos en el nivel 3 de la Pirámide de Káiser para IC.
19. Número de pacientes con formulario completo para para la Insuficiencia Cardíaca.
20. Número de ingresos hospitalarios anuales por IC como diagnóstico principal.
21. Número de reingresos hospitalarios anuales por IC y por paciente como diagnóstico principal.
22. Número de pacientes y cuidadores que han recibido sesiones formativas acerca de la enfermedad, tratamiento, y cuidados.
23. Porcentaje de pacientes que mejoran la clase funcional de la NYHA (New York Heart Association).



24. Número de pacientes con IC atendidos por enfermería de atención primaria.
25. Número ecocardiogramas urgentes realizados en pacientes con IC o shock cardiogénico.
26. Número de diagnósticos urgentes, en pacientes con IC, de cardiopatías que precisan una corrección quirúrgica urgente.
27. Porcentaje de pacientes con IC que reciben tratamiento con IECA (inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina), betabloqueantes, antagonistas de la aldosterona.
28. Número y porcentaje de pacientes con IC y disfunción sistólica severa que reciben TRC.
29. Número y porcentaje de pacientes con IC y disfunción sistólica severa que reciben DAI.
30. Número de pacientes trasplantados de corazón o en lista de espera para trasplante que tienen seguimiento en la unidad de IC.
31. Mortalidad hospitalaria por IC.
32. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes/año debida a IC.
33. Número de pacientes atendidos en la unidad de IC o en el hospital de día de IC.

3. Cardiopatía isquémica (CI)

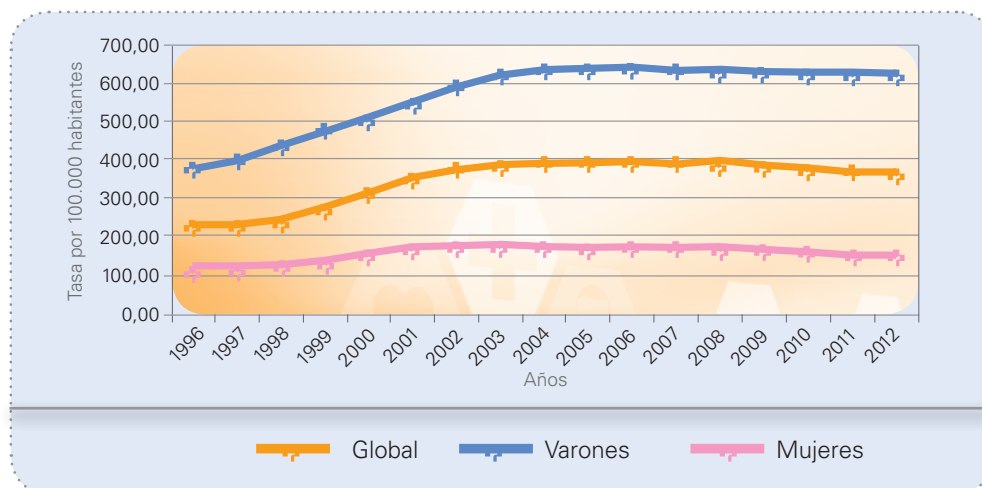
Análisis de la situación:

Durante el año 2012 la enfermedad isquémica del corazón produjo en España 34.751 muertes, lo que supone un 8,62% de todas las defunciones, de las cuales 19.973 ocurrieron en hombres (9,69%) y 14.778 en mujeres (7,50%). Actualmente en España, la enfermedad isquémica del corazón ocasiona el mayor número de muertes cardiovasculares (28,5% en total, un 36,18% en hombres y un 22,08% en mujeres). Dentro de la enfermedad isquémica del corazón, el infarto agudo de miocardio es la más frecuente con un 14,5% y la cardiopatía isquémica crónica el 14%.

A nivel de La Rioja, la cardiopatía isquémica produjo 250 muertes (8,26% de todas las muertes), 156 en hombres (9,70%) y 94 en mujeres (6,64%). La CI causó el 27% de las muertes por enfermedades cardiovasculares (34,66% en hombres y 18,72% en mujeres). El infarto agudo de miocardio supone el 13,5% de las muertes por cardiopatía isquémica y la cardiopatía isquémica crónica el otro 13,5%. (57,69% en hombres y 38,9% en mujeres).

Las tasas de incidencia de cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes, en La Rioja en el año 2012, fue de 371 (624 en hombres y 152 en mujeres). (Figura 5) (12)

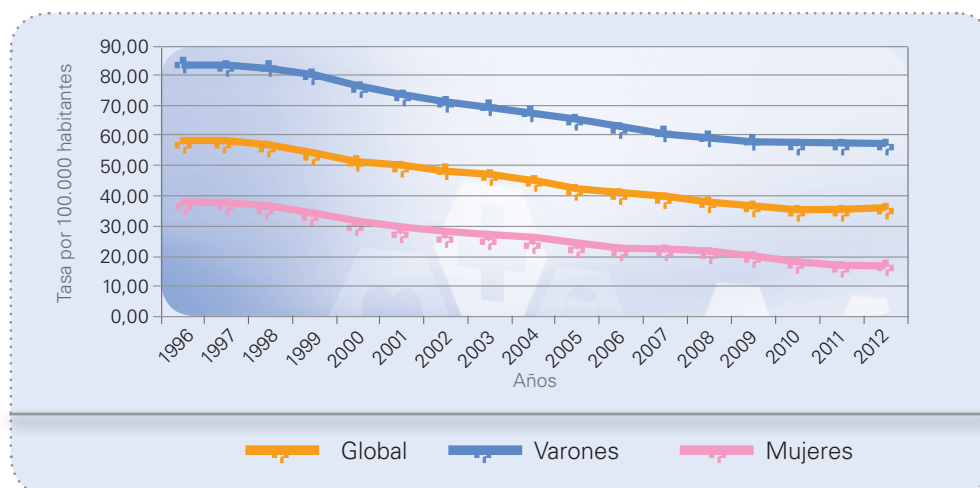
FIGURA 5. Tasas de incidencia de cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes en La Rioja, 1996-2012.



Fuente: E. Ruiz Ruiz, E. Ramalle Gómara. Registros de enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica en La Rioja: tendencias en la incidencia y mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica en La Rioja. Boletín epidemiológico de La Rioja. 2013; 5 (6): 125-146. (12).

La tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes en La Rioja ha descendido paulatinamente en la última década manteniéndose estables en los últimos años. (Figura 6) (12)

FIGURA 6. Tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica por 100.000 habitantes en La Rioja, 1996-2012.



Fuente: E. Ruiz Ruiz, E. Ramalle Gómara. Registros de enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica en La Rioja: tendencias en la incidencia y mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica en La Rioja.

Boletín epidemiológico de La Rioja. 2013; 5 (6): 125-146. (12).

La cardiopatía isquémica es la mayor causa de hospitalización en los mayores de 65 años. Aunque según los datos existentes, la incidencia de cardiopatía isquémica se mantiene estable, se estima que cada año aumenta el número de casos de esta patología que ingresan en los hospitales, debido al envejecimiento de la población y a la mayor recurrencia de síndromes coronarios agudos al disminuir su letalidad debido a las mejoras terapéuticas.

Analizar la importancia de las enfermedades cardiovasculares únicamente a raíz de las tasas de mortalidad no permite cuantificar el verdadero impacto de este grupo de enfermedades. Desde hace años vienen utilizándose ciertos marcadores sintéticos que evalúan la cantidad de años perdidos por muerte prematura o por discapacidad. La cardiopatía isquémica ocupa el tercer lugar en cuanto a años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD), sólo detrás de la demencia y la depresión. Entre los varones, la CI es la primera causa de AVAD. Si se tiene en cuenta los años de vida perdidos por muerte, la CI ocupa el primer lugar.

Los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de cardiopatía isquémica son el tabaquismo, la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA) y la dislipemia.

Los avances en el tratamiento han reducido la mortalidad y el envejecimiento progresivo ha aumentado la morbilidad hospitalaria y la demanda asistencial. Hay tendencia a una menor incidencia en el síndrome coronario agudo (SCA) debido al mejor control de los factores de riesgo y a la existencia de mejores tratamientos, pero el aumento de la supervivencia aumenta la prevalencia y la carga de la enfermedad y aumenta la demanda del tratamiento de las complicaciones secundarias. Los costes de la cardiopatía isquémica se atribuyen un 87% a costes directos y un 13% a pérdida de productividad.

En los últimos años se ha producido una mejoría del pronóstico de los pacientes con cardiopatía isquémica aguda fundamentalmente por el mayor cuidado y reducción de los factores de riesgo cardiovascular y por la existencia de mejoras en el tratamiento como son la utilización de protocolos de rápida resolución, la estratificación sistemática del pronóstico y la utilización de terapias de reperfusión precoz. El resultado depende de la rapidez en su aplicación, con una eficacia máxima en las primeras horas y cualquier retraso supone un aumento de la mortalidad.

En La Rioja se ha implantado, desde el 7 de Julio 2014, un programa para la Atención del síndrome coronario agudo con elevación del ST, "Código Infarto Rioja", con realización de angioplastia primaria precoz en la fase aguda del IAM. Se han realizado en los primeros 6 meses de este programa 103 procedimientos de coronariografía urgente y un total de 95 angioplastias primarias. Como ya hemos visto con una mortalidad hospitalaria del 6,8% incluyendo pacientes de muy alto riesgo (9 pacientes en shock cardiogénico) e incluyendo la mortalidad en los centros de referencia.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbimortalidad por CI en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la asistencia a los pacientes que sufren un episodio de muerte súbita en la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Aumentar la supervivencia del paciente en shock cardiogénico.
- Aumentar el porcentaje de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) que reciben algún tratamiento de reperfusión.



- Aumentar el número de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) a los que se les realiza angiografía durante el ingreso.
- Aplicar precozmente la terapia de reperfusión más adecuada en el Infarto agudo de miocardio.
- Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes con CI crónica.

RECOMENDACIONES

- Evaluación anual del programa de atención y tratamiento mediante revascularización precoz (angioplastia primaria) al infarto agudo de miocardio. Código infarto. Identificar los factores facilitadores y las barreras del programa a partir de las experiencias, valoraciones y percepciones de los profesionales implicados en el proceso asistencial del paciente con SCACEST en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Implementación de una base de datos adecuada a tal fin y sustentada por la Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Elaborar campañas de información sanitaria a través de Atención Primaria para conseguir un alto porcentaje de pacientes con SCA se pongan en contacto con el sistema sanitario en menos de una hora del inicio de los síntomas, preferentemente a través del 061.
- Evaluar la efectividad de un sistema de analítica que obtenga troponina, creatinina y aclaramiento de creatinina a fin de dotar de los mismos, en su caso, a las USVAs para valorar el riesgo de los pacientes con SCASEST.
- Establecer formación en resucitación cardiopulmonar (RCP) con desfibrilador externo semiautomático a los médicos y diplomados universitarios en enfermería (DUEs) de Atención Primaria, al menos con una periodicidad anual.
- Poner en práctica un programa para reducir la incidencia de muerte súbita en el ámbito comunitario que incluya la formación de la población en técnicas de reanimación cardiopulmonar básica y desfibrilación precoz.
- Introducir la formación en técnicas de reanimación cardiopulmonar básica en los centros de enseñanza secundaria, dirigida a alumnos mayores de 14 años y profesores.

- Información a los convivientes de pacientes con cardiopatía isquémica sobre actuación en caso de parada cardiaca.
- Capacitación de profesionales de primera intervención en desfibrilación externa semiautomática (Guardia Civil, Bomberos, personal de seguridad de los centros comerciales adheridos al programa La Rioja cardiosaludable).
- Implementar las guías internacionales de atención al infarto agudo de miocardio y cardiopatía isquémica crónica.
- Acortar los tiempos de aplicación de pruebas diagnósticas en pacientes con IAM, con shock cardiogénico o sospecha de complicaciones mecánicas.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida y la calidad asistencial en la atención del paciente con CI.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para proporcionar una atención integral al paciente con enfermedades cardiovasculares.
- Seguimiento óptimo de los pacientes con CI crónica, en coordinación con Atención Primaria.
- Potenciar el control de los factores de riesgo cardiovascular y la promoción de la Salud Cardiovascular.
- Concienciar al colectivo médico de la importancia y repercusión de la enfermedad cardiovascular en la mujer.

RECOMENDACIONES

- Elaborar e implantar una guía de actuación integrada (Atención Primaria-Atención Especializada-Urgencias-Emergencias 061) para las enfermedades cardiovasculares, tras el establecimiento del "código infarto" haciendo hincapié en el SCASEST.



- Vigilar la adherencia al tratamiento de los pacientes con CI crónica.
- Para mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular nos remitimos a los apartados de hipertensión arterial y dislipemia de este III Plan de Salud.
- Información a través los centros de salud y campañas preventivas de la repercusión de la enfermedad cardiovascular en la mujer.

INDICADORES

34. Número de ingresos hospitalarios anuales por cardiopatía isquémica como diagnóstico principal.
35. Número de ingresos hospitalarios anuales por SCACEST, IAM con elevación del ST, como diagnóstico principal.
36. Número de ingresos hospitalarios anuales por SCASEST, IAM sin elevación del ST, como diagnóstico principal.
37. Número de "Códigos Infarto" anuales activados en La Rioja.
38. Número y porcentaje de pacientes con diagnóstico de SCACEST, IAM con elevación del ST, que han recibido terapia de reperfusión.
39. Número y porcentaje de pacientes con diagnóstico de SCACEST, IAM con elevación del ST, a los que se les ha realizado ICP primaria.
40. Tiempo de llamada desde el inicio de los síntomas de dolor torácico en el IAM con elevación del ST.
41. Tiempo de acceso a terapia de reperfusión desde aviso a Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA).
42. Mortalidad hospitalaria por IAM con elevación del ST.
43. Mortalidad hospitalaria por SCASEST, IAM sin elevación del ST.

44. Mortalidad hospitalaria por cardiopatía Isquémica.
45. Numero de paradas cardiorrespiratorias (PCR) extrahospitalarias atendidas.
46. Porcentaje de pacientes con PCR extrahospitalaria que sobreviven sin secuelas neurológicas.
47. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes/año por CI.
48. Número de consultas desde atención primaria, de pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica crónica.
49. Numero de DUE y pacientes que reciben cursos de formación en cardiopatía isquémica aguda y crónica.
50. Número de profesionales sanitarios que reciben formación acerca de la presentación de la cardiopatía isquémica en la mujer.

4. Electrofisiología, Arritmias, Estimulación Cardíaca. Fibrilación Auricular

Análisis de la situación

La aritmología, como la mayoría de las disciplinas en cardiología ha experimentado grandes avances que la configuran como una parte fundamental de la Cardiología. Los cambios más relevantes son los siguientes: 1) la aparición de las técnicas de ablación para el tratamiento de las taquiarritmias supraventriculares y ventriculares y ya han demostrado su eficacia en una arritmia tan prevalente como la fibrilación auricular; 2) la eficacia de los desfibriladores automáticos implantables (DAI) para evitar la muerte súbita; 3) la utilidad de los marcapasos de resincronización para tratar a un número importante de pacientes con insuficiencia cardíaca, y 4) la identificación de nuevas entidades arritmogénicas de origen genético, las canalopatías, que explican la muerte súbita inesperada, sobre todo en jóvenes.

La actividad en el campo de la aritmología del Hospital San Pedro, contempla en la actualidad consultas monográficas de arritmias, consultas de revisión de dispositivos



(marcapasos, DAI, TRC), monitorización domiciliaria de dispositivos, cardioversiones eléctricas programadas, e implantación y programación de dispositivos.

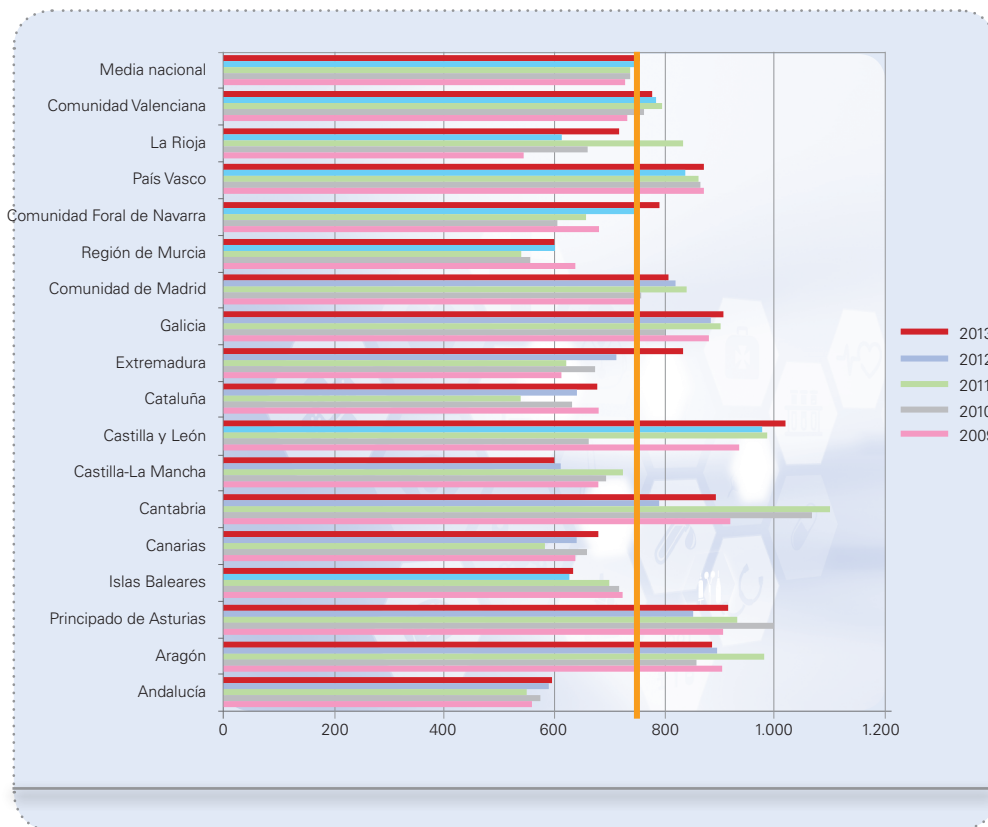
El número de procedimientos de implantación de dispositivos se ha ido incrementando en los últimos años, como podemos ver en las Figuras 7 y 8, como consecuencia del envejecimiento de la población. Datos de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) 2009-13 sitúa la tasa de implantes del último año en 771 por millón de habitantes en nuestra comunidad, como corresponde a la media nacional (14). Sin embargo el número de procedimientos de resincronización en La Rioja es ligeramente inferior a la media nacional. Respecto a los implantes de desfibriladores en 2014 la tasa de implantes de nuestro centro es de 111 por millón de habitantes, en consonancia con la media nacional de 104.

FIGURA 7. Número de marcapasos totales y primoimplantes en España, por millón de habitantes. Periodo 2000 – 2013.



R. Coma Samartín, F. Ruiz Mateas, M. L. Fidalgo. Registro Español de Marcapasos. X Informe Oficial de la Sección de Estimulación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (2012). *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:959-72 - Vol. 66 Núm. 12.

FIGURA 8. Evolución 2009-13 del número de marcapasos por millón de habitantes, media nacional (línea vertical) y por comunidades autónomas.



R. Coma Samartín, F. Ruiz Mateas, M. L. Fidalgo. Registro Español de Marcapasos. X Informe Oficial de la Sección de Estimulación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (2012). Rev Esp Cardiol. 2013;66:959-72 - Vol. 66 Núm. 12.

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente, tiene lugar en un 2% de la población general. Su incidencia aumenta con la edad, situándose entre el 15 y el 20% en octogenarios. La presencia de fibrilación auricular aumenta 5 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) y uno de cada 5 ACV se atribuye a esta arritmia. El abordaje terapéutico tiene tres vertientes, la farmacológica, la eléctrica (cardioversión eléctrica) y la electrofisiológica (ablación de venas pulmonares.) Pero además en el centro de todo este manejo terapéutico está la anticoagulación como forma de prevenir el ACV y como tratamiento imprescindible para realizar de forma segura una cardioversión eléctrica (CVE).

Hasta la aparición de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) no existía la duda de cuál era el mejor tratamiento anticoagulante para los pacientes, ya que solamente disponíamos de los antivitamina K. Es con la aparición de los NACOs

cuando es necesario valorar qué perfil de paciente se puede beneficiar de estos nuevos fármacos. De la adecuada utilización de los anticoagulantes se debe obtener una disminución de las complicaciones embólicas de la FA y una disminución de las complicaciones hemorrágicas de dicho tratamiento. Una prioridad es la educación-formación a todos los implicados en anticoagulación (profesionales sanitarios y pacientes) y la gran importancia de la adherencia al tratamiento.

Son numerosos los procedimientos de cardioversión eléctrica de la FA que tienen que retrasarse por una inadecuada anticoagulación con antivitamina K, este problema se podría soslayar utilizando los NACOs. Durante el año 2013 se realizaron en el servicio de Cardiología de nuestro centro 40 cardioversiones eléctricas programadas y tuvieron que ser suspendidas-retrasadas 20 cardioversiones (el 50%). En el año 2014 se han realizado 77 cardioversiones eléctricas retrasándose 18 (22.70%).

Es necesaria una comunicación permanente entre Hematología y las diferentes especialidades que pueden indicar en este momento tratamiento anticoagulante oral (TAO) Cardiología, Neurología, Medicina Interna.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la mortalidad y morbilidad de pacientes que precisan la implantación de un dispositivo de estimulación cardiaca (Marcapasos, Desfibrilador Automático Implantable, Terapia de Resincronización Cardiaca (MP, DAI, TRC).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar los implantes de dispositivos de estimulación (especialmente marcapasos) en el plazo de 24-48 horas desde su indicación, para los pacientes ingresados.
- Realizar los implantes de dispositivos de estimulación, de pacientes ambulatorios en lista de espera en plazo aproximado de 1-2 semanas.
- Aumentar la oferta y/o realización de procedimientos de resincronización, según las guías internacionales y tomando una decisión consensuada en sesión clínica de manera individual para cada paciente.

RECOMENDACIONES

- Crear la posibilidad de implantación diaria de dispositivos de estimulación cardiaca en el Servicio de Cardiología
- Implantar el manejo informático de la consulta de dispositivos de estimulación.
- Alcanzar un nivel de implantes de resincronización similar a la media nacional. En torno a 55/millón de habitantes.
- Disponibilidad de programación de dispositivos y evaluación de su correcto funcionamiento en horario de atención continuada.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir el tiempo de respuesta para realizar una cardioversión eléctrica.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Reducir el número de cardioversiones eléctricas programadas y no realizadas por anticoagulación no óptima.

RECOMENDACIONES

- Introducir los NACOs en la estrategia de manejo para la cardioversión eléctrica programada.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir las complicaciones embolicas de la fibrilación auricular así como las complicaciones hemorrágicas derivadas del tratamiento anticoagulante de la misma.



OBJETIVO ESPECÍFICO

- Optimizar la terapia anticoagulante oral para cada paciente de acuerdo a sus características clínicas y su posterior control.

RECOMENDACIONES

- Vigilar de manera sistemática TRT (tiempo en rango terapéutico), en consultas de cardiología, medicina interna, neurología, hematología.
- Vigilar de manera sistemática complicaciones de TAO.
- Mejorar la adhesión y seguridad del tratamiento antitrombótico oral.

INDICADORES

51. Demora media en la implantación de distintos dispositivos de estimulación (DAI; MP;TRC)en pacientes ingresados y desde su indicación.
52. Porcentaje de pacientes hospitalizados con indicación de marcapasos a los que se les realiza en un plazo inferior a 48h.
53. Demora media en la implantación de distintos dispositivos de estimulación (DAI; MP;TRC)en pacientes ambulatorios y desde su indicación.
54. Porcentaje de pacientes en lista de espera para implante o recambio de marcapasos a los que se les realiza en un plazo inferior una semana.
55. Porcentaje de pacientes citados en consulta de marcapasos con los datos integrados en selene.
56. Porcentaje de pacientes programados para CVE, con anticoagulación óptima a los que se realiza el procedimiento.

- 57. Porcentaje de pacientes en fibrilación auricular con TRT inadecuado en que se inicia NACO.
- 58. Porcentaje de pacientes en fibrilación auricular con antivitamina K que sufren complicaciones embólicas o hemorrágicas a los que se sustituye por NACOs.

Bibliografía

1. INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria (EMH) 2012. www.ine.es.
2. Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin* 2005; 124 (16):606-12.
3. World Health Organization, ed. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, 2009.
4. Gobierno de La Rioja. Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja.
5. OMS. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. WHO/DCO/WHD/2013.2. www.who.int/es
6. Banegas JR, Graciani A, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Gutiérrez-Fisac JL, López-García E et al. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid, 2011.
7. Instituto de Salud Carlos III. Tasas de mortalidad comparada. www.isciii.es
8. Adán Gil, Francisco M. Fundación HTA. Sal e Hipertensión Arterial. Documentos SEHLELHA. 2013. Jarpyo Ed. S.A. www.seh-lelha.org/pdf/salyhta.pdf
9. A. Brea, D. Mosquera. Programa de Detección de Dislipemias Genéticas en la Comunidad Autónoma de La Rioja. 2007.
10. Protocolo de Hipertensión Arterial. La Rioja, abril 2014.
11. I Sayago-Silva, F Garcia-Lopez y J Segovia-Cubero. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años *Rev Esp Cardiol*. 2013;66(8):649–656.
12. E. Ruiz Ruiz, E. Ramalle Gómara. Registros de enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica en La Rioja: tendencias en la incidencia y mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica en La Rioja. *Boletín epidemiológico de La Rioja*. 2013; 5 (6): 125-146.
13. LJ Alonso. R Lahoz. L Echeverría, MI Ruiz de Ocenda, R Nadal. Estrategia de Cronicidad en Insuficiencia Cardiaca en La Rioja. 2015.
14. R. Coma Samartín, F. Ruiz Mateas, M. L. Fidalgo. Registro Español de Marcapasos. X Informe Oficial de la Sección de Estimulación Cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología (2012). *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:959-72 - Vol. 66 Núm.12.



CAPÍTULO

12

ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES



Coordinadora: Serrano Ponz, Marta

Expertos/as: Echeverría Cubillas, Purificación; López Pérez, M^a Ángeles; Marín Méndez, Honorio Álvaro; Mosquera Lozano, José Daniel; Porres Gómez, Beatriz; Rubio Lejardi, M^a Aranzazu; Sedano García, José Ignacio; Sequera Pérez, Laura; Sola Lapeña, Carlos

Consultor: Khalil Kassem, Hassane



Análisis de situación

El ictus constituye uno de los principales problemas socio-sanitarios en España y a nivel mundial. Es una de las enfermedades neurológicas más prevalentes, siendo el principal motivo de hospitalización neurológica y una de las que más gasto sanitario consume, tanto durante la fase aguda como posteriormente, ya que es la principal causa de discapacidad en el adulto. A esto debe añadirse el coste indirecto de la enfermedad, en cuanto a pérdida de capacidad laboral del paciente o de sus cuidadores, adecuación domiciliaria, etc.

En España se calcula una incidencia de entre 120 y 300 casos/100.000 habitantes/año, siendo algo menor en mujeres, y multiplicándose por diez en mayores de 70 años (1). Un estudio realizado en 2005, mediante una red de médicos centinela en una población de 201.205 habitantes mayores de 14 años, mostró una tasa de incidencia de 141/100.000 habitantes, inferior a la registrada en otros países (2). Otro estudio realizado en La Rioja usando como fuentes de datos complementarias las altas hospitalarias (CMBD) y el registro de mortalidad, estimó una tasa cruda de incidencia de 304.6/100.000 y ajustada por edad de 171.1/100.000 (ajustada a la población europea) y de 107.9/100.000 (ajustada a la población mundial) (3). (Tabla 1, Figura 1)

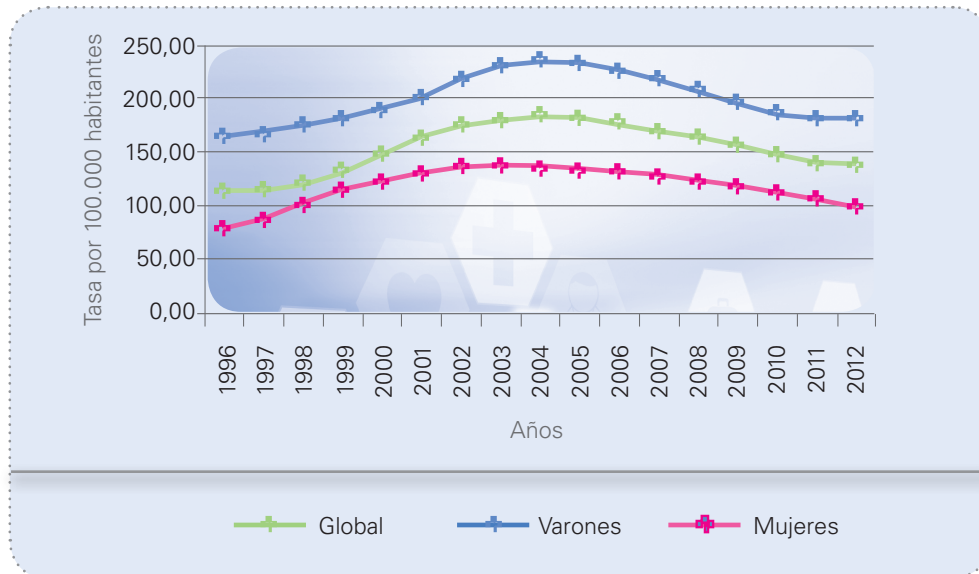
TABLA 1. Altas hospitalarias según el sexo y el diagnóstico principal. La Rioja 2012.

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Todas las causas	35.333	100	17.319	49,01	18.014	50,98
Isquemia cerebral transitoria	138	0,39	63	0,36	76	0,42
Enfermedades cerebrovasculares	953	2,69	505	2,91	448	2,48
Enfermedades cerebrovasculares + Isquemia cerebral transitoria	1.091	3,08	568	3,27	524	2,90

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de la Encuesta morbilidad hospitalaria 2013. INE, 2015.*



FIGURA 1. Tasas de Incidencia de Enfermedades Cerebrovasculares por 100.000 habitantes en La Rioja, 1996-2012 (datos suavizados).



Fuente: Boletín Epidemiológico de La Rioja, Nov-Dic 2013, Volumen 5, N°6

Las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares han mostrado una clara tendencia a la disminución, tanto en el sexo masculino como en el femenino, pero aún así, la enfermedad cerebrovascular es la segunda causa de muerte en la población española, la primera en mujeres. (Tablas 2 y 3; Figura 2). (Véase también Figura 2-3. Mortalidad por causa específica, sexo y Comunidad Autónoma (Porcentaje). Página 39).

TABLA 2. Mortalidad por las causas específicas más importantes en hombres y mujeres (porcentaje del total de las muertes). La Rioja 2012.

Causa específica	Hombres	Mujeres
Isquemia Cardíaca	9,70	6,64
Cáncer de Pulmón	8,77	1,06
Enfermedades Cerebrovasculares	6,47	9,89
Enfermedades del Corazón, otras	5,47	7,56
Cáncer de Colorrectal	5,16	3,60
EPOC	4,91	1,77
Cáncer de Próstata	3,36	-
Alzheimer	2,86	5,87
Insuficiencia Cardíaca	2,80	5,80
Cáncer de Estómago	2,36	2,40
Demencia, no Especificada	2,30	4,88
Enfermedad Hipertensiva	2,11	3,82
Diabetes	1,36	2,61
Cáncer de Mama	-	2,61

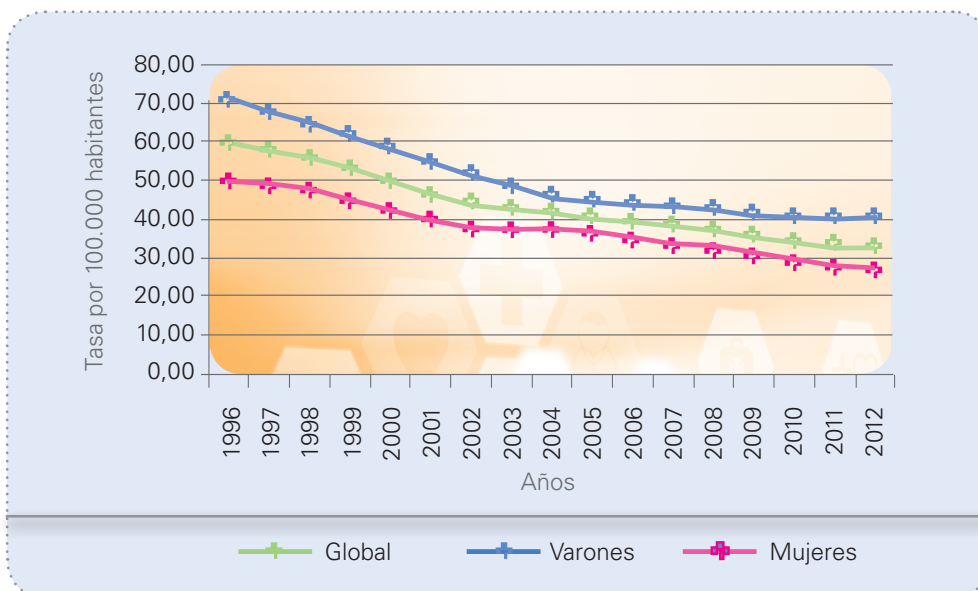
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología.

TABLA 3. Enfermedades cerebrovasculares. Tasa de mortalidad estandarizada por 100.000 habitantes en la UE (28 países), España y La Rioja, media de 3 años en todas las edades.

	2006-2008			2007-2009			2008-2010		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
UE (28 países)	84,6	124,0	78,2	80,2	118,6	72,9	76,5	113,8	71,5
España	84,2	91,0	76,8	79,7	87,3	72,5	74,6	80,1	68,1
La Rioja	114,5	92,9	106,4	109,5	88,1	101,7	105,2	82,1	97,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat, datos actualizados a 4-4-2014; consultada el 8-8-2014

FIGURA 2. Tasas de Mortalidad de Enfermedades Cerebrovasculares por 100.000 habitantes en La Rioja, 1996-2012 (datos suavizados).



Fuente: Boletín Epidemiológico de La Rioja, Nov-Dic 2013, Volumen 5, N°6.

No sólo por su mortalidad es importante, también tiene una morbilidad nada desdeñable, siendo la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia. Este problema claramente se verá agravado dentro de unos años en relación con el progresivo envejecimiento de la población española; el 75% de los ictus afectan a pacientes mayores de 65 años y se ha calculado que para el año 2025, 1.200.000 españoles habrán sobrevivido a un ictus, de los cuales más de 500.000 tendrán alguna discapacidad (4,5).

Sin embargo, el ictus se puede prevenir y tratar de manera eficaz. La aplicación de medidas preventivas, como el control de ciertos factores de riesgo vascular, disminuye de forma drástica la incidencia de ictus y una vez que se ha diagnosticado esta enfermedad, un tratamiento adecuado y precoz mejora significativamente la evolución de los pacientes, ya que reduce la mortalidad y la probabilidad de dependencia.

Factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular

Son numerosos los factores de riesgo (FR) que se han relacionado con el ictus, los más importantes son la edad y el sexo, entre los no modificables, y la hipertensión arterial (HTA), el tabaquismo, la diabetes mellitus (DM), el consumo de alcohol,

las dislipemias, la obesidad y la presencia de cardiopatías embolígenas, entre los que podemos actuar y modificar. La carga de enfermedad que un FR genera en la población depende de su prevalencia, de la intensidad de la asociación de dicho factor con la enfermedad y de su valor predictivo. Los FR son los responsables de una parte muy importante de los ictus en la población. Además, los FR se potencian entre sí y se presentan frecuentemente asociados. Analizaremos los más importantes en relación con la patología cerebrovascular: HTA, tabaquismo, DM, dislipemia y la fibrilación auricular (FA).

Hipertensión arterial. Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, el 17,5 y 19,5% de hombres y mujeres mayores de 15 años se declara hipertenso, siendo las cifras para La Rioja de 15.5 y 18.5% para hombres y mujeres, respectivamente. Las cifras varían, de forma importante, en diferentes estudios publicados. En un reciente estudio nacional la prevalencia de HTA, en población adulta, en 11 CCAA que aportaron una estimación, osciló del 15% de Andalucía al 35% de Canarias (6). En Baleares fue del 47,8% en población de 35-74 años. El porcentaje del total de hipertensos (tratados o no) en los que se alcanzaron objetivos de control, en las 5 CCAA que proporcionan este dato, osciló del 22,7% de la Comunidad Valenciana al 61,3% de Cataluña, aunque esta consideró buenas cifras por debajo de 160/95 mm de Hg en mayores de 14 años. De las 7 CCAA que contemplaron un indicador de control de la HTA (porcentaje de pacientes controlados), sólo Cataluña y Murcia incorporaron un segundo indicador para pacientes con riesgo cardiovascular elevado y diabetes o insuficiencia renal, respectivamente. El estándar esperado varió del 33% de Madrid al 64,6% de Cataluña (52,9% en pacientes con riesgo cardiovascular elevado). En Murcia, el objetivo fue conseguir una mejora del 10% en el control respecto al año anterior. Asturias, Baleares y País Vasco incluyen en el sistema de incentivos de Atención Primaria el porcentaje de población con riesgo vascular alto en el que se alcanzan objetivos de control de la presión arterial. En el único estudio realizado en la CCAA de La Rioja sobre riesgo cardiovascular ya en el año 1995 detectaba una prevalencia de HTA en adultos del 43,6% (7). Hemos de tener en cuenta que en la mayoría de los estudios publicados el control de la presión arterial nunca es superior al 33%.

Tabaquismo. El consumo de tabaco constituye uno de los principales riesgos para la salud del individuo, y es la principal causa de morbilidad prematura y prevenible en cualquier país desarrollado. Las estimaciones realizadas en España señalan que el tabaco fue el causante de 4.836 muertes por enfermedad cerebrovascular, lo que supone el 28% de las muertes cerebrovasculares en varones,



y el 3% en mujeres. El tabaquismo es un predictor independiente de enfermedad vascular cerebral en ambos sexos y en todas las edades. Una revisión sistemática de estudios observacionales mostró que el riesgo de ictus en personas fumadoras de ambos sexos, y de cualquier edad, fue un 50% superior al riesgo entre los no fumadores. El consumo de tabaco se asocia a un riesgo dos a tres veces superior de sufrir ictus hemorrágico, principalmente una hemorragia subaracnoidea.

En España según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 el 28% de varones y el 20% de las mujeres mayores de 14 años fumaban diariamente. En La Rioja este porcentaje es del 19.8% para las mujeres y 29.2% para los hombres (8).

Diabetes mellitus. La DM es un importante factor de riesgo de cardiopatía isquémica e ictus. La mitad de las personas con DM tienen asociados otros factores de riesgo vascular como HTA, la dislipemia y sobrepeso. La frecuencia de DM está aumentando de forma paralela al incremento de la obesidad. Por otra parte, el riesgo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular en personas con DM, es mayor en mujeres que en varones. Además de una mayor susceptibilidad a padecer aterosclerosis en los hombres con DM, el riesgo de ictus es entre 2,5 y 4,1 veces superior y en mujeres entre 3,6 y 5,8 veces superior, que tras ajustar por otros FR, el riesgo es dos veces superior, indicando que la DM es un FR independiente de ictus.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 el 7,1 y 6,8 % de hombres y mujeres mayores de 15 años se declara diabéticos; en nuestra Comunidad los datos son de 7.38% de hombres y 4.98% de mujeres. El estudio [Di@bet.es](#) es un estudio epidemiológico transversal, de ámbito nacional, en que participaron centros de la Comunidad Autónoma de La Rioja (incorporados en la zona norte del estudio) y se encontró que la prevalencia de DM tipo 2 era de 12,5% (11,4-13,6) (9).

Dislipemia. En la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 el 16 y 17 % de hombres y mujeres mayores de 15 años se declara dislipémico; en La Rioja 13.25% de hombres y 13.15% de mujeres. En el estudio ya mencionado de FR en La Rioja el 56,4% de los adultos presentaba una cifra de colesterol total superior a 200 mg/dl (7). En el ya citado estudio [Di@bet.es](#) el porcentaje de hipercolesterolémicos alcanzó el 50% de los estudiados. El Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA) (10,11), estudio transversal representativo de la población española de 18 y más años de edad, realizado de 2008 a 2010, obtuvo una prevalencia de colesterol plasmático > 200 mg/dl del 50 % (48 % en varones y 52 % en mujeres). Respecto

al cumplimiento de objetivos para el control de la dislipemia, no se alcanzan en la mayoría de los pacientes, alejándonos más conforme aumenta el riesgo cardiovascular global.

Fibrilación auricular. La FA es una arritmia frecuente que afecta al 2-5% de la población general por encima de los 60 años, y a más del 14% a partir de los 80. Está presente en el 15% de los pacientes que sufren un ictus y en el 2-8% de los que sufren un accidente isquémico transitorio. El riesgo de ictus es alto en los portadores de una FA, en torno al 2-5% al año. La FA de origen no valvular es la causa más frecuente de ictus de origen cardioembólico. Es un FR de ictus, especialmente en pacientes de más de 75 años, con HTA, insuficiencia cardíaca (o fracción de eyección inferior a 30%), DM, así como en pacientes con antecedentes de ictus isquémico o ataque isquémico transitorios previos.

Hasta la aparición de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs), no existía la duda de cuál era el mejor tratamiento anticoagulante para los pacientes, ya que solamente disponíamos de los fármacos antagonistas de la vitamina K. Actualmente la selección del tratamiento anticoagulante más adecuado debe valorarse dependiendo de las características de cada paciente.

Todo paciente con fibrilación auricular debe ser valorado individualmente para establecer un adecuado balance beneficio-riesgo del tratamiento.

Atención al ictus agudo

Durante muchas décadas, la atención a los pacientes que sufrían un ictus se limitó a proporcionarles unos cuidados básicos, esperando, en la fase aguda, la evolución natural del cuadro e intentando recuperar sus capacidades funcionales mediante actividades de rehabilitación. Sin embargo, desde finales de los años noventa, la situación en el tratamiento de los pacientes con ictus ha cambiado de manera radical. Las aportaciones realizadas por diferentes estudios, inicialmente internacionales y posteriormente replicados a nivel nacional, demuestran que la mayoría de los pacientes que sufren un ictus pueden beneficiarse en el pronóstico de su enfermedad si se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento fibrinolítico y/o son atendidos en Unidades de Ictus.

La atención especializada en Unidades de Ictus y el tratamiento trombolítico constituyen la mayor contribución al tratamiento del ictus isquémico en las últimas décadas. Aunque hasta la fecha el único tratamiento específico aprobado para el ictus isquémico agudo es el tratamiento trombolítico intravenoso, sólo un pequeño porcentaje de los pacientes beneficia del mismo, debido en gran parte a la estrecha ventana terapéutica para su administración, máxima de 4.5 horas (12,13).

Por lo tanto, esta enfermedad es un buen ejemplo para ilustrar la necesidad de organizar programas asistenciales, que aseguren la atención urgente de los pacientes, su traslado a los centros sanitarios con los medios especializados necesarios, y el tratamiento adecuado durante todo el proceso de su enfermedad, al igual que mejorar el conocimiento de la enfermedad en la población general, mejorando la prevención y la detección de síntomas de forma rápida. Las campañas de información, la educación a la población y al personal sanitario, sobre los síntomas de alarma, son fundamentales para el reconocimiento inmediato del ictus y la puesta en marcha de toda la cadena asistencial.

Desde el año 2010 La Rioja cuenta con la implantación del Código Ictus (CI), sistema de alarma para reducir al máximo los tiempos desde el inicio de los síntomas hasta el acceso a la atención especializada y al tratamiento específico; desde julio de 2014 está en funcionamiento además la Unidad de Ictus, 4 camas destinadas al control semi-intensivo de los pacientes con enfermedad cerebrovascular en La Rioja.

En la última década, hemos asistido además al desarrollo y proliferación de técnicas neurorradiológicas intervencionistas para el tratamiento del infarto cerebral agudo, aneurismas y estenosis arteriales. Los sistemas de telemedicina con asesoría remota de un neurólogo experto en directo, pueden ser útiles para la evaluación del paciente y la decisión de tratamientos específicos o avanzados (hospitales de referencia de Ictus o centros Terciarios de Ictus) cuando no hay disponibilidad de esta asistencia *in situ* (14).

La rehabilitación tras el ictus es un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos, que tiene como finalidad fundamental tratar y/o compensar los déficits y la discapacidad para conseguir la máxima capacidad funcional posible en cada caso, facilitando la independencia y la reintegración al entorno familiar, social y laboral. El inicio de la misma en la fase aguda del ictus disminuye la mortalidad, mejora el pronóstico funcional y favorece la rápida reincorporación del paciente al domicilio, pero es un proceso complejo que requiere de un equipo multidisciplinar formado por distintos profesionales y coordinado por un médico especialista en medicina física y rehabilitación.

La rehabilitación debe incluir tratamientos de fisioterapia y terapia ocupacional. Además, todos los pacientes que presentan alteraciones del lenguaje deben ser tratados por un Logopeda (15, 16). Por ello, se ha de garantizar, por parte de los servicios sanitarios, el acceso a los tratamientos de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional a todo paciente afecto de un ictus cerebral que lo precise.

En el área de salud dependiente del Servicio de Rehabilitación del Hospital San Pedro, un médico especialista en medicina física y rehabilitación coordina un grupo terapéutico que incluye fisioterapeutas y logopedas. El terapeuta ocupacional debe ser además parte fundamental del proceso. La terapia ocupacional utiliza la actividad, la ocupación, como método terapéutico, que a través de la valoración de las capacidades y los déficits y del adecuado tratamiento busca alcanzar el mayor grado, de independencia posible, en la vida diaria, mientras el paciente se recupera o se adapta a su discapacidad (17).

Después del ictus

Tras el ictus y una vez superada la fase aguda, se debe potenciar en la medida de lo posible la reinserción del paciente a su vida personal y social, mediante programas de rehabilitación integral al alta hospitalaria así como la implantación de medidas de apoyo tanto al paciente como a sus cuidadores, basadas en la información, educación y acceso a la red de servicios sociales.

La principal causa de muerte y discapacidad tras un ictus, es la recurrencia del mismo, que en la mayoría de los casos tiene lugar en el primer año, y más aún en los primeros tres meses. El ictus recurrente es más grave tanto en términos de mortalidad como de discapacidad, aumentando la primera en un 73% y la dependencia funcional en casi un 40%. Estos datos nos obligan a hacer un esfuerzo en optimizar las medidas de prevención secundaria tanto en el ámbito de la Atención Primaria como Especializada (18).

Prioridades y justificación

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, la atención al ictus representa, hoy día, un parámetro clave del funcionamiento de un servicio sanitario, y las bajas tasas de mortalidad y morbilidad aguda por esta causa suponen un indicador de calidad en la atención sanitaria.



OBJETIVO GENERAL

Reducir la morbimortalidad por enfermedad cerebrovascular aguda .

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir la incidencia.
- Mejorar la atención al ictus agudo.
- Reducir recurrencias.

RECOMENDACIONES

- Realizar una encuesta epidemiológica para conocer la prevalencia de los factores de riesgo vascular en la población de La Rioja.
- Proporcionar a todos los pacientes recomendaciones sobre hábitos de vida saludable: dieta equilibrada, mantenimiento del peso adecuado, actividad física diaria, abstinencia en el consumo de tabaco, abstinencia y/o consumo moderado de alcohol (1 ó 2 unidades de bebida estándar de consumo diario) y abstinencia para el resto de drogas (19,20).
- Proporcionar a los pacientes con algunos de los factores de riesgo vascular, información sobre los riesgos para su salud, así como recomendaciones para la reducción de los mismos.
- Proporcionar consejo breve y apoyo para el abandono del hábito tabáquico.
- Establecer un programa de detección de cardiopatías con alto riesgo embolígeno en Atención Primaria.
- Aumentar el conocimiento en la población sobre los síntomas de alarma, y pautas de actuación, que permita incrementar el porcentaje de pacientes que acceden de forma rápida al tratamiento específico.
- Establecer protocolos con Centros Terciarios de Ictus que permitan la pronta derivación de los pacientes con infarto cerebral agudo subsidiarios de tratamiento endovascular.

- Desarrollar sistemas de telemedicina que permitan la evaluación especializada lo más precoz posible así como la comunicación entre los diferentes centros de la misma CCAA y con el Centro Terciario de Ictus de referencia.
- Protocolizar el seguimiento en Atención Primaria tras el Ictus.
- Crear una herramienta en el ámbito de Atención Primaria que permita comprobar la adherencia al tratamiento médico.
- Controlar en Consultas Externas de Neurología a los pacientes con ictus y alto riesgo de recurrencia durante el primer año tras el evento vascular cerebral.
- Mejorar la adhesión y seguridad del antitrombótico adecuado tras el ictus isquémico mediante el control del Tratamiento Anticoagulante Oral (TAO).
- Proporcionar educación al paciente y familiares sobre el tratamiento antitrombótico.

INDICADORES

1. Tasas de Incidencia de enfermedad cerebrovascular por 100.000 habitantes por año en La Rioja.
2. Porcentaje de personas mayores de 14 años identificadas en A.P con algún factor de riesgo vascular.
3. Tasa de mortalidad general por ictus.
4. Mortalidad a los 7 días por enfermedad cerebrovascular.
5. Porcentaje de pacientes en los que se realiza consulta a través de telemedicina.
6. Existencia de protocolo consensuado de derivación para tratamiento endovascular al Centro Terciario en Ictus más próximo (SI/NO).
7. Existencia de herramienta desde AP que permita comprobar adhesión a tratamiento médico (SI/NO).

8. Porcentaje de pacientes con ictus seguidos en consultas externas de Neurología al año del evento.
9. Porcentaje de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales que se siguen controlados durante el primer año en la unidad de TAO.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la discapacidad tras el ictus.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Incrementar el tratamiento rehabilitador multidisciplinar.

RECOMENDACIONES

- Potenciar el tratamiento rehabilitador multidisciplinar desde el periodo intrahospitalario, incluyendo procedimientos de fisioterapia y logopedia.
- Incorporar programas de terapia ocupacional, con el objeto de minimizar la discapacidad y optimizar la máxima capacidad funcional posible.
- Proporcionar durante el ingreso hospitalario al paciente y cuidadores la formación e información necesarias para llevar a cabo los cuidados generales del paciente al alta.

INDICADORES

10. Porcentaje de pacientes con trastorno del lenguaje que son evaluados por logopeda durante el ingreso.
11. Porcentaje de pacientes valorados durante el ingreso por un terapeuta ocupacional.

OBJETIVO GENERAL

Favorecer la reinserción.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar atención y apoyo al paciente con discapacidad y sus familiares.
- Mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido un ictus y sus familias.
- Potenciar la colaboración con las asociaciones de pacientes que promueven programas específicos de atención a afectados.

RECOMENDACIONES

- Proporcionar, a las familias de los pacientes que han sufrido un ictus, conocimientos y habilidades que faciliten su reinserción.
- Informar y orientar sobre las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual tras el ictus y a sus cuidadores.

INDICADORES

12. Porcentaje de pacientes ingresados en la Unidad de Ictus que reciben educación por enfermería.

OBJETIVO GENERAL

Potenciar la formación e investigación en ictus.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Asegurar la formación continuada en ictus a los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que atienden al ictus.
- Potenciar las ayudas a la investigación.



RECOMENDACIONES

- Incluir, cada año, en el programa de formación continuada cursos de formación sobre patología cerebrovascular.
- Promover convocatorias por el Gobierno de La Rioja de proyectos de investigación interdisciplinar en ictus.

INDICADORES

- 13.** Número de cursos sobre enfermedad cerebrovascular incluidos en el plan de formación continuada/año.
- 14.** Número de proyectos de investigación becados.

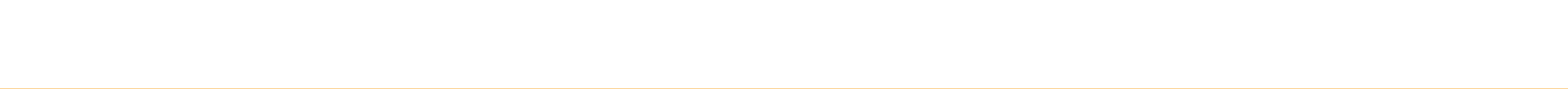
Bibliografía

1. M. J. Medrano Alberto, R. Boix Martínez, E. Cerrato Crespán, y M. Ramírez Santa-Pau, «[Incidence and prevalence of ischaemic heart disease and cerebrovascular disease in Spain: a systematic review of the literature]», *Rev. Esp. Salud Pública*, vol. 80, n.o 1, pp. 5-15, feb. 2006
2. T. Vega, O. Zurriaga, J. M. Ramos, M. Gil, R. Alamo, J. E. Lozano, A. López, M. T. Miralles, P. Vaca, M. del M. Alvarez, y Group of research for the RECENT project, «Stroke in Spain: epidemiologic incidence and patterns; a health sentinel network study», *J. Stroke Cerebrovasc. Dis. Off. J. Natl. Stroke Assoc.*, vol. 18, n.o 1, pp. 11-16, ene. 2009.
3. E. R. Enrique Ramalle-Gomara, «Hospital Discharges and Mortality Registries: 2 Complementary Databases for the Epidemiological Surveillance of Stroke.», *J. Stroke Cerebrovasc. Dis. Off. J. Natl. Stroke Assoc.*, 2013.4. Royo-Bordonada M.A. et al El estado de la prevención cardiovascular en España. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(1):7–14.
4. Organización Mundial de la Salud. Previsiones de cambio en la población. Disponible en : <http://who.int/home-page/index.es.shtml>.
5. Duran MA et al . Informe ISEDIC. Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas; 2004 (2.a edición).»

6. Royo-Bordonada M.A. et al El estado de la prevención cardiovascular en España. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(1):7–14.
7. Mosquera JD, Brea AJ, Ramalle-Gomara EE, Gómez Alamillo C, Márquez del Prado M, Sanz M. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población adulta de Logroño, La Rioja. *Clin Invest Arteriosclerosis* 2000;12:199-208.
8. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. [https:// www.msssi.gob.es/ estadEstudios/ estadisticas/ encuestaNacional/ encuesta2011.htm](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm)
9. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: theDi@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012;55:88–93
10. Banegas JR Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España: importancia de la dislipidemia *Nefrología Sup Ext* 2013;4(4):4-8
11. Guallar-Castillón P, Gil-Montero M, León-Muñoz LM, Graciani A, Bayán-Bravo A, Taboada JM, et al. Magnitude and management of hypercholesterolemia in the adult population of Spain, 2008-2010: The ENRICA study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2012;65:551-8
12. M. Alonso de Leciñana, J. A. Egido, I. Casado, M. Ribó, A. Dávalos, J. Masjuan, J. L. Caniego, E. Martínez Vila, E. Díez Tejedor, ad hoc committee of the SEN Study Group for Cerebrovascular Diseases, B. Fuentes, J. Álvarez-Sabin, J. Arenillas, S. Calleja, M. Castellanos, J. Castillo, F. Díaz-Otero, J. C. López-Fernández, M. Freijo, J. Gállego, A. García-Pastor, A. Gil-Núñez, F. Giló, P. Irimia, A. Lago, J. Maestre, J. Martí-Fábregas, P. Martínez-Sánchez, C. Molina, A. Morales, F. Nombela, F. Purroy, M. Rodríguez-Yañez, J. Roquer, F. Rubio, T. Segura, J. Serena, P. Simal, J. Tejada, y J. Vivancos, «Guidelines for the treatment of acute ischaemic stroke», *Neurol. Barc. Spain*, vol. 29, n.o 2, pp. 102-122, mar. 2014.
13. Edward C. Jauch, Chair; Jeffrey L. Saver, Vice Chair; Harold P. Adams,; Askiel Bruno; J.J. (Buddy) Connors; Bart M. Demaerschalk; Pooja Khatri; Paul W. McMullan; Adnan I. Qureshi; Kenneth Rosenfield; Phillip A. Scott; Debbie R. Summer; David Z. Wang; Max Wintermark; Howard Yonas; on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Clinical Cardiology., Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Clinical Cardiology. *Stroke* 2013;44:870-947.
14. Leila Eadie, Luke Regan, Alasdair Mort, Helen Shannon, Jason Walker, Ashish MacAden, Philip Wilson. Telestroke Assessment on the



- Move Prehospital Streamlining of Patient Pathways. 2015; 46: e38-e40.
15. Rehabilitación del Ictus: Modelo asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. 2009.
 16. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. Cerebrovasc Dis. 2008. Epub 2008.
 17. Royal College of Physicians (RCP): The intercollegiate Working Party. National Clinical Guidelines for Stroke. London (United Kingdom): RCP; 2004.
 18. Mohan KM, Wolfe CD, Rudd AG, Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Grieve AP. Risk and cumulative risk of stroke recurrence: a systematic review and meta-analysis. Stroke. 2011;42:1489–1494
 19. Maiques Galán a, Brotons Cuixart C, Villar Álvarez F, Martín Rioboó E, Banegas Banegas JR, Navarro Pérez J, Alemán Sánchez JJ , Lobos Bejarano JM, Ortega Sánchez-Pinilla R, Orozco-Beltrán D, Gil Guillén V. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPs. Aten Primaria. 2014;46(Supl 4):3-15.
 20. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Mayo 2009.



CAPÍTULO

13

SALUD MENTAL



Coordinador: Ortega Esteban, Miguel Ángel

Expertos/as: Aparicio González, Sonia; Díaz de Cerio Martínez Bujanda, Ana Belén; Ercilla Gil, M^º Victoria; Galarreta Calvo, Javier; Gutiérrez Gamarra, Carmen; Muñoz Castellanos, Julián; Rodríguez Méndez, José Ramón; Santolalla Arnedo, Iván

Consultora: Ruiz Nicolás, Belén



Análisis de situación

Según la OMS una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida. (1) Las enfermedades mentales representan un 12,5% de todas las patologías, un porcentaje superior al cáncer y a los trastornos cardiovasculares. (1) Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental. (1) Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad.(1)

El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.(2) Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado.(4)

La OMS calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales.

En Europa

Los estudios llevados a cabo en la población general confirman que los trastornos mentales son muy frecuentes y causan un alto grado de discapacidad, si bien ciertas cuestiones metodológicas, como la dificultad para la definición de "caso" y los diferentes criterios diagnósticos empleados, se reflejan en la variabilidad de las cifras de prevalencia e incidencia encontradas. En los países de la Unión Europea (UE), las estimaciones más conservadoras señalan que cada año un 27% de la población adulta (18-65 años) padece un trastorno mental, siendo los más frecuentes la ansiedad, la depresión, los trastornos somatomorfos y los relacionados con consumo de sustancias (8).

Los trastornos neuropsiquiátricos son la segunda causa de carga por enfermedad, sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares. (1)

La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6,2% de la carga causada por todas las enfermedades. (2)

El 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la Unión Europea lo ocupan los procesos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental. (5)



El coste social y económico de la enfermedad mental se calcula en torno al 4% del PNB de la Unión Europea, sobre los 182.000 millones de euros. (2)(1)

En España

Según el ESEMeD-España, el 19,5% de la población adulta española presentó alguna vez en la vida un trastorno mental (prevalencia-vida), siendo esta cifra más alta en mujeres (22,9%) que en hombres (15,7%). En relación con la prevalencia en los 12 meses previos a la realización del estudio (prevalencia-año), el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental (5,2% en hombres y 11,4% en mujeres). La relación entre prevalencia-año y prevalencia-vida puede considerarse un indicador indirecto de la duración o cronicidad de un trastorno.

Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado. Se estima que la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, en 1998, de 3.005 millones de euros. (2)

Los trastornos mentales graves afectan a un 2,5 - 3% de la población adulta, lo que en España supone más de un millón de personas. (2)

Un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida. En España la padecen 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar. (5)

La tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico, es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación, por 33 y en las toxicomanías, por 86. (2)(5)

El 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las personas con enfermedad mental crónica creen que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo si no se las hospitaliza. El 99% de los y las profesionales no lo cree. (5) Menos del 3% de las personas diagnosticadas de esquizofrenia y otras psicosis cometen actos de violencia. (1)

El estigma sigue siendo el principal obstáculo para que las personas con enfermedad mental accedan a un tratamiento adecuado y que se asegure su recuperación e integración social. (1) El principal ámbito de discriminación para las personas con

enfermedad mental es el laboral; sólo el 5% de las personas con enfermedad mental tiene un empleo regular, según un estudio en la Comunidad de Madrid. (6)

La Rioja

Incidencia atendida

En La Rioja la incidencia total atendida, se mantiene estable, siendo en 2002 de 8,69/1.000 hb y en 2010 de 8,60/1.000hb. Es de destacar que en el grupo de edad de menores de 15 años se produce una tendencia alcista en la tasa de incidencia atendida, siendo esta tasa en 2002 para menores de 15 de 8,43/1.000 hb y en 2010 de 13,44 /1.000 hb. Principalmente la elevación de la incidencia atendida se produce a costa de trastornos mentales inespecíficos que aumenta entre 2002 y 2010 algo más de cinco puntos. (7)

Prevalencia atendida

La prevalencia total atendida en el conjunto de servicios de salud mental de La Rioja, mantiene una tendencia ascendente desde hace más de 15 años. En el año 2002 la tasa de prevalencia atendida se situó en 27,70/1.000 hb, pasando en el 2010 a una tasa de 33,96/1.000 hb.

Por grupos de edad, se mantiene desde hace más de 10 años un aumento constante de la prevalencia en población menor de 15 años, se ha duplicado entre 2002 (15,30 /1.000 hb) y 2010 (31,87/1.000 hb). Siendo el aumento mayor de prevalencia en el grupo Trastornos de comportamiento/emoción Infancia y adolescencia, ésta tasa se incrementa en más de 10 puntos de 2001 a 2010 para este grupo de diagnóstico.

El incremento global de la prevalencia total atendida, se produce en todos los grupos de diagnóstico, pero principalmente a costa del grupo de trastornos mentales comunes o leves que pasa de una tasa de 7,82/1000 hb en 2002 a una tasa de 11,04/1.000 hb en 2010, siendo la frecuentación de consultas para este grupo de diagnóstico un 26,60% sobre la frecuentación total atendida en los Equipos de salud mental. Los trastornos mentales comunes han generado un total de 15.468 consultas frente a las 58.245 consultas totales en 2010. La procedencia de las primeras consultas (casos nuevos y reinicios) de personas atendidas en las Unidades de Salud Mental en 2010, el 45,56% se atiende a iniciativa de los Equipos de Atención Primaria.

Con la pretensión de confluir con las prioridades recogidas en la Estrategia Nacional de Salud Mental hemos priorizado en este capítulo de Salud Mental del III Plan de Salud de La Rioja las siguientes líneas:

1. Salud mental en Atención Primaria.
2. Atención al Trastorno Mental Grave y Persistente.
3. Prevención del suicidio.
4. Atención a los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias ilegales.
5. La atención a la Salud mental en la edad geriátrica.
6. La atención a la Salud mental en la edad infantojuvenil.
7. Actuaciones frente a la discriminación social y del estigma de las personas que padecen un Trastorno Mental.

1.- Salud Mental en Atención Primaria

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el primer nivel del sistema sanitario, en el que aproximadamente uno de cada cuatro pacientes atendidos presentan algún problema de salud mental. (2) En este sentido, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 incluye como uno de sus objetivos que las CC.AA. deben establecer procedimientos de apoyo desde la Atención Especializada en salud mental a la Atención Primaria para la detección y tratamiento precoz de los trastornos mentales.

Estado Actual

En España, según la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), uno de cada cuatro pacientes que acuden a las consultas de los centros de salud presenta algún problema psiquiátrico. Entre ellos se incluyen los más comunes, como ansiedad o estrés, somatizaciones por problemas familiares y laborales; o cuadros más graves, como la depresión o la esquizofrenia.

Uno de los estudios epidemiológicos más destacados sobre la prevalencia de los trastornos mentales realizados en población general española y utilizando una muestra representativa de las distintas comunidades españolas es el ESEMeD-España (dentro del proyecto European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Project). (9) En él se encuentra una prevalencia-año para “cualquier trastorno de ansiedad” del 6,20% (2,53% varones; 7,61% mujeres) y una prevalencia-vida del 9,36% (5,71% varones; 12,76% mujeres).

Dentro de los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de discapacidad y son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbi-mortalidad, a través del sufrimiento que generan, y los que más repercuten en las economías nacionales. Se trata de pacientes que realizan un gran número de consultas en los servicios de urgencias y comportan un tercio del total de los gastos económicos derivados del tratamiento de los trastornos mentales.

Debemos considerar también el impacto de estos trastornos en la situación de incapacidad laboral, prescripción que representa un alto coste para el sistema sanitario. Según datos de la OMS, los problemas de ansiedad y depresión constituyen las principales causas de incapacidad laboral temporal (IT) y permanente en los países desarrollados. En España los trastornos mentales son la segunda causa en frecuencia (por detrás de los diagnósticos de origen óseo-muscular) de los procesos gestionados de IT por parte de los médicos de atención primaria..

Factores de riesgo implicados

Sexo: El riesgo de padecer un trastorno de ansiedad es mayor en mujeres.

Edad: Se ha calculado que la edad media de aparición de las fobias específicas está en torno a los 7 años, 13 años para la ansiedad social y 24 años para el trastorno de pánico, y alrededor de los 30 años para el trastorno de ansiedad generalizada. Distintos estudios sugieren que los trastornos de ansiedad tienden a presentar una reducción de su incidencia a partir de la quinta década de la vida.

Comorbilidad psiquiátrica: Destaca la comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo y el consumo de distintas sustancias.



Comorbilidad médica: Los trastornos de ansiedad están asociados con una marcada repercusión funcional y con un incremento de las tasas de patologías crónicas como asma, EPOC, dispepsia, colon irritable, disfunción vestibular, hipotiroidismo, prolapso de válvula mitral y cefalea tensional.

OBJETIVO GENERAL

Favorecer la coordinación directa entre los profesionales de los Equipos de atención primaria y de salud mental de cada zona de salud para mejorar la calidad, la eficacia de las intervenciones y las derivaciones, generando sinergias que potencien los efectos terapéuticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Protocolizar los abordajes terapéuticos en salud mental y Atención Primaria con profesionales de ambos estamentos.
- Potenciar la atención por parte de Enfermería de Salud Mental y Atención Primaria en los cuidados de salud mental y en la responsabilización de los pacientes en los cuidados de su salud mediante la trasmisión de hábitos saludables, procedimientos terapéuticos y recomendaciones para el cumplimiento del tratamiento.

RECOMENDACIONES

- Establecer un procedimiento de reuniones presenciales para favorecer la transferencia de información y el establecimiento de objetivos terapéuticos comunes entre Atención Primaria y salud mental.
- Potenciar el empleo de las interconsultas dentro de la Historia Clínica Electrónica con comunicación entre médicos de Atención Primaria, psiquiatras y psicólogos clínicos.
- Promover el mejor conocimiento de la enfermedad mental entre la Atención Primaria, mediante la realización de cursos de formación.

INDICADORES

1. Número de protocolos elaborados para la atención a la salud mental.
2. Número de intervenciones anuales, por parte de Enfermería de Salud Mental y Atención Primaria, destinadas a los cuidados de salud mental de los pacientes y a la trasmisión de hábitos saludables y recomendaciones en salud.

2.- Atención al Trastorno Mental Grave y Persistente

Situación actual

Las personas que padecen una enfermedad mental grave y crónica sufren alteraciones en su desarrollo como individuos, no sólo en su salud mental, sino también en sus relaciones familiares, sociales y laborales, por lo que la atención de sus necesidades conlleva un importante consumo de recursos sanitarios y sociales.

La definición de trastorno mental grave con mayor consenso internacional es la que en 1987 formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), que define a este colectivo como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad, dependencia y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos socio sanitarios especializados. Este concepto de la enfermedad mental grave y crónica constituye el núcleo de un modelo asistencial multidisciplinar e integrador en la atención de este tipo de pacientes.

Se trata por tanto de una situación que precisa un abordaje integral complejo y prolongado en el tiempo, y que incluye aspectos tales como:

- Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
- Intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia.
- Atención interdisciplinar que aborde aspectos sociales, laborales, educativos, judiciales, etc.



A la hora de abordar la atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica, debemos tener presentes aquellas recomendaciones, declaraciones y peticiones que las distintas autoridades científicas y representantes de los ciudadanos que se han venido manifestando en los últimos años, y que han resultado fecundas en cuanto a la producción de estrategias para abordar el importante problema de la atención integral a las personas afectadas por estas patologías:

- Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki. (2005)
- Libro Verde. “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”. (Bruselas, 2005)
- Resolución de 6 de septiembre de 2006: “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la UE en materia de salud mental”
- Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar. (Bruselas, 2008)
- Conclusiones del Consejo de la UE sobre el Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar. (2011)
- Informe sobre la salud mental de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria del Parlamento Europeo. (Inf. 2008/2029)

Centrándonos en el Estado Español, es necesario hacer referencia a publicaciones promovidas desde el propio ámbito ministerial, tales como:

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009/2013, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006/2008, del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves, del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2011).

Las conclusiones de estas propuestas y sus recomendaciones, aceptadas tanto a nivel nacional como internacional, reconocen que los trastornos mentales graves que se mantienen en el tiempo son la principal causa de carga de enfermedad, tanto en el plano asistencial como en el familiar y social. Son también la principal causa

de discapacidad, dependencia y exclusión social en términos sociales, laborales o de equidad, y representan una importante causa de sufrimiento para las personas que los padecen y para sus familias. Por ello, resulta necesario afrontar estrategias y líneas de actuación que permitan atender de manera global y eficiente a las personas afectadas de trastorno mental grave a través de actuaciones dirigidas a asegurar la correcta atención sanitaria y la coordinación real con los otros sectores conectados con la realidad asistencial y social de estas personas y sus familias.

El abordaje del TMG es objeto del tratamiento socio-sanitario, lo que implica la coordinación política y técnica de los sistemas sanitarios y sociales (sistema riojano de atención a la discapacidad y dependencia, servicios sociales generales, etc) para el diseño, implantación y control de los recursos destinados a estas personas.

OBJETIVO GENERAL

Garantizar una atención sanitaria de calidad y la coordinación con los otros sectores conectados con la realidad asistencial y social de estas personas y sus familias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir la condición de persona con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con criterios operativos, así como las diferentes necesidades que puede presentar en cada momento de su evolución.
- Elaborar un Programa de Atención a Personas con TMG, donde se definan los recursos necesarios para la adecuada atención integral y de continuidad de cuidados, desde el ámbito sanitario y social, orientado a promover la autonomía e integración social y laboral de estas personas, trabajando de un modo complementario y coordinado que permita mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.
- Desarrollar sistemas de coordinación interinstitucional con atención primaria, servicio de emergencias 061, otros servicios de atención especializada, los servicios sociales, justicia y otros departamentos de la administración relacionados con las necesidades de las personas con trastorno mental grave y crónico, y sus familiares.

- **Mejorar la formación, docencia e investigación en TMG.**

RECOMENDACIONES

- Crear un registro de personas con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con los criterios que definen a la persona con trastorno mental grave y crónico.
- Definir el perfil y las actuaciones del gestor de caso, o profesional de la Red de Salud Mental asignado a cada persona incluida en el registro de personas con trastorno mental grave y crónico, como garante de la continuidad de cuidados y de la coordinación con los servicios sociales, favoreciendo la adherencia al tratamiento y evitando los abandonos
- Implementar una vía integrada de atención a la persona con trastorno mental grave y crónico.
- En todos los dispositivos y programas de la Red de Salud Mental se implementarán actuaciones orientadas a la detección, derivación y atención, de manera rápida y eficaz, de las personas con trastorno mental grave y crónico, en el nivel más adecuado para sus necesidades en cada momento evolutivo de su enfermedad.
- Diseñar un plan de tratamiento integral para cada persona afectada por trastorno mental grave y crónico, elaborado desde la atención psiquiátrica y desplegado hacia otros niveles de atención, especialmente los servicios sociales y atención primaria.
- Incrementar el número de personas que, de acuerdo con sus necesidades, reciben tratamiento en programas de rehabilitación psicosocial como prevención terciaria, tal como recoge la Cartera Común Básica de Servicios Asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
- La creación de dispositivos especializados de atención en la comunidad y en el domicilio, que fomenten la plena integración y mantenimiento autónomo de la persona con trastorno mental grave y crónico en el entorno donde reside. Recursos asistenciales alternativos a la hospitalización agudos como los hospitales de día.

- Implementar una red de recursos de alojamiento especializado para personas con TMG (pisos tutelados, miniresidencias, viviendas especializadas, etc).
- Implementar recursos residenciales (pisos tutelados y miniresidencias).
- Introducir, dentro de la vía integrada de atención al paciente con trastorno mental grave y crónico, un programa de tratamiento asertivo comunitario en toda el área sanitaria de La Rioja
- Avanzar en la mejora de la valoración de la situación de dependencia derivada de un trastorno mental.
- Desarrollo de actividades de formación continuada con el objeto de aumentar los conocimientos en Salud Mental en el ámbito laboral de la Atención Especializada y Atención Primaria de Salud.
- Fomentar el desarrollo de la formación especializada en Salud Mental, promoviendo la acreditación docente en las diversas especialidades implicadas en la Salud Mental.
- Fomentar la investigación epidemiológica y clínica en Salud Mental. Potenciar la investigación en salud mental en el Servicio Riojano de Salud. Convocatoria de becas de investigación anuales. Desarrollar estudios epidemiológicos que permitan conocer la incidencia del trastorno mental así como los factores asociados a la enfermedad. Potenciar el funcionamiento del "Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos".

INDICADORES

3. Existencia del documento que defina la condición de persona con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con criterios operativos, así como las diferentes necesidades que puede presentar en cada momento de su evolución.
4. Existencia de un registro de personas con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con los criterios definidos.
5. Existencia de un programa de atención integral y continuidad de cuidados para la atención a personas con TMG.

6. Existencia de un Plan de Salud Mental actualizado.
7. Número de reuniones y actuaciones relacionadas con la coordinación interinstitucional entre los dispositivos de atención al TMG.
8. Número de dispositivos especializados de atención a la Salud Mental en la comunidad alternativos a la hospitalización completa.
9. Número de actividades relacionadas con la formación en Salud Mental.
10. Número de actividades relacionadas con la investigación en Salud Mental.

3.- Prevención del Suicidio

El suicidio es la primera causa de muerte en España por factores externos, incluso por delante de los accidentes de tráfico. A nivel mundial el suicidio es una de las tres causas principales de muerte entre las personas que se encuentran en los grupos de edad más productivos (15-44 años) y la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años.

El suicidio es una causa de muerte que puede prevenirse en muchos casos, y supone un auténtico drama humano y social, tanto para el que lo lleva a cabo como para su entorno más cercano.

Situación Actual

La OMS, en su documento "Public health action for the prevention of suicide" (2012), señala que casi un millón de personas al año mueren por suicidio. Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres y los suicidios consumados más frecuentes en los varones. Entre el 15 y el 30% de personas que realizan un intento de suicidio lo repiten al cabo de un año y hasta el 2% de ellos realizarán un suicidio consumado en los siguientes 5-10 años tras la tentativa. El 80% de los que realizaron un suicidio consumado lo habían avisado previamente. El 50% de los suicidas habían comunicado esta ideación a un médico en el mes anterior; y el 25% de ellos acudieron a una consulta médica en la semana previa.

El principal indicador de resultado disponible en la Comunidad Autónoma de La Rioja es el número de suicidios. En los últimos años, la tasa de mortalidad por suicidio en La Rioja oscila entre 6 y 9 suicidios por cada 100.000 habitantes, no existiendo diferencias significativas con la media nacional en la variación de la tasa ni en la distribución del género.

En La Rioja como recoge el informe del Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, "Evolución de la Mortalidad por Suicidio según grupos de edad en el Periodo 1980-2005" el número de suicidios consumados en este periodo fue de 660, 76,5 %, (505) hombres y el 23,5%, (155) mujeres.(21)

Las tentativas de suicidio registradas en el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro, que cubre las urgencias por tentativas de toda el Área de Salud de La Rioja, en el año 2014 han sido 249. **Por grupos de edad:** menores de 17 años: 16 casos; 18-30 años: 52 casos; 31-55 años: 141 casos; 55-70 años: 29 casos; mayores de 70 años: 11 casos. **Por sexo:** Hombres: 84 casos; Mujeres: 165 casos.

Discapacidad derivada.

En 1998, el suicidio constituía el 1,8% del total de carga producida por enfermedades en todo el mundo, y se estima que alcance el 2,4% en el 2020.(8)

Los jóvenes son un grupo de población cada vez más vulnerable a las conductas suicidas, siendo la segunda causa de muerte entre los 15 y los 19 años, y la tercera entre los 15 y los 44 años(9), afectando por tanto de manera especial a las personas en una época de la vida muy productiva. En el otro extremo del espectro de edades, los ancianos son también un grupo de alto riesgo en muchos países. Al inicio de la década de los 90 se evidenció en diversos países un aumento en la mortalidad y morbilidad por suicidio. Esta situación se produjo, en parte, por el control efectivo de otras causas de muerte y el incremento en la esperanza de vida, lo que creó un grupo mayor de personas en riesgo de conductas suicidas. Las Naciones Unidas y la OMS comenzaron entonces a desarrollar un trabajo creciente para conseguir que se diseñen planes nacionales globales que afronten el problema de una forma coste-efectiva. Cuando la ONU elaboró sus primeras guías en esta línea, sólo el gobierno de Finlandia asumió el compromiso de financiar un plan nacional para la prevención del suicidio. Quince años después, más de 25 países, entre los que no se encuentra España, han desarrollado estrategias nacionales para la prevención del suicidio.

En 2008, el suicidio se identificó por la OMS como una acción prioritaria en el “Mental Health Gap Action Programme” (mhGAP).(13) Esta organización señala que al tratarse de un problema de salud pública con posibilidades ciertas de prevención, resulta imperativo para los gobiernos de los distintos países dedicar recursos financieros y humanos para la prevención del suicidio.

La OMS lanza en 1999 la iniciativa mundial para la prevención del suicidio Supre–MISS, (20) con el objetivo global de reducir la mortalidad y morbilidad asociada a las conductas suicidas.

Los objetivos planteados son los siguientes:

- Conseguir una reducción en el número de suicidios y tentativas de suicidio.
- Identificar, evaluar y eliminar, tanto como sea posible y en etapas precoces, aquellos factores que puedan incidir en el suicidio juvenil.
- Mejorar el conocimiento general sobre el suicidio y ofrecer apoyo psicosocial a las personas con ideas suicidas o con tentativas previas de suicidio, y a los familiares y amigos de quienes han intentado o consumado el suicidio.

Operativamente se establecen como prioridades:

- Organización de actividades multisectoriales a nivel global, regional y nacional, a fin de incrementar los conocimientos sobre las conductas suicidas y sus modos eficaces de prevención.
- Mejorar la capacidad de las naciones para desarrollar y evaluar planes y políticas sobre prevención del suicidio, con actuaciones adaptadas a las necesidades particulares de las naciones: Apoyo y tratamiento a la población de riesgo (p. ej. personas con depresión, ancianos, jóvenes, etc.).
- Reducción de la accesibilidad a medios de suicidio.
- Desarrollar redes de apoyo a personas que sobreviven a un intento de suicidio.
- Entrenamiento de profesionales de atención primaria y de otros sectores.

Con fecha 12 de marzo de 2014, la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, por unanimidad de todos los grupos, una proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias, educativas y sociales españolas de acuerdo a las directivas de la Unión Europea y organismos internacionales.

Se pretende así mejorar las medidas de prevención del suicidio mediante la "redefinición" de los objetivos y acciones contempladas dentro de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013, y que incluyen:

1. Promover dentro de la Estrategia de Salud Mental una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio, y en el mismo marco, desarrollar políticas transversales que incorporen la perspectiva de género y presten especial atención a los grupos más vulnerables (niños, adolescentes, ancianos y personas en riesgo de exclusión) en relación a la prevención del suicidio., estando en la actualidad en fase de elaboración el Proyecto de "Detección Temprana, Tratamiento y Prevención de la reincidencia de las tentativas de suicidio," con unas recomendación a desarrollar en todos los servicios de Salud de las CCAA.
2. Promover campañas de visualización, sensibilización y concienciación. Dar apoyo a las redes de salud mental, de acuerdo con los servicios de las comunidades autónomas, para poder mejorar las medidas preventivas de suicidio, poner en marcha protocolos de manejo de suicidio y asegurar la atención y el seguimiento inmediato de las personas que han cometido una tentativa de suicidio.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la tasa de suicidios y de conductas suicidas en La Rioja mediante la elaboración e implantación de un programa regional de prevención y abordaje del suicidio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar el conocimiento de la incidencia de suicidios y conductas suicidas en La Rioja, y de los aspectos epidemiológicos y asistenciales relacionados con estas conductas.



- Mejorar la detección precoz e intervenciones en los factores de riesgo de conductas suicidas.
- Mejorar la formación de las situaciones de suicidio

RECOMENDACIONES

- Mejorar la información epidemiológica sobre el suicidio en La Rioja mediante la colaboración de la Red de Salud Mental del SERIS, el Instituto de Medicina Legal de La Rioja y los servicios de información epidemiológica de la Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Mejorar el registro de las tentativas suicidas en los dispositivos de Urgencias del SERIS.
- Potenciar los factores protectores frente al riesgo de suicidio.
- Desarrollar programas para la formación en habilidades de afrontamiento y manejo de estrés en adolescentes y jóvenes.
- Mejorar los planes de tratamiento de los trastornos mentales más relacionados con la aparición de conductas suicidas: trastornos afectivos, psicosis, trastornos de la personalidad y dependencia de tóxicos.
- Promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y otras similares que favorezcan un adecuado abordaje del suicidio en los medios de comunicación.
- Implantar medidas dirigidas a favorecer que las nuevas tecnologías sean un instrumento que promueva la salud mental y la prevención del suicidio.
- Mejorar la detección de situaciones con alto riesgo de suicidio, incluyendo test de cribado en los Servicios de Urgencias, con escalas estandarizadas para este objetivo: SAD de Person; Cuestionario de Horowitz. Estableciendo mecanismos que permitan una mayor agilidad en la atención recibida a estos pacientes que tengan riesgo de suicidio .
- Crear una “línea de crisis” para la ayuda y asesoramiento telefónico inmediato de personas en riesgo de suicidio (Coordinación Teléfono de la Esperanza).

- Establecer sinergias entre los distintos programas relacionados con patologías en las que frecuentemente se producen conductas suicidas, fundamentalmente con el programa de detección y tratamiento de la depresión, trastornos de la personalidad, conductas adictivas y psicosis.
- Desarrollar programas específicos para la atención a los familiares y entorno de confianza de personas que han consumado el suicidio
- Desarrollar programas formativos para profesionales sanitarios y no sanitarios dirigidos fundamentalmente al conocimiento de los factores de riesgo, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre la búsqueda de ayuda profesional.

INDICADORES

11. Existencia y/o implementación de un registro para la mejora del conocimiento de la incidencia de suicidios y conductas suicidas en La Rioja, y de los aspectos epidemiológicos y asistenciales relacionados con estas conductas.
12. Existencia de un protocolo dirigido a mejorar la detección precoz e intervenciones en los factores de riesgo de conductas suicidas.
13. Número de actividades de formación relacionadas con la detección del riesgo suicida y la atención de estos pacientes.

4.- La atención a los trastornos relacionados con el abuso del alcohol y otras sustancias

Impacto sanitario y social

Alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas es un hábito ampliamente extendido y culturalmente aceptado. Existe una gran tolerancia social sobre su uso y repercusiones, aunque éstas sean nocivas para la salud individual y poblacional. El alcohol se ha convertido en la sustancia protagonista del consumo de drogas entre



los jóvenes. Los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas.

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas tiene un altísimo coste sanitario y social. El alcohol está relacionado con el desarrollo de distintas enfermedades, discapacidad, accidentes, así como con el aumento de la violencia familiar y la marginación social. Provoca 2,5 millones de muertes al año, de las cuales unas 320.000 se producen en jóvenes entre 15 y 29 años de edad. En Europa ocupa el segundo lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad. La repercusión económica directa e indirecta atribuible al consumo de alcohol se estima en 3.832 millones de euros/año.

Drogas ilegales

El consumo de sustancias ilegales en la actualidad es un fenómeno asociado al ocio, que afecta especialmente a jóvenes que toman por diversión sustancias psicoactivas, cuyos riesgos no perciben. Aunque su consumo afecte a una proporción relativamente baja de población, sus consecuencias sociales y sanitarias son extraordinariamente importantes.

El consumo de drogas ilegales genera una gran carga económica de muy difícil cuantificación, además de los costes relacionados con el consumo de las sustancias (prevención y tratamiento de problemas de salud derivados de su consumo). También ocasiona altos costes sociales, como los relacionados con actividades delictivas, para los sistemas judicial, policial y penitenciario, así como los generados por la reducción de la disponibilidad laboral, derivados de la incapacidad laboral de larga duración.

El cannabis y la cocaína son, por este orden, las sustancias ilegales más consumidas. Entre la población de 15 a 64 años, un 6% reconoce haber consumido cannabis en el último año y un 4,4% en el último mes, mientras que el 8,2% ha probado alguna vez la cocaína, un 0,7% la ha consumido en los últimos 12 meses y un 0,2% en los últimos 30 días. En todos los grupos de edad el consumo siempre es mayor entre los hombres. Encuesta Nacional de consumo de drogas ilegales 2013 (PNSG)

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 representa el consenso en las políticas y el acuerdo en las prioridades entre todos los agentes que participan en el Plan Nacional sobre Drogas. Pretende proporcionar una respuesta homogénea, equitativa y de calidad en todo el territorio español ante el fenómeno de las drogas,

e incluye todas las drogas, tanto las de comercio legal como las de tráfico ilícito. Esta estrategia apuesta decididamente por un abordaje de salud pública, por la inclusión de la perspectiva de género, por un planteamiento integral en todas las intervenciones, especialmente sobre la reducción de la demanda en todos los ámbitos, y por el llamamiento a la implicación de toda la sociedad para que tome parte activa en la respuesta al fenómeno de las drogas. Señala cinco ámbitos de actuación: reducción de la demanda (promoción de la salud, prevención del consumo y problemas asociados, disminución de riesgos y reducción de daños y la asistencia e inserción social), reducción de la oferta, mejora del conocimiento científico (básico y aplicado), formación y cooperación internacional.

OBJETIVO GENERAL

Establecer un modelo integral de tratamiento para personas con trastorno por abuso de alcohol y otras sustancias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Potenciar las actuaciones orientadas a la detección precoz e intervención temprana en el abuso de alcohol y otras drogas, especialmente en ciertos colectivos.
- Instaurar procesos asistenciales para el abordaje de las adicciones

RECOMENDACIONES

- Instaurar un plan asistencial para el tratamiento del alcoholismo, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la Atención Primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.
- Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la patología dual, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la Atención Primaria, hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.
- Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la adicción a drogas ilegales, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde



la Atención Primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.

- Establecer la utilización de herramientas de detección e intervención breve en los centros de salud.
- Incluir a las personas con trastornos derivados del abuso de alcohol y otras drogas en los programas de coordinación de la Red de Salud Mental con los recursos sociales y grupos de autoayuda, asociaciones de alcohólicos, asociaciones de ayuda a pacientes con problemas de drogadicción, comunidades terapéuticas de forma que se asegure la continuidad asistencial y de atención, de acuerdo con sus necesidades.

INDICADORES

14. Existencia de protocolos orientados a la detección precoz, intervención temprana y asistencia integral en el abuso de alcohol y otras drogas, en coordinación con el resto de dispositivos de atención a este colectivo.

5.- Atención a la salud mental en la edad geriátrica

La población mayor de 65 años está considerada como un grupo muy vulnerable a los problemas de salud mental. Su baja demanda asistencial en relación a los datos reales de prevalencia de patología psicogeriatrica y la escasa detección de la misma tanto en los servicios sanitarios de atención primaria y urgencias, como en los servicios sociales, hacen necesarias intervenciones con programas dirigidos a la prevención de los trastornos mentales en la persona mayor, así como a su detección y tratamiento precoz.

Situación Actual

Según los datos del documento de consenso “La salud mental de las personas mayores” (11), la depresión y la ansiedad se producen más en las últimas etapas de la vida. La prevalencia de la depresión se sitúa entre el 10 y el 15% en la población con más de 65 años, aunque es más alta si se tiene en cuenta el espectro total de los síndromes depresivos, incluyendo la depresión subclínica.

Los trastornos derivados del uso del alcohol son muy frecuentes entre las personas mayores, hasta en un 3%, especialmente en hombres que padecen exclusión social, solteros, separados o divorciados. El uso problemático del alcohol está asociado con el deterioro generalizado de la salud física, psicológica, social y cognitiva. También es relevante el uso de fármacos psicotrópicos entre personas mayores, especialmente entre las mujeres.

En Europa las personas mayores son el grupo que presenta el índice más elevado de suicidios (hasta 20 casos por 100.000 habitantes), alcanzando la cifra más alta en los mayores de 85 años.

Uno de los problemas que se debe tomar en consideración en este contexto es el maltrato o abuso a las personas mayores, ya que puede conllevar mayor presencia de algún trastorno psicológico.

La patología mental en el anciano es una causa importante de dependencia, lo que supone un alto coste asistencial.

Sexo: Ser mujer aumenta el riesgo de padecer patología mental, mientras que en el hombre es mayor el riesgo de consumir los intentos autolíticos.

Factores sociodemográficos: Vivir solo, problemas económicos y carencia de apoyos sociales, son desencadenantes de patología psíquica.

Salud física: Las enfermedades físicas incapacitantes tienen un importante impacto negativo en la salud mental de las personas mayores, especialmente cuando cursan con dolor y trastornos del sueño.

Situación de partida en La Rioja

La Rioja carece de un programa de atención psicogerítrica que garantice la atención integral adecuada a este grupo de población.

Otro elemento de mejora en la atención comunitaria se centra en las residencias de mayores, favoreciendo un modelo de asistencia similar a los programas de “enlace” en los hospitales generales, con atención especializada directa a los residentes que lo precisen y facilitando que el personal sanitario de la residencia asuma los casos de menor nivel de complejidad.



OBJETIVO GENERAL

Mejorar la atención integral e integrada de las personas mayores con trastornos psicogerítricos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implantar un programa de atención psicogerítrica en Atención Primaria y en los dispositivos especializados (unidades de salud mental, centros de rehabilitación psicosocial, hospitalización de corta y media estancia, hospital de día, centros de día).
- Coordinar las actuaciones del programa de atención psicogerítrica con los servicios y programas de atención especializada, Demencias y los servicios de Geriátrica, Neurología.
- Implementar un programa de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos centrado en la polimedicación, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.
- Mejorar la formación de los profesionales en psicogeriatría.

RECOMENDACIONES

- Implementar programas de “enlace” en los centros residenciales para mayores dependientes atendiendo sus necesidades de tratamiento psicogerítrico.
- Implementar actividades de apoyo a las personas del entorno familiar que actúan como cuidadores de personas mayores.
- Implementar un plan de formación en psicogeriatría para todos los profesionales de la Red de Salud Mental, Atención Primaria, otras especialidades, servicios sociales y sociosanitarios.

INDICADORES

15. Existencia de un programa de atención psicogerítrica coordinado entre Atención Primaria y los dispositivos especializados de atención a la salud mental, servicios de neurología y geriatría.
16. Existencia de protocolo dirigido a la vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos centrado en la polimedicación, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.
17. Número de actividades relacionadas con la formación de los profesionales en psicogeriatría.

6- La atención a la salud mental en la edad infantojuvenil

Situación Actual

Los estudios internacionales estiman una prevalencia para los trastornos mentales entre el 10 y el 20% de la población en edad infantojuvenil, y entre 4 y 6% para el trastorno mental grave. Uno de cada tres niños y adolescentes cumplen criterios para un diagnóstico DSM IV o CIE10, y uno de cada diez con suficiente gravedad y repercusión en su vida para requerir tratamiento.(18)

Los trastornos más prevalentes son los de ansiedad (8%), el trastorno por déficit de atención (TDAH), los trastornos de conducta y la depresión mayor (4%). El uso de drogas es también un problema prevalente a partir de los 13 años, alcanzando una tasa del 7% a los 16 años.

Se considera que en nuestro país las cifras de prevalencia son similares. En los datos de la Encuesta Nacional de Salud (10), los trastornos mentales aparecen entre los seis problemas o enfermedades crónicas diagnosticados por un médico en este grupo de edad. Estudios recientes en España indican que un 4% de las adolescentes entre 12 y 18 años sufre algún tipo de trastorno alimentario, como la anorexia y la bulimia, y que el 20% de los jóvenes se encuentra en riesgo de padecerla.

El uso de drogas es también un problema relevante que se incrementa a partir de los 12-13 años, alcanzando una prevalencia del 7% a los 16 años. (13)(17)



El impacto de la patología mental en edades tempranas cobra mayor trascendencia por su proyección en el desarrollo del niño o del adolescente, el número de áreas de funcionamiento personal afectadas, y por sus repercusiones en el ámbito familiar. En esta época tan importante de la vida se verán afectadas principalmente actividades como el aprendizaje y rendimiento escolar, manejo del estrés y otras demandas psicológicas. También se verán afectadas las relaciones interpersonales, especialmente las familiares, las relaciones entre iguales, y las relaciones con educadores, cuidadores y otros adultos de referencia.

EL II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 establece las prioridades en este ámbito que han de tener en cuenta tres dimensiones: la gravedad de la patología, su impacto conductual y social, y el beneficio potencial de las intervenciones disponibles. (17)

El impacto de la patología en estas edades tiene además un efecto negativo añadido debido a su inicio en una fase temprana de la vida. A este respecto, es reconocida en todos los ámbitos científicos la trascendental importancia de las actividades de promoción y prevención en el campo de la salud mental infanto-juvenil, tanto por su especial vulnerabilidad e impacto, como por su efectividad y proyección, ya que una gran proporción de trastornos mentales adultos se originaron en estas etapas. (18)(19)

En cuanto a la priorización, las recomendaciones internacionales aconsejan actuar en distintos niveles, teniendo siempre en cuenta la etapa evolutiva en la que aparecen los trastornos .

En el nivel primario de salud (pediatría de atención primaria) hay que potenciar la identificación temprana de los problemas de salud mental, junto con estrategias sencillas psicoeducativas, manejo conductual y consejo psicológico para los padres.

En el nivel secundario (salud mental comunitaria) es necesario potenciar una red diferenciada y coordinada de recursos para cubrir una demanda creciente, favoreciendo la formación, la coordinación con los servicios de educación y servicios sociales o los recursos de Justicia para los menores.

Resulta imprescindible avanzar en la integración y coordinación de redes asistenciales, tales como la de atención temprana, drogodependencias o salud mental de adultos, garantizando la continuidad de cuidados y la adecuada transición entre dispositivos en casos con patologías crónicas, y comorbilidad asociada.

Se recomienda igualmente de la importancia de evitar la sobremedicación, con mayor acceso a intervenciones psicológicas y sociales.

En el nivel terciario se establecen acciones en tres direcciones. En primer lugar colaborando con la pediatría hospitalaria para el abordaje conjunto de pacientes que lo precisen, mediante la interconsulta y derivación bidireccional entre servicios.

OBJETIVO GENERAL

Impulsar la mejora de la atención a los problemas de salud mental infanto-juvenil completando la red de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad principalmente en lo que respecta a la patología mental grave.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantizar la continuidad de cuidados, mediante la coordinación sanitaria y social a los pacientes con trastornos graves en salud mental Infanto-juvenil.
- Proporcionar formación a profesionales de educación, asociaciones de padres en relación con estos trastornos.

RECOMENDACIONES

- Considerar la creación de una unidad de hospitalización parcial (entre 4-8 plazas), con consulta ambulatorias de alta intensidad y coordinada / compartida con pediatría.
- Desarrollar protocolos específicos para el abordaje especializado de los trastornos mentales graves en población infanto-juvenil. Entre estos trastornos se incluyen la psicosis, trastorno mental grave y crónico, trastornos de la conducta alimentaria, programa de prevención del suicidio y conductas que sugieren el desarrollo de trastornos de la personalidad.
- Mejorar la coordinación con los servicios de Pediatría de atención primaria y, especialmente con los Equipos de atención temprana, mediante la creación de grupos de trabajo para formación y coordinación de intervenciones y supervisión de casos.

- Elaborar instrumentos y procedimientos para la detección precoz y derivación de posibles casos de menores en situaciones de riesgo, de forma coordinada con otras redes de atención al menor.
- Consensuar con los equipos de Pediatría de atención primaria la incorporación de procedimientos de detección en el Programa del Niño Sano.
- Mejorar la colaboración de las unidades de salud mental infanto-juvenil con los dispositivos dependientes de los servicios sociales y educativos mediante la creación de estructuras formales de coordinación y protocolos de derivación, para garantizar la continuidad de cuidados.
- Desarrollar programas de formación del personal educativo de los centros y hogares en aspectos básicos de la psicopatología del niño y adolescente.

INDICADORES

18. Número de reuniones y actuaciones relacionadas con la coordinación sanitaria y social, y la continuidad de cuidados de los pacientes con trastornos graves en salud mental Infanto-juvenil.
19. Número de actividades relacionadas con la formación a profesionales de la salud, de educación y asociaciones de padres en relación con estos trastornos.

7.- Actuación frente a la discriminación social y del estigma de las personas que padecen un trastorno mental

OBJETIVO GENERAL

Promover el desarrollo de acciones destinadas a eliminar la discriminación de las personas con trastorno mental, realizando una lucha activa contra el estigma con especial incidencia en los ámbitos educativo, laboral y judicial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la coordinación con todos los agentes, Consejería de Educación, Asociaciones, etc, que puedan desarrollar diferentes actuaciones relacionadas con la persona con enfermedad mental grave y con el estigma.

- Mejorar el conocimiento, la información, las actitudes y los comportamientos sobre la enfermedad mental y las personas con trastornos mentales en los servicios sanitarios y sociosanitarios públicos y privados, en otros colectivos relacionados y en la población general.

RECOMENDACIONES

- Colaboración de la Consejería de Salud y Servicios Sociales y las Asociaciones de personas con enfermedad mental en actuaciones contra la discriminación de las personas con enfermedad mental con el objetivo de la declaración de La Rioja contra el Estigma y la Discriminación.
- Se promoverá la utilización de las nuevas tecnologías (plataformas digitales, blogs, redes sociales, etc...) y la participación de todas aquellas entidades y colectivos (sanitarios, sociales, de empleo, judiciales, educativos, tejido asociativo y familias, profesionales, investigadores, etc.) que quieran involucrarse en fomentar una visualización positiva del enfermo mental y de sus capacidades.
- Celebrar, en torno al Día Mundial de la Salud Mental, actos institucionales y actividades orientadas al conocimiento de la salud mental (charlas, cursos, ciclos de cine o teatro, actividades deportivas, exposiciones, etc.).
- Fomentar apariciones periódicas en los medios de comunicación con información relativa a la enfermedad mental y a las personas con trastornos mentales graves.
- Realizar actuaciones orientadas a informar y sensibilizar al profesorado, como agentes educativos de los alumnos en esta materia, y al desarrollo de programas formativos para las personas con trastorno mental.
- Diseñar programas específicos de formación en buenas prácticas relacionadas con el estigma de la enfermedad mental para profesionales de diferentes colectivos (social, laboral, policial y judicial) y de manera especial a profesionales de la información, promoviendo una imagen positiva de la salud mental en los medios de comunicación.



- Favorecer que las personas con problemas de salud mental y sus familiares se involucren en la estrategia contra el estigma y la discriminación.
- Apoyar desde las instituciones, y de manera especial desde la Red de Salud Mental, las actividades llevadas a cabo por los colectivos de personas con problemas de salud mental y sus familiares para vencer su propio autoestima y convertirse en protagonistas del cambio.
- Favorecer la creación de canales de difusión de los intereses, realidades, aspiraciones y necesidades del colectivo de personas con enfermedad mental y sus familiares.
- Atender, estudiar y, en su caso, apoyar, la denuncia de prácticas discriminatorias o de fomento del estigma de la persona con enfermedad mental.
- Fomentar y mejorar el acercamiento de las personas con enfermedad mental al mercado laboral, en especial en lo relativo a la empresa y a iniciativas singulares de empleo, como elemento fundamental para su visualización y su plena integración social.
- Incentivar la creación de experiencias de economía social cuya finalidad sea mejorar el acceso al empleo de las personas afectadas por trastornos mentales en forma de cooperativas o experiencias de colaboración entre entidades sin ánimo de lucro y asociaciones o entidades que trabajan en el campo de la salud mental.
- Promover experiencias de integración en empresa ordinaria de personas afectadas por trastornos mentales a través de programas específicos de becas de prácticas o ayudas para la formación y capacitación laboral de este colectivo.
- Promover campañas específicas de sensibilización, conocimiento y contacto con el colectivo empresarial que faciliten a las personas con trastorno mental grave el acceso al empleo normalizado.
- Establecer e implantar vías de participación efectiva de las personas con trastorno mental, de sus familias, cuidadores y representantes, para la planificación y evaluación de aquellos aspectos de la atención a la salud mental que sean procedentes.

- Reforzar el respaldo a las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, para que puedan actuar como interlocutores y ejerzan con eficacia funciones de apoyo mutuo y defensa de sus derechos.

INDICADORES

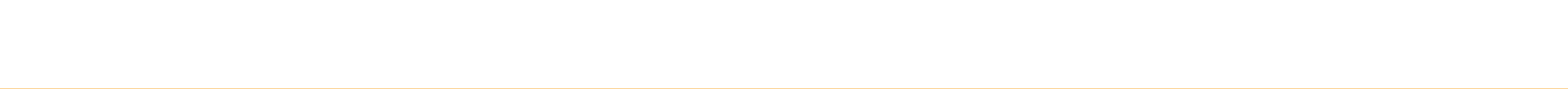
20. Existencia de un programa de actuaciones contra la discriminación y el estigma, coordinado por los distintos dispositivos de atención a la salud mental.
21. Número de intervenciones anuales que potencien un conocimiento real de la patología mental promoviendo la reducción de la discriminación y estigma existente.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Mental Health: facing the challenges, building solutions. 2005
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006.
3. Parlamento Europeo. Resolución sobre "Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental". 2006
4. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. 2005.
5. Asociación Mundial de Psiquiatría. La esquizofrenia abre las puertas. 2007.
6. Comunidad de Madrid y Obra Social de Caja Madrid. Estigma social y enfermedad mental. 2006.
7. Registro acumulativo de casos de Salud Mental de La Rioja. Consejería de salud, Gobierno de La Rioja.
8. Wittchen, H.U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*. 15(4):357-76.
9. Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*. 126(12):445-51.



10. Gobierno de España. Instituto Nacional de Estadística. (2012). Informe anual 2012.
11. Bertolote, J.M, & Fleischmann, A. (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. En:Wasserman, D.,& Wasserman, C. (Eds.). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press. (pp. 91-98).
12. Patton, G.C, Coffey, C., Sawyer, S.M., Viner, R.M., et al. (2009). Global patterns of mortality in youngpeople: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 374: 881-892.
13. World Health Organization. (2008). MH GAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva.
14. Toft, T., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K., Frostholm, L, & Olesen, F. (2005). Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychological Medicine*, 8, 1175-1184.
15. Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*, 109 (Suppl. 420): 38–46.
16. Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
17. Gobierno de España. (2014). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
18. Cawthorpe, D., Wilkes, T.C., & Noseworthy, T.W. (2007). Priority-Setting for Children's Mental Health: Clinical Usefulness and Validity of the Priority Criteria Score. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(1): 18-26.
19. Tsuang et al. (eds.) (1995). *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. New York, Wiley
20. Organización WH. Multisite intervención study on suicided behaviours SUPRE-MISS : protocol of SUPRE-MISS. Geneva WHO.2002.
21. Izco Goñi.N; Ramalle-Gomara.E Evolucion de la Mortalidad Por suicidio según grupos de Edad en La Rioja, periodo 1980-2005. Servicio Epidemiología Sanitaria. La Rioja. Consejería de Salud y Bienestar Social.
22. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients. the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983, 24 (4):348-9



CAPÍTULO

14

FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA RIOJA



Coordinador: Piserra Bolaños, Carlos

Expertos/as: Antón Botella, Francisco; Arcéz Campos, Carmen; Caro Berguilla, Yolanda; Delgado Boltón, Roberto Carlos; Díaz de Cerio Canduelas, Pedro; Enrech Larrea, Joaquin; Gil Redrado, Alejandra; Jiménez Buñuales, María Teresa; Mayado Carbajo, Teresa; Martínez Sáenz, María Soledad; Martínez Torre, María Inmaculada; Mirpuri Merino, Eduardo; Musitu Pérez, Victoria

Consultor: Khalil Kassem, Hassane



Análisis de situación

El presente apartado del III Plan de Salud de La Rioja pretende desarrollar el mandato de la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja en orden a definir las acciones que permitan hacer efectivo el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud, de acuerdo con los principios de igualdad, equidad, solidaridad e integración de los servicios sanitarios, criterios que de acuerdo con la citada Ley deben de combinarse con los de eficacia, eficiencia y racionalidad en la gestión para hacer frente a las necesidades generadas por los cambios sociodemográficos en la población riojana.

El sistema público de salud de La Rioja debe adoptar modelos de organización dotados de unos instrumentos ágiles de gestión que le permitan afrontar los retos de la eficacia y la eficiencia que tiene planteados el sistema sanitario público.

Esta orientación hacia el usuario del sistema público que trata de situar al ciudadano en el centro del sistema sanitario es coincidente con el lema del III Plan de Salud de La Rioja **“dar prioridad a las personas”** como una expresión más de que la población, las personas, individual y colectivamente, son el objetivo y los protagonistas de las políticas en el ámbito de la salud.

Tras la evaluación preliminar del II Plan de Salud de La Rioja y el análisis actualizado de la situación de salud de La Rioja, se han priorizado los objetivos de salud en función de las opiniones recogidas mediante encuesta en la que participaron tanto colectivos profesionales sanitarios como representantes de un extenso número de colectivos sociales que respondieron respecto de los principales aspectos que mejorarían en el Sistema Público de Salud de La Rioja.

El apartado Fortalecimiento del Sistema Público de Salud de La Rioja establece objetivos y recomendaciones que pretenden dar respuesta a estas propuestas de mejora del sistema sanitario expresadas por esta amplia representación social y profesional de la sociedad riojana.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Análisis de situación

La Atención Primaria (AP) ha sido un elemento clave en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y su reforma ha influido positivamente en la calidad de la atención sanitaria prestada a la población. Transcurridos más de 30 años del inicio de la reforma



legislativa con la publicación del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de estructuras básicas de salud, que definió y sentó las bases de la actual red de Atención Primaria, el modelo se ha extendido y afianzado pudiéndose decir, en términos generales, que presta cobertura a la práctica totalidad de la población española.

Concibiendo la Atención Primaria como el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la asistencia a lo largo de toda la vida del usuario, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos y que comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación y trabajo social (Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).

La Atención Primaria de La Rioja da cobertura a una población que en el año 2014 asciende a 314.829 habitantes, de los cuales 35.980 son extranjeros (11,42%). El 19% de la población son mayores de 65 años (16,6% varones y 21,3% mujeres) y solo el 15,8% son menores de 16 años. Esta población se distribuye en 174 municipios, de los cuales 132 son menores de 500 habitantes y 14 municipios tienen más de 3000 habitantes. Las bajas tasas de natalidad dan una proyección demográfica descendente, se estima en 292.603 habitantes (-7%) la población de La Rioja en 2023.

La organización sanitaria de La Rioja se constituye como un Área única de Salud y los recursos con los que cuenta la Atención Primaria son 20 centros de Salud, 8 de ellos situados en Logroño, 68 consultorios locales y 106 consultorios auxiliares además de 20 Puntos de Atención Continuada.

En La Rioja tenemos como condicionantes sociodemográficos un alto envejecimiento poblacional y una importante dispersión rural en nuestra población, retos que hemos de afrontar junto con la difusión de nuevas tecnologías sanitarias, el incremento de enfermedades crónicas y la incorporación de personas inmigrantes así como aspectos estructurales relacionados con la presión asistencial en determinadas zonas.

Además hay que tener en cuenta que los ciudadanos cada vez están más informados y son más exigentes en términos de inmediatez y calidad en sus demandas y expectativas.

En cuanto a profesionales de este nivel, ascienden a 890 trabajadores que constituyen los 20 Equipos de Atención Primaria multidisciplinares, formados principalmente por

258 médicos de familia y pediatras, 217 enfermeras de familia y 38 auxiliares de enfermería y, también cuenta con personal de apoyo administrativo y profesionales que prestan la atención correspondiente a su especialidad: Fisioterapeutas, higienistas dentales, matronas, odontólogos, psicólogos, psiquiatras y trabajadoras sociales.

Los datos de actividad asistencial de los profesionales que realizan su labor asistencial en el ámbito de la Atención Primaria así como las ratios de Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) se reflejan en las Tablas 1 y 2.

TABLA 1. Actividad Asistencial en consulta y domicilio en el año 2014.

	Actividad Consulta Ordinaria	Actividad de Urgencias (Atención Continuada y SUAP)*
Médico	1.934.325	182.981
Enfermera	1.392.365	136.185
Pediatra	241.787	
Matrona	23.145	

*SUAP: Servicios de Urgencia de Atención Primaria

Fuente.- Cuadro de mandos de HCE.

TABLA 2. Ratio TIS/Médico de familia y Pediatra Área de Salud única. 2014.

Medicina Familiar				
TIS	< 500	501-1.000	1.001-1.500	1.501-2.000
Médicos de familia	16	29	106	63
Pediatria				
TIS	< 750	751 – 1.000	1.001 -1.250	
Pediatras	9	13	22	

Fuente. Tarjeta Sanitaria 19 de febrero 2015.

La revisión de los resultados de la Encuesta de Satisfacción del Sistema Sanitario público de la Rioja, 2009-2013 nos indica que:

- El Grado de Satisfacción que los riojanos tienen con el funcionamiento del sistema sanitario ha ido en ligero descenso a partir del 2011, acentuándose en el 2013. Cerca del 50% piensa que, el sistema sanitario funciona bien pero

necesita cambios, el 25% que, esos cambios que precisa son fundamentales; y la Atención Primaria va aumentando en preferencia como atención sanitaria pública. (a) Las valoraciones por los ciudadanos sobre la cercanía de los centros asistenciales y el horario de atención presentan una tendencia ligeramente descendente. (b) Los aspectos más valorados (por encima del 70%) de la atención pública son la capacitación de los profesionales de salud (medicina y enfermería), la tecnología, los medios disponibles, el trato personal recibido, la información que se recibe y el confort de las instalaciones. (c) Presentan una valoración ascendente la facilidad para conseguir cita, el tiempo dedicado por el médico al paciente y el que tarda en verle desde que pide la cita (por encima de la media nacional), así como la confianza y seguridad que se trasmite y tiempo de espera hasta entrar en la consulta.

- A pesar de presentar una valoración ascendente, el aspecto peor valorado es la rapidez de la atención (63.7% en 2013).

La encuesta de percepción sobre el Sistema Público de Salud de La Rioja realizada en 2014 nos indica claramente que los ciudadanos consideran que la *opción de mejora más importante y fundamental para fortalecer el Sistema Público de Salud de la Rioja* es la Atención Primaria como puerta de entrada y referente del paciente en su utilización de recursos asistenciales.

Se aportan indicadores de satisfacción de usuarios en la Comunidad Autónoma pero no de satisfacción de profesionales sanitarios. La Encuesta de satisfacción a los profesionales debería permitir objetivar aspectos relacionados con sus funciones, puesto de trabajo, participación, trabajo en equipo, motivación, reconocimiento, comunicación e información, formación y satisfacción general con un posterior análisis de resultados proponiendo actuaciones oportunas de mejora. La gestión de los profesionales de Atención Primaria debe perseguir la motivación, implicación, reconocimiento, formación, investigación y satisfacción de los mismos, como principal activo, para la mejora y logro de los objetivos propuestos, fortalecer el Sistema Público de Salud de la Rioja mejorando la Atención Primaria.

La Atención Primaria se debe caracterizar por:

- La accesibilidad y por una organización y gestión de la actividad que la hagan posible en un contexto de garantía de la calidad y seguridad de las actuaciones de los profesionales.
- La continuidad de los cuidados es uno de los valores de este nivel como eje del sistema sanitario, por lo que el profesional sanitario de Atención Primaria (en

especial la enfermera) debe reforzar su papel de referente para el ciudadano en su relación con el sistema sanitario.

- La disminución de la variabilidad de la práctica clínica, que no siendo una característica exclusiva de la Atención Primaria, puede ser reflejo de conductas preventivas, diagnósticas y terapéuticas ineficaces, ineficientes o peligrosas para los pacientes.
- La potenciación de la formación y la investigación en Atención Primaria como poder resolutivo teniendo presente que el recurso principal es el profesional y su interacción con el ciudadano-paciente.

Prioridad y justificación

Pretendemos inducir a una reflexión sobre la urgente necesidad de reorientación de la Atención Primaria de Salud (APS) como eje y soporte fundamental del SNS.

OBJETIVO GENERAL

Impulsar una Atención Primaria de Salud de calidad, orientada al ciudadano, con gran capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, participativa y eficiente dando sostenibilidad al sistema

Para conseguir este objetivo las actuaciones irán encaminadas a intervenir en tres ejes fundamentales, la sociedad, el ciudadano y los profesionales. Para ello, se han definido los siguientes objetivos específicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantizar un modelo organizativo que responda a las realidades y expectativas de la sociedad actual
- Identificar la oferta asistencial de Atención Primaria
- Avanzar en la continuidad asistencial mediante la coordinación con el resto de niveles asistenciales.

- **Mejorar la organización de los Equipos de Atención Primaria para hacerlos más resolutivos**
- **Potenciar la formación e investigación de los profesionales de Atención Primaria**

RECOMENDACIONES

La Atención Primaria aboga por:

- Garantizar la accesibilidad tanto en los dispositivos físicos como en el tiempo de atención.
- Un Modelo organizativo que responda a las realidades y expectativas de la sociedad actual acercando las culturas clínica y de gestión a todos con una gestión eficaz, eficiente y sostenible de los recursos públicos disponibles contribuyendo al desarrollo de la sociedad en la que nos integramos de manera sostenible.
- Tiempo adecuado de relación médico-paciente consiguiendo una distribución real del tiempo de trabajo de los profesionales y los minutos por paciente según problemas de salud y características socioeconómicas.
- Evolucionar en la coordinación entre niveles asistenciales: Atención Primaria, Hospitalaria y Sociosanitaria. La elaboración de guías de práctica clínica y la informatización de procedimientos o procesos asistenciales son elementos claves para la mejora de la calidad de la Atención Primaria de Salud.
- Evitar en lo posible los efectos adversos sobre los pacientes.
- Estandarización de los procedimientos administrativos para dar respuesta eficaz al ciudadano con el fin de agilizar la atención al mismo; eliminando la necesidad de nueva emisión de interconsulta del médico de familia para la gestión de citas de revisión por médico especialista superior a 6 meses así como la solicitud de ambulancias para consultas programadas del mismo.
- Menor presión asistencial.

- Poner en marcha políticas de recursos humanos que consigan la motivación y la percepción positiva del clima laboral entre los profesionales de la Atención Primaria.
- Asegurar una protección efectiva frente a las agresiones a profesionales.
- Incrementar la formación y capacitación en la atención a la dependencia de los profesionales de AP; pretendiendo la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos y la plena satisfacción de las personas que, permita su implicación activa en la consecución de los objetivos; dotándonos de un sistema de gestión efectivo, participativo, coordinado y orientado a la mejora continua en el que las Unidades de Atención Primaria sean el elemento fundamental de la Organización además de basarnos en los Principios de la Seguridad del Paciente.
- Lograr un balance adecuado entre las actividades curativas y las preventivas, priorizando aquellas que tengan un mayor valor demostrado en la mejora de la salud individual y colectiva mediante unos planes de cuidados individualizados.

INDICADORES

1. Número de grupos de trabajo creados para la evaluación y validación de expectativas de la sociedad actual por Zona Básica de Salud (ZBS).
2. Número de grupos de trabajo creados para la coordinación sociosanitaria a nivel de cada ZBS.
3. Indicadores de satisfacción del ciudadano con la atención:
 - Porcentaje de usuarios que manifiestan satisfacción con la asistencia recibida en el Centro de Salud o Consultorio (por su médico, su enfermera, su pediatra...).
 - Porcentaje usuarios que manifiestan satisfacción con la facilidad para acceder a su médico, su enfermera, su pediatra.
 - Porcentaje de usuarios que recomendarían su centro de salud.

- Porcentaje de pacientes satisfechos con la disposición del personal de AP para escucharle.
 - Porcentaje de pacientes que recomendarían a sus enfermeros.
 - Porcentaje de pacientes que recomendarían a sus médicos de familia.
 - Grado de confianza o seguridad que transmite su médico/pediatra/enfermera de Atención primaria del 1 al 10.
 - Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de atención en consulta.
- 4.** Indicadores de salud percibida por el ciudadano:
- Porcentaje de mujeres > de 65 años con percepción buena de salud.
 - Porcentaje de mujeres con percepción de buena salud.
 - Porcentaje de hombres >65 con percepción de buena salud.
 - Porcentaje de hombres con percepción de buena salud.
- 5.** Elaboración de una cartera de servicios con un contenido unificado a todos los Centros de Salud con igualdad, equidad y accesibilidad.
- 6.** Indicadores para medir la continuidad asistencial:
- Número de procesos o programas de continuidad asistencial elaborados conjuntamente por Atención Primaria, Atención Especializada y ámbito Sociosanitario.
 - Número de pacientes derivados a entidades sociosanitarias con informe médico-enfermera-trabajadora social / número pacientes derivados.
 - Número de pacientes con continuidad de cuidados de enfermería con informe de cuidados al alta / número de pacientes dados de alta con necesidad de cuidados.
 - Número de pacientes en programa TAO controlados por su médico de familia.

- Número de pacientes incluidos en programa de crónicos por Zona Básica de Salud.

7. Indicadores de satisfacción del profesional:

- Grado de satisfacción con su trabajo.
- Percepción del grado de reconocimiento de su trabajo por superiores, compañeros y pacientes.
- Percepción de satisfacción con la facilidad de realizar formación teórico práctica para una práctica diaria de calidad .
- Grado de satisfacción con el tiempo que dedica al paciente según patología.

8. Indicadores de organización y consecución de objetivos:

Porcentaje de pacientes derivados a hospitalización desde AP.

- Número de profesionales de AP que participan en la elaboración de: Guías, protocolos...
- Número de TIS por médico ≤ 1500 , ajustado a patología crónica. Número de TIS por pediatra ≤ 1100 ajustado a niños ≤ 12 meses.
- Número de procedimientos administrativos estandarizados para dar respuesta eficaz al ciudadano con el fin de agilizar la atención al mismo.

9. Indicadores de formación e investigación e investigación de los profesionales:

- Porcentaje de trabajadores de Atención Primaria que asisten a actividades formativas.
- Número de profesionales de AP implicados en actividades de investigación: tesis doctorales, proyectos, publicaciones.

10. Indicadores de organización y gestión de los Equipos de Atención Primaria

- Número de equipos de Atención Primaria con programa de autoformación: sesiones clínicas..



- Número de equipos de Atención Primaria con un plan de organización interna, cronograma de reuniones de equipo de Atención Primaria, grupos de trabajo internos

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Análisis de situación

Se puede definir la calidad asistencial como el “Tipo de cuidados que son esperados para mejorar una medida del estado de bienestar del paciente, después que uno ha realizado balance sobre las ganancias y pérdidas esperadas que sucedan tras el proceso de cuidados en todos sus componentes” (1) o bien el “Grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia” (2). La asistencia sanitaria ha de ser centrada en el paciente, efectiva, accesible, equitativa, eficiente y segura. Cerca del 10% de los pacientes hospitalizados sufre un evento adverso, aproximadamente la mitad son prevenibles, muchos de ellos son evitables (3). La estrategia de Seguridad de los Pacientes, que a continuación se presenta, sigue una línea continuista con los principios básicos de la que hasta ahora se viene desarrollando. Conserva los mismos objetivos estratégicos, alineados con las recomendaciones internacionales, e incorpora acciones referentes a los aspectos pendientes de desarrollar.

Se puede definir la estrategia de Seguridad de los Pacientes como el conjunto estructurado de actividades que buscan proporcionar a los pacientes una atención sanitaria especializada, segura y de calidad, minimizando los riesgos y eventos adversos derivados de la actividad asistencial, teniendo como marco de referencia la mejora continua a través del modelo de excelencia EFQM, las recomendaciones de la UNE 179003 en gestión de riesgos y seguridad del paciente vigente (4), los estándares de la *Joint Commission* (5), la innovación, la formación de los profesionales, la implicación de los pacientes, las guías de práctica clínica así como las directrices de la Organización Mundial de la Salud (6), la Comisión Europea (7), el Consejo de Europa (8), la Acción Conjunta de la Red de la Unión Europea para la Seguridad de los Pacientes y la Calidad de la Asistencia Sanitaria (PaSQ) (9), y el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, mediante los Planes de Calidad (10) y la Estrategia de Seguridad del Sistema Nacional de Salud (11).

Los objetivos de la estrategia inicialmente se han orientado a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias implicando a pacientes y usuarios; incorporar la gestión riesgo sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes; implementar prácticas seguras de acuerdo con la evidencia científica disponible y la promoción de la investigación de eventos adversos y la participación internacional.

A partir de II Plan de Salud de La Rioja (12) y de los resultados de la encuesta de percepción (13) llevada a cabo en noviembre y diciembre de 2014 a profesionales, pacientes y usuarios del Sistema de Salud de La Rioja, se plantea esta actualización para el periodo 2015-2019, lo que supone una oportunidad de disponer de una visión retrospectiva, lo que hace posible tener un instrumento que nos facilite el análisis de lo realizado, la reflexión y la toma de decisiones consensuadas en torno a la Seguridad de los Pacientes en La Rioja. Según la evaluación del II Plan de Salud, en relación con la calidad y la seguridad del sistema de salud de La Rioja, se aprecia una mejora durante los años de despliegue del Plan, como la implantación de sistemas de gestión integrada de calidad (ISO, Modelo EFQM ...), si bien es un área de mejora. En el año 2014, un total de 509 profesionales de Salud de La Rioja se formaron en Seguridad de los Pacientes. La incidencia de eventos adversos en el año 2014 fue del 4%.

Prioridades y Justificación

Aunque el despliegue de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes en La Rioja es una realidad, se debe seguir potenciando los distintos proyectos en este campo como los programas de Prevención de la Infección Relacionada con la Atención Sanitaria: Higiene de manos, Bacteriemia, el Proyecto de Seguridad quirúrgica, el de Identificación Inequívoca de pacientes, el programa de prevención de úlceras por presión y de caídas, la implantación de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Clínicos para la Seguridad del paciente, los Sistemas de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, la iniciativa de conciliación de la medicación, así como la de adherencia al tratamiento.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la gestión del riesgo y reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos asociados con la asistencia sanitaria.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la difusión de la cultura en gestión de riesgos clínicos en La Rioja para profesionales y pacientes.
- Organizar un sistema para la identificación y valoración de los riesgos asociados con la asistencia sanitaria.
- Establecer medidas para prevenir, reducir o eliminar los riesgos sanitarios.
- Fortalecer la estructura organizativa para la gestión de riesgos sanitarios antes del año 2016.
- Impulsar oportunidades de formación para los profesionales, así como promover la apertura de líneas de investigación en gestión de riesgos sanitarios.

RECOMENDACIONES

- Definir un plan de difusión a pacientes y profesionales.
- Definir un Plan de Formación acreditado en Seguridad del Paciente para los profesionales y con implicación de los pacientes (cursos, jornadas, folletos informativos...).
- Actualización y difusión de la información disponible en la Intranet del Servicio Riojano de Salud.
- Información genérica sobre gestión de riesgos clínicos a usuarios del sistema de salud a través de Internet, trípticos informativos, medios de comunicación.
- Informar al alta en autocuidado sobre todo en Insuficiencia renal, Insuficiencia cardiaca, diabetes y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) .

- Incluir en las encuestas de satisfacción de los pacientes ítems relacionados con la seguridad y una vez analizadas, establecer un plan de acción e informarles de ello (Feedback pacientes).
- Implantación de un sistema uniforme de notificación de incidentes y eventos adversos confidencial y voluntario en el ámbito sanitario y llevar a cabo la gestión proactiva de los riesgos mediante el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) y reactivo con el Análisis de Causa
- Incorporar al Cuadro de Mandos Integral (CMI) de cada centro el Indicador Clave de Calidad para la Seguridad del Paciente definido como “Incidencia de Eventos Adversos inferior al 8,4%”
- Despliegue del Programa de Prevención de la Infección Nosocomial (higiene de las manos de los profesionales, prevención de Bacteriemias asociadas a catéter venoso en plantas de hospitalización de mayor riesgo).
- Implantación de un Programa de Prevención, cuidados y monitorización de úlceras por presión (UPP).
- Implantación de un Programa de Prevención y monitorización de Caídas.
- Implantación y evaluación de la lista de comprobación quirúrgica en los quirófanos del Sistema de Salud de La Rioja y de otras listas en relación con todo el proceso quirúrgico desde el ingreso hasta el alta. Implantar y evaluar en el 100% de quirófanos de cirugía programada.
- Mantenimiento y mejora del Proceso de Identificación Inequívoca de Pacientes.
- Establecer sistemas para la mejora del uso seguro del medicamento en todos los niveles: Atención Primaria, Atención Sociosanitaria y Atención Especializada. Implementar la “Agenda Enfermera en la Administración de Medicación” en las Unidades de Hospitalización.
- Continuar con los programas de Conciliación de medicación, así como de adherencia al tratamiento farmacológico.
- Definir e implementar un plan de Protección radiológica.

- Alta segura de pacientes a ámbito sociosanitario y continuidad de cuidados.
- Mejorar la eficacia de la comunicación entre los profesionales (sesiones interhospitalarias, otros...).
- Potenciar las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente (UFGRSP), como responsables de los eventos notificados y garantes de un plan de acciones de mejora y con la valoración de los resultados de las mismas.
- Definir una Comisión Gestora Especifica de Eventos Centinela al amparo de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.
- Establecimiento de un Plan de Gestión de Riesgos con periodicidad Anual por cada una de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos en colaboración con la Unidad Central.
- Elaboración de informe anual con las actividades desarrolladas en Seguridad del Paciente de cada una de las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente, y el cronograma previsto para el año siguiente.
- Análisis de la situación. Valorar cultura de seguridad entre los profesionales a través de la encuesta de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Participación en los proyectos de investigación multicéntricos, nacionales e internacionales, de Seguridad del Paciente y análisis de experiencias validadas en otras áreas (países, CCAA, sociedades científicas) y adaptación e implantación en La Rioja.

INDICADORES

11. Número de actividades formativas impartidas en relación con la seguridad del paciente y número de asistentes. Anual. Número de charlas/jornadas y asistentes por Centro de Salud y Servicio. Anual.
12. Número de acciones formativas e informativas en el uso de procedimientos con radiaciones ionizantes.

13. Número de pacientes formados en Seguridad del Paciente (“Pacientes expertos”). Anual.
14. Número de unidades y servicios con sistema de notificación de eventos adversos. Anual.
15. Número y registro de AMFE realizados. Anual.
16. Establecer medidas para prevenir, reducir o eliminar los riesgos sanitarios.
17. Número de unidades y servicios con proyecto de conciliación de medicación implementado. Anual.
18. Prevalencia de UPP. Anual.
19. Incidencia de caídas. Anual.
20. Cobertura del sistema de identificación de paciente. Anual.
21. Implantación del programa de Higiene de Manos de los profesionales sanitarios. Anual.
22. Número de bacteriemias asociadas a catéter venoso. Anual.
23. Número de quirófanos donde se ha implementado la lista de verificación quirúrgica de cirugía segura. Anual.
24. Número de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. Anual.
25. Número de proyectos, publicaciones, comunicaciones a congresos, ponencias sobre Seguridad del Paciente. Anual.
26. Número de encuestas de la AHRQ contestadas del total de profesionales. Anual.



CALIDAD ASISTENCIAL

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Agencia de Calidad y dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud ha impulsado la elaboración de Estrategias en Salud para las patologías más prevalentes. Los profesionales de la Administración Sanitaria de La Rioja han participado en todas ellas, tanto en su elaboración en unos casos como en su desarrollo e implementación en otros. La potenciación de relaciones para la mejora del Sistema de Salud constituía uno de los objetivos del Plan de Salud previo, que se alcanzó satisfactoriamente.

El II Plan de Salud de La Rioja planteaba también que, tras una fase marcada por la mejora de las infraestructuras, debía emprenderse la optimización de las mismas y de la utilización del capital humano, potenciando el trabajo en Calidad, la búsqueda de la mejora continua y la difusión de las buenas prácticas. El objetivo básico del sistema es la satisfacción de las necesidades reales del usuario, que deben ser conocidas de la manera más directa posible.

Los profesionales sanitarios deben estar adecuadamente formados, participar en el funcionamiento del sistema y sentirse satisfechos con el mismo, para prestar la asistencia que se les demanda. En este sentido se planteó establecer canales de comunicación interna, fomentar la participación en Comisiones y Grupos de Trabajo e impulsar la implantación de un Plan de Acogida al trabajador. La realización de encuestas, también propuesta, permitiría evaluar la eficacia de estas medidas. Estos objetivos están solo parcialmente alcanzados, por lo que procede su nuevo planteamiento en algunos casos.

En concreto, la potenciación de la participación en Comisiones Clínicas y Grupos de Trabajo tiene una doble utilidad. Por un lado es una excelente herramienta de participación de los profesionales, y por otro lado permite llevar la práctica clínica a los niveles de efectividad y eficiencia que son deseables. Por ello este aspecto se considera de especial relevancia y se potencia en este III Plan.

Las herramientas de gestión de la calidad facilitan todos estos aspectos, por lo que su difusión es una actividad fundamental. Debe contemplarse en los distintos planes de formación e iniciarse su implantación en los distintos servicios y unidades. En este sentido, como consecuencia de la aplicación del II Plan de Salud de La Rioja, y en relación con el objetivo de extender la cultura de la calidad asistencial dentro del sistema público de salud de La Rioja, se apreció una mejora durante los años de desarrollo del Plan con la implantación de sistemas de gestión integrada de la Calidad.

Si bien es necesario continuar extendiendo la cultura de la calidad en el sistema público de salud de La Rioja, se han certificado en los últimos años diferentes servicios asistenciales en la norma ISO 9000 (Banco de Sangre, Unidad de Mama, Unidad de Hospitalización a Domicilio, Unidad de Esterilización...) ISO 14000 (Fundación Rioja Salud, Fundación Hospital de Calahorra) e ISO 179003 (Fundación Hospital de Calahorra)

Por otra parte, Fundación Hospital de Calahorra ha obtenido la Q de Oro en el Modelo EFQM de Excelencia, la Organización Docente del Hospital San Pedro ha obtenido la Q de Bronce y tanto el Hospital San Pedro como el Hospital Fundación Calahorra han sido galardonados en diversas ediciones de los premios TOP Hospitalarios por su elevado nivel de calidad asistencial.

Se consiguió también elaborar un sistema de información de indicadores de calidad cuya evaluación permite la mejora continua. Quedaron pendientes de completar dentro de este objetivo específico el elaborar un Plan de Calidad común para todo el Sistema Riojano de Salud y el impulsar la figura del Coordinador de calidad en los distintos centros sanitarios.

Para mejorar la satisfacción del paciente con el sistema se propuso la realización de encuestas de satisfacción, llevadas a cabo en distintos ámbitos, con el establecimiento de planes de mejora a partir de las mismas se consideró necesario actualizar e impulsar el Plan de Acogida al Paciente, objetivo ya alcanzado.

OBJETIVO GENERAL

Optimizar los resultados de salud mediante una práctica asistencial, efectiva, eficiente, equitativa y centrada en las necesidades reales de paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la percepción de las personas en la experiencia de uso de los servicios de asistencia sanitaria del Sistema Público de Salud de La Rioja.
- Mantener y potenciar la extensión de la implementación de sistemas de gestión de la calidad en las unidades/servicios del Sistema Público de Salud de La Rioja.



- Potenciar y Establecer nuevas Comisiones Clínicas como órganos de participación de los profesionales de Asistencia Especializada y Atención Primaria garantizando la interrelación entre los distintos niveles de atención.
- Potenciar la formación en calidad a los profesionales en todas las categorías de personal sanitario.

RECOMENDACIONES

- Implantación de sistemas de gestión integrada de la Calidad en un número progresivo de Servicios asistenciales.
- Promover la realización de encuestas de satisfacción a profesionales, usuarios y otros grupos de interés en los distintos ámbitos asistenciales, con el establecimiento de planes de mejora a partir de las mismas.
- Promover la participación de los profesionales de asistencia primaria y especializada poniendo en marcha y potenciando como órganos de participación Comisiones Técnicas.
- Constituir una Comisión de Calidad en cada uno de los centros que promueva la implantación de Planes de Calidad en ellos.
- Potenciar las Comisiones Técnicas Hospitalarias ya funcionantes en cada uno de los centros Hospitalarios Públicos y constituir nuevas Comisiones Técnicas (Consejo Genético, Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica, de Tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos...).
- Constituir una Comisión de continuidad asistencial entre Asistencia Especializada y Atención Primaria.

INDICADORES

27. Número de nuevas Comisiones Técnicas.
28. Número de Servicios con Sistemas de Gestión de la Calidad Implantados.

29. Constitución y número de reuniones de Comisión de Calidad, Tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos.
30. Constitución y número de reuniones de Comisión de Consejo Genético.
31. Constitución y número de reuniones de Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.
32. Número de reuniones de Comisión de Farmacia, Bioética, Transfusión.
33. Número de reuniones de comisión de continuidad asistencial entre Asistencia Especializada y Atención Primaria.
34. Número de actividades de formación relacionadas con calidad asistencial.

INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

Análisis de situación

Todas las actividades desarrolladas en la Comunidad Autónoma de La Rioja han tenido como objetivo fomentar una investigación volcada en el paciente para lo que se han ido cumpliendo hitos en las áreas de investigación y formación.

Partiendo de un escenario en el que prácticamente todo estaba por construir, se han alineado las acciones con las estrategias nacionales y con la actual Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020 y el Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2013-2016 y a través de la Comisión Mixta formada por representantes del Ministerio de Economía y Competitividad y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Todo ello teniendo en cuenta las 5 prioridades definidas por el Espacio Europeo de Investigación (*European Research Area /ERA*):

- Desarrollar sistemas nacionales de investigación.
- Óptima cooperación transnacional, sobre agendas de investigación comunes, grandes retos e infraestructuras.
- Un mercado laboral abierto para los investigadores, facilitando la movilidad, el apoyo a la formación y la garantía de una carrera atractiva.



- Igualdad de género y la perspectiva de género en la investigación, mediante el fomento de la diversidad de género para fomentar la excelencia científica.
- Óptima circulación y transferencia del conocimiento científico, para garantizar el acceso y la asimilación de los conocimientos por parte de todos.

Los hitos alcanzados hasta el momento son:

- Creación de una estructura estable dedicada a la investigación biomédica con indicadores relacionados con el número de publicaciones, factor de impacto, retorno económico, tasa de éxito en proyectos competitivos o solicitud de patentes.
- Centralización de la gestión y fomento de la investigación a través de Fundación Rioja Salud. Toda la investigación clínica realizada en la Comunidad Autónoma está previamente autorizada por el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR).
- Acercamiento de la investigación a la práctica clínica mediante a) la participación en proyectos competitivos desarrollados en el Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR); b) la inclusión de nuestros profesionales en el programa nacional de intensificación de actividad investigadora; c) la promoción de ensayos clínicos propios; d) la solicitud y formalización de patentes.

Se han iniciado igualmente, la acreditación como Instituto de Investigación Sanitaria (centro de excelencia), a la estructura virtual conformada por el Hospital San Pedro (HSP) y la Fundación Rioja Salud (FRS), como el desarrollo de una Unidad de Estudios Preclínicos en toxicidad aguda para las moléculas candidatas a nuevas terapias en oncología.

También se está impulsando la investigación en Enfermería con la creación de una línea estratégica de investigación en “Cuidados en el paciente crónico”. Paralelamente, a través del Instituto Joanna Briggs y en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III y el resto de CCAA, se ha liderado la redacción del nuevo plan estratégico de investigación del Instituto que define las prioridades de investigación en cuidados a nivel nacional.

Por último, se ha creado la Unidad de Apoyo a la Investigación Clínica con la figura de un “Data Manager” para apoyar las investigaciones propias y las desarrolladas por la industria.

Respecto a la formación, aún sin contar expresamente con un área de Ciencias de la Salud, La Rioja está proporcionando formación sanitaria en: a) Formación de Grado de Enfermería que se imparte en la Escuela de Enfermería y en colaboración con la Universidad de La Rioja. En el año 2014 se ha iniciado el proceso de solicitud de la renovación de la acreditación mediante un proceso de evaluación interna (autoevaluación) y externa (panel de expertos y Comisión de la *Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación*- ANECA). En el 2014 ha finalizado la primera promoción de grado; b) Formación práctica de estudiantes de grado de varias titulaciones como Medicina, Farmacia, Psicología, Fisioterapia. Para ello se han firmado acuerdos con distintas Universidades para la realización de prácticas curriculares y extracurriculares, prácticas de Máster y realización de tesis doctorales; c) Formación Sanitaria Especializada, a través de las Unidades Docentes acreditadas; d) Formación Continuada de los profesionales sanitarios y no sanitarios del sistema público de Salud de La Rioja, realizada a través de la Unidad de Formación Continuada; e) Cursos de formación continuada a través del Colegio de Médicos y de Enfermería.

Ya en los últimos años, nuestros profesionales han participado activamente en la creación del programa de doctorado en colaboración con la Universidad de La Rioja y actualmente está en trámite la aprobación de un máster de investigación que facilitará el aumento del número de doctores en el entorno sanitario.

Prioridades y justificación

Mejorar la capacidad de investigación mediante la formación y capacitación del personal sanitario; estimular, facilitar y reconocer la dedicación a la investigación.

Además, es necesario ser más competitivos, tener más presencia internacional y ser capaces de buscar y explotar nuevas vías de financiación que ayuden a hacer más sostenible el sistema, planteando nuevos retos.

Aumentar la cartera de servicios biotecnológicos externos y desarrollar economías de escala.

(EFQM, siglas en inglés de Fundación Europea para la Gestión de Calidad; BPLs (Buenas Prácticas de Laboratorios), etc.).



OBJETIVOS GENERALES

Desarrollar nuevas terapias y tratamientos para mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos.

Contribuir a la formación y el entrenamiento de profesionales en grado, posgrado y formación continuada, tratando de acercar la investigación a la práctica clínica habitual. Mantener el nivel, la calidad y experiencia acumulada.

Desarrollar una red biotecnológica que ayude al crecimiento económico regional, favoreciendo una mayor colaboración con la empresa privada, la explotación del conocimiento generado vía licencia de patentes o el desarrollo de spin-off.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar la investigación preclínica (ya que supone un paso más en la investigación que se hace en los laboratorios para lograr un nuevo tratamiento y es un paso previo al inicio de las fases clínicas).
- Mejorar el nivel de la investigación riojana.
- Facilitar y Mejorar la calidad de la formación de Grado, Formación Sanitaria Especializada y Formación continuada.
- Alcanzar los objetivos propuestos por el ISCIII a través del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO).
- Acreditación de estructuras de investigación, Centros, y Profesionales.

RECOMENDACIONES

- Formación de nuevos doctores en La Rioja.
- Aumentar el número de proyectos de investigación.
- Desarrollar la investigación en preclínica.

- Reacreditación de la Escuela Universitaria de Enfermería por ANECA en el año 2016.
- Aumentar el número de doctores en el personal docente de la Escuela Universitaria de Enfermería.
- Impulsar un Plan de Formación de tutores docentes de Formación Sanitaria Especializada.
- Acreditar a todos los tutores de Formación Sanitaria Especializada.
- Acreditar Unidades Docentes troncales.
- Impulsar el Plan de Formación Continuada.
- Disponer de un doctor por servicio.
- Promover al menos una investigación en cada servicio.
- Incrementar la participación en ensayos clínicos.
- Incrementar la potencia y accesibilidad de las estructuras de apoyo a la Investigación, mediante el desarrollo de una estructura administrativamente ágil, próxima, flexible, clara, asequible, eficaz y cómoda.
- Divulgación de la existencia y funciones de la figura del Data Manager y del CEICLAR y de los procedimientos y vías para consultar o acceder a ellos.
- Facilitar a los profesionales e investigadores el acceso a la Unidad de Apoyo a la Investigación.
- Involucrar a los órganos directivos del Sistema Público de Salud en el impulso de la Formación e Investigación.
- Estimular la investigación desde el núcleo de los servicios clínicos, con instrucciones claras a los Jefes de Servicio y Sección y a los Coordinadores de AP. Divulgación de este objetivo entre los profesionales del Sistema Público de Salud, especialmente al personal médico y de enfermería.
- Fomentar la acreditación docente por la ANECA.



- Diseño de un sistema de captación y divulgación de información sobre actividades de investigación desarrolladas en el Sistema Público de Salud.
- Elaboración y difusión (publicación online) de una Memoria Anual que refleje toda la actividad investigadora biomédica y docente de la Comunidad Autónoma.
- Estimular y Reconocer adecuadamente la labor realizada por los profesionales que participan en actividades docentes y de investigación.
- Adaptar las estructuras docentes de la Rioja a las nuevas exigencias normativas sobre la troncalidad para conseguir unos excelentes profesionales sanitarios en las actividades asistenciales, docentes y de investigación.
- Mayor colaboración con la industria y una mayor flexibilidad para explotar el conocimiento generado (vía spin off o licencia de patentes).

INDICADORES

Productividad en investigación:

35. Número de publicaciones totales y Q1.
36. Factor de impacto El factor de impacto de una revista es el número de veces que se cita por término medio un artículo publicado en una revista determinada.
37. Solicitud de Patentes.
38. Número de Ensayos Clínicos promovidos por la industria.
39. Número de Ensayos Clínicos propios.
40. Número de Proyectos competitivos.
41. Retorno económico- Memoria Económica Anual.

Incrementar el Número de Doctores y Doctorandos:

- 42. Número de Doctorandos.
- 43. Número de Tutores.
- 44. Número de Doctores.
- 45. Tesis aceptadas e inscritas en la Universidad en vigencia en el año natural.
- 46. Tesis iniciadas, con publicación o divulgación de resultados preliminares.
- 47. Tesis Defendidas.

Formación

- 48. Tramitar la acreditación de la Escuela de Enfermería.
- 49. Número de profesores enfermeros doctores sobre el total de profesores enfermeros en la Escuela de Enfermería.
- 50. Número de tutores acreditados sobre el total de tutores en Formación Sanitaria Especializada (FSE).
- 51. Número de tutores de FSE que asisten a cursos del itinerario formativo/ total tutores.
- 52. Grado de satisfacción de los tutores con la formación.
- 53. Número de Unidades docentes troncales acreditadas sobre el total de solicitadas.
- 54. Número de residentes que han realizado un proyecto de investigación/ total residentes.
- 55. Número de tutores que participan o apoyan los proyectos de investigación.
- 56. Número de tesis doctorales realizadas por especialistas en formación/ total residentes.



57. Porcentaje de nuevas actividades formativas en las distintas áreas formativas.
58. Porcentaje de actividades de formación continuada mediante nuevas tecnologías.
59. Número de actividades de formación continuada acreditadas/ total de las realizadas.
60. Impacto del plan de formación en los profesionales y en la organización.
 - Encuestas a los alumnos, para medir el grado de satisfacción con la aplicabilidad de la formación en el puesto de trabajo y el nivel de mejora percibido en su desempeño profesional tras realizar la actividad .
 - Encuesta a los responsables de los alumnos: para valorar la aplicabilidad de lo aprendido y el grado de mejora percibida en el entorno laboral.

Investigación Clínica

61. Número de Servicios con al menos un doctor.
62. Número de Servicios con al menos una investigación en curso promovida y realizada en el Servicio.
63. Número de Ensayos Clínicos vivos por Servicio.
64. Número de Servicios con Ensayos Clínicos vivos.

Bibliografía

1. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España:2007-2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
2. La Atención Primaria de Salud en España y sus Comunidades Autónomas. Disponible en: www.comsalamanca.es/NdSite/.../3f8bd681ac1896d8c223d226d433de2d
3. Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor; Michigan: Health Administration Press, 1980.
4. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Vol.1. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
5. ARANAZ, J., AIBAR, C., VITALLER, J. and RUIZ, P., 2005. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
6. Norma UNE 179003:2013 de riesgos para la seguridad del paciente. http://www.aenor.es/aenor/formacion/cursos/fichacurso.asp?curso=P-49&anyo=2015&modal_origen=PR
7. The Joint Commission. Sentinel Event. Disponible en: http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx
8. 59ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A59/22. Punto 11.16 del orden del día provisional. Seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud; 4 de mayo de 2006. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf
9. European Commission. Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Diario del Consejo de la Unión Europea 9 de junio de 2009 (2009/C 151/01). Brussels: European Commission; 2011. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf
10. Council of Europe. Committee of Ministers. Recommendation Rec(2006)7of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Brussels: Council of Europe; 2006 [acceso 1 de octubre de 2013]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>
11. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006. Estrategia nº8: Seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
12. Desarrollo de la estrategia nacional en seguridad del paciente 2005-2011. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. MSPSI; 2011. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2012/>



13. European Union Network for Patient Safety and Quality of Care. Disponible en: <http://www.pasq.eu/>
14. II Plan de Salud de La Rioja (2009-2013). Consejería de Salud y Servicios Sociales. Gobierno de La Rioja.
15. Encuesta de percepción a los profesionales sanitarios, pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud. Noviembre y Diciembre 2014.
16. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care* 2004;13:145–51.
17. Guía Salud. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=694513e1717d826ebdec31b103ba>
18. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA; Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009 Jan 29;360(5):491-9. doi: 10.1056/NEJMsa0810119. Epub 2009 Jan 14.
19. J Morís de la Tassa, E Fernández de la Mota b, C Aibar-Remón, S Castan Cameo, JM Ferrer Tarrés. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2008;131(Supl 3):72-8. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13132776&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=2&ty=147&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=2v131nSupl.3a13132776pdf001.pdf
20. Kohn L T, Corrigan J M, Donaldson MS Institute of Medicine To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2009
21. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991 Feb 7;324(6):377-84.
22. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) (BOE 102 del 25-4-1986). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986.
23. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2006 Iniciativa Global de Seguridad Radiológica en Establecimiento Sanitarios.
24. Rodrigo-Rincon I, Martin-Vizcaino MP, Tirapu-Leon B, Zabalza-Lopez P, Zaballos-Barcala N, Villalgorido-Ortin P, Abad-Vicente FJ, Gost-Garde J. The effects of surgical checklists on morbidity and mortality: a pre- and post-intervention study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2015 Feb;59(2):205-14. doi: 10.1111/aas.12443. Epub 2014 Dec 5.

Bibliografía complementaria

-
25. UNSCEAR (2008) Sources and Effects of Ionising Radiation, Vol 1: Sources, Annex A: Medical Radiation Exposures.
 26. WHO Guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery saves lives. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf



CAPÍTULO

15

ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES



Coordinadora: Martínez Ochoa, Eva

Expertos/as: Belío Blasco, Cristina; Crespo Agustín, Francisco Javier; González Díez, Silvia; Marco Aguilar, Pedro; Martínez Angulo, Josefina; Oteo Revuelta, José Antonio; Quiñones Rubio, Carmen; Rodríguez Regadera, Elena

Consultora: Segura Martínez, Eulalia



Análisis de situación

Aunque se han conseguido grandes logros frente a las enfermedades infecciosas, están surgiendo nuevos brotes de enfermedades emergentes y reemergentes, que constituyen un problema de salud pública a nivel mundial.

La primera vez que se dio a conocer el concepto enfermedades infecciosas emergentes fue en 1992, por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (1). Una enfermedad emergente es aquella que aparece en una población por primera vez, o la que habiendo existido previamente presenta un rápido incremento de su incidencia o de su distribución geográfica (2). En general, las características que definen a una enfermedad emergente y reemergente son las siguientes:

- Nuevas enfermedades que no se han reconocido anteriormente.
- Enfermedades que están aumentando, o amenazan con aumentar, en incidencia o en distribución geográfica.
- Enfermedades que se consideraban ya controladas, y que actualmente están reapareciendo.

Un claro ejemplo de una enfermedad emergente ha sido la pandemia de la infección por VIH, que representa el prototipo de una enfermedad infecciosa nueva y emergente con un impacto en salud pública no experimentado previamente (3).

Existen diversos factores que contribuyen a la aparición de estas enfermedades a nivel mundial (4, 5), como son los cambios demográficos o de comportamiento (pobreza, migración de la población, urbanización, bioterrorismo, comportamiento sexual, consumo de drogas intravenosas...), cambios en la tecnología y en la industria (globalización de suministros alimentarios, cambios en el procesamiento de alimentos, trasplante de órganos-tejidos, uso generalizado de antibióticos como suplemento de crecimiento), viajes y comercio internacional (movimiento mundial de productos, turismo, transporte mundial de mosquitos y otros vectores), adaptación y cambio microbiano (evolución microbiana, respuesta a selección ambiental), deterioro de la Salud Pública (diminución de programas de prevención, saneamiento inadecuado, control de vectores inadecuado), cambio climático, desastres naturales, respuestas inapropiadas sociales, políticas y económicas a brotes, etc.



Para hacer frente a los nuevos retos, hay que establecer una estrategia de gestión proactiva del riesgo (detección temprana de eventos y respuesta antes de que se conviertan en una amenaza para la salud), ya que una situación de emergencia en un país puede impactar en muchas partes del mundo.

En este sentido en el año 2005, se aprueba el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que entró en vigor en 2007. (6)

El RSI es un instrumento jurídico de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y tiene por finalidad ayudar a la comunidad internacional a prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo, las interferencias necesarias con el tráfico y el comercio internacionales. Se pretende también con él reducir el impacto internacional de las emergencias de salud pública.

Para realizar estas funciones, el RSI exige que los países dispongan de un Centro Nacional de Enlace y de un sistema organizado de vigilancia, que garantice la preparación y la capacidad de respuesta a todos los niveles administrativos.

El Reglamento vigente ha supuesto un cambio de paradigma al plantear que el control de las emergencias y los riesgos para la salud pública deben realizarse en su origen. El principio del RSI, es que el mejor modo de prevenir la diseminación internacional de enfermedades es detectar los riesgos de salud pública de forma precoz y aplicar medidas de respuesta efectivas cuando todavía el problema es limitado.

La OMS, en su informe del año 2007 *"A safer future: global public health security in the 21st century"*(7), dedicado a promover la seguridad mundial en materia de salud pública y centrado en determinados problemas que suponen peligro para la salud colectiva de las personas a escala internacional (epidemias y pandemias de enfermedades infecciosas y otros eventos agudos de salud), destacaba el panorama cambiante de las enfermedades, y manifestaba que estaban surgiendo nuevas enfermedades al ritmo de una por año.

En la Unión Europea, la Decisión 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo (8) crea una red para potenciar la cooperación y la coordinación entre los Estados miembros, a fin de mejorar la prevención y el control de las enfermedades

transmisibles en la Unión Europea. Esta red incluye la creación de un sistema de alerta precoz y respuesta para la prevención y el control de ciertos hechos o indicios que, por sí solos o asociados a otros, constituyan o puedan llegar a constituir amenazas para la salud pública. La Decisión 2000/57/CE del Parlamento Europeo y del Consejo (9) crea este sistema, *Early Warning Response System* (EWRS).

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad lidera la comunicación con la OMS a efectos del RSI (ratificado en el Boletín Oficial del Estado de 12 de marzo de 2008) y la coordinación con los otros sectores implicados en la implementación del Reglamento en el país, a través del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).

El CCAES ejerce de Centro Nacional de Enlace con la OMS, según se dispone en el RSI, así como de punto focal del Sistema de alerta precoz y respuesta de la Comisión Europea (EWRS). Ambos sistemas requieren un punto de contacto permanente, las 24 horas 7 días a la semana.

El CCAES dispone de acuerdos de comunicación con otros sistemas y redes de vigilancia y alertas de la Administración General del Estado (AGE) en caso de detección de eventos de salud pública de importancia nacional o internacional, como son el Sistema de Alerta Sanitaria Veterinaria (RASVE) del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente (MAGRAMA) para la comunicación de zoonosis y el Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI) de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) en el caso de cualquier riesgo o incidencia relacionado con los alimentos que pueda afectar a la salud de los consumidores.

En la Comunidad Autónoma de La Rioja para la detección de alertas, el centro de enlace autonómico con el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, con el CCAES y con el resto de Comunidades Autónomas, se encuentra en la Dirección General de Salud Pública y Consumo, que a su vez establece los mecanismos de coordinación con el resto de ámbitos implicados.

En los últimos años, han sido muchas las alertas nacionales e internacionales de Salud Pública que se han detectado y gestionado, entre las que se encuentran las siguientes:

- La primera epidemia del Siglo XXI fue el conocido SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo). El 10 de febrero de 2003 se informa de los primeros casos



en China. El día 12 de marzo la OMS emite la alerta global de la epidemia mundial de SARS. La epidemia se da por finalizada el día 5 de julio de 2003. Se detectaron 8098 casos con 774 defunciones. El Coronavirus del SARS fue el primer agente patógeno nuevo identificado en este siglo.

- En 2003, aparece la Gripe Aviar A(H5N1), que se salda con 520 casos y 307 defunciones en 15 países.
- En el año 2009, se declara la pandemia de gripe por virus A (H1N1).
- En 2011, aparece un brote por E. coli STEC en Alemania, asociado al consumo de cierto tipo de semillas germinadas.

Pero además, entre los años 2012 y 2015 se han detectado alertas por otras enfermedades, algunas de las cuales ya han sido cerradas:

- Brote de Cólera en México.
- Caso de rabia canina importada en Toledo.
- Dengue en Madeira.
- Gripe porcina A(H3N2) en EEUU.
- Ébola en Uganda.
- Cólera en Cuba.

Y algunas continúan abiertas en este momento:

- Alertas por poliovirus salvaje a nivel mundial, año 2013-2014.
- Nuevo coronavirus en Oriente Próximo (MERS-CoV).
- Nuevo virus Gripe Aviar A (H7N9) en China.
- Brote de fiebre de Chikungunya en la Región de las Américas.
- Brote de enfermedad por virus Ébola (EVE).

Prioridades y justificación

Recientemente se ha vivido la emergencia de algunas enfermedades infecciosas, con el potencial riesgo de provocar pandemias, o introducir microorganismos que ya estaban erradicados en nuestro medio. Para todas ellas, en la Comunidad Autónoma de La Rioja, se han tenido que activar respuestas coordinadas entre Salud Pública, el nivel asistencial y el resto de ámbitos implicados.

La aparición de enfermedades emergentes y reemergentes, puede repercutir en la seguridad sanitaria, así como en la estabilidad económica o política, el comercio, el turismo y el acceso a bienes y servicios, y si es de forma reiterada, en la estabilidad demográfica.

Para el abordaje y control de estas situaciones que generan alertas en la salud de la población, es necesario abordar una serie actuaciones que hemos priorizado en este capítulo del III Plan de Salud:

- 1. Actividades Preventivas:** tienen por objeto eliminar, reducir o controlar periódicamente la fuente de infección.
- 2. Actividades de Vigilancia:** La vigilancia en salud pública es el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones de salud pública.
- 3. Actividades de Preparación:** tienen por objetivo disminuir la vulnerabilidad frente a una determinada amenaza y el riesgo de que ésta ocurra, así como planificar la respuesta para que ésta sea más eficiente.
- 4. Actividades de Respuesta:** tienen por objetivo disminuir el impacto en la población de una alerta o emergencia de salud pública en curso y van dirigidas principalmente a su control y a la prevención de sus efectos. Es de destacar que una respuesta temprana es crucial para un control efectivo de cualquier alerta o emergencia.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (10), establece que la prevención tiene por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y atenuar o eliminar en



la medida de lo posible sus consecuencias negativas mediante políticas acordes con los objetivos de esta ley (artículo 19.1); que las Administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, impulsarán otras acciones de prevención primaria, como la vacunación (19.2.c), y que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordará un calendario único de vacunas en España.

Los programas de vacunación, tienen como objetivo el control o erradicación de determinadas enfermedades infecciosas para cuya prevención existen vacunas, que se pueden administrar de forma segura y eficaz a la población.

En la cadena epidemiológica la vacunación actúa sobre la población susceptible de enfermar, dando lugar, cuando los niveles de cobertura alcanzados son suficientes para cada enfermedad, a la llamada inmunidad de grupo. Cuando las coberturas de vacunación son bajas, la vacuna sólo aporta un beneficio individual y se crean bolsas de susceptibles, que son las responsables del mantenimiento de la transmisión de la enfermedad en la comunidad y de la aparición de brotes cuando hay un número suficiente de susceptibles. Con coberturas intermedias desaparece el riesgo de brotes epidémicos y con coberturas elevadas puede llegar a eliminarse la enfermedad.

Las coberturas de vacunación alcanzadas en el Calendario Oficial de Vacunaciones Infantiles de La Rioja son muy elevadas, superando en todos los casos el 90%, y en su mayoría el 95%. (Tabla 1) (Tabla 2)

TABLA 1. Coberturas de vacunación de 0-3 años. La Rioja 2010-2014.

Edad	Vacunas	Coberturas (%)				
		2010	2011	2012	2013	2014
2 meses	DTPa,Hib,VPI,HB,MnC	99,20	99,00	99,13	99,12	99,26
4 meses	DTPa,Hib,VPI,HB,MnC	98,80	98,70	99,01	98,75	99,03
6 meses	DTPa,Hib,VPI, HB	98,50	98,10	98,35	98,10	98,73
12 meses	SRP, MnC				97,19	98,29
15 meses	SRP, MnC	98,10	97,80	97,48		
18 meses	DTPa,Hib,VPI	97,30	97,30	96,37	96,30	97,38
3 años	SRP	95,70	95,90	95,08	94,50	95,04

DTPa: Difteria, Tétanos, Tosferina acelular; Hib: Haemophilus Influenzae tipo b, VPI: Polio inactivada; HB: Hepatitis B; MnC: Meningitis C; SRP: Sarampión, Rubeóla, Parotiditis.

Fuente: Registro de Vacunación de La Rioja.

TABLA 2. Coberturas de vacunación de 6-14 años. La Rioja 2010-2014.

Edad	Curso	Vacunas	Coberturas Curso Escolar (%)				
			2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
6-7 años	1º Educación Primaria	dTpa	98,80	98,40	98,33	98,01	97,76
11-12 años	6º Educación Primaria	VPH	93,50	95,00	94,82	93,37	
11-12 años	6º Educación Primaria	Var					21,21
11-12 años	6º Educación Primaria	MnC					96,68
12-13 años	1º ESO	MnC					92,26
13-14 años	2º ESO	MnC					90,28
13-14 años	2º ESO	dT	95,70	95,40	95,04	94,15	93,15
14-15 años	3º ESO	VPH	91,10				

dTpa: difteria, tétanos, tosferina acelular de contenido antigénico reducido; VPH: Virus del Papiloma Humano; Var: Varicela; dT: difteria, Tétanos tipo adulto.

Fuente: *Registro de Vacunación de La Rioja.*

El mantenimiento de estos altos niveles de coberturas de vacunación es muy importante, para evitar la reaparición de casos de enfermedades que en algunas ocasiones se encuentran en fase de erradicación, como es el caso de la poliomielitis. Con respecto a esta enfermedad, existe un riesgo real de reintroducción de poliovirus en España debido al numeroso trasiego de personas procedentes de países con diferentes coberturas de vacunación. Otras enfermedades, como el sarampión están en vías de alcanzar su eliminación.

Pero las vacunaciones no finalizan en la edad pediátrica, sino que los cambios epidemiológicos justifican en muchos casos continuarlas en la edad adulta, para evitar la reemergencia de enfermedades que parecían ya controladas. Por lo tanto, es muy importante revisar las recomendaciones de vacunación en los adultos. Éstas se establecen en base a la edad, las vacunaciones recibidas en la infancia, la situación de salud, la ocupación, determinados estilos de vida y los viajes a otros países. Como ejemplo, podemos citar la tosferina que ha sufrido un aumento en la incidencia en los últimos años, a expensas fundamentalmente de los grupos de adultos susceptibles, que además ejercen de transmisores para aquellos niños recién nacidos que todavía no han podido ser inmunizados, y pueden tener un cuadro clínico de mayor gravedad.

Otras vacunaciones, como la antigripal, no consiguen alcanzar las coberturas esperadas en los grupos de riesgo a los que van dirigidas, como es el caso del personal sanitario, que a su vez es un pilar fundamental a la hora de aportar



información y recomendaciones, además de jugar un papel muy importante en la protección de la transmisión de la enfermedad a sus pacientes.

En relación a las actividades de vigilancia, para poder detectar cualquier infección emergente o reemergente, es fundamental disponer de un sistema consolidado de vigilancia de las enfermedades transmisibles.

Según el punto 1 del artículo 12 de la Ley 31/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (10), la vigilancia en salud pública es el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones de salud pública.

El propósito de la vigilancia epidemiológica es proporcionar la información necesaria para el control de las enfermedades transmisibles en la población. La conexión entre información y acción es el elemento que determina el valor y la utilidad de la vigilancia. Ello implica que esta actividad debe de estar presente en el sistema de atención sanitaria de nuestro país, y su estructura debe adecuarse a la realidad de los distintos niveles administrativos y asistenciales del sistema sanitario.

En España la vigilancia de enfermedades transmisibles está regulada legislativamente, en el Real Decreto 2210/1995, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) (11). En esta Red se incluye también la vigilancia de los brotes comunitarios y supracomunitarios. En La Rioja, la vigilancia está regulada por el Decreto 35/1996, de 12 de Julio, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de La Rioja. (12)

La vigilancia de enfermedades transmisibles en la Unión Europea está coordinada por el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). La normativa de la red comunitaria en Europa amplió la relación de enfermedades hasta 60 y añadió otros problemas de salud que no están contemplados en la RENAVE. Además, se han aprobado nuevas definiciones de caso en 2012 para la notificación de enfermedades transmisibles en la Unión Europea. (13)

Para incluir estos cambios, la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica ha procedido a actualizar los protocolos de Enfermedades de Declaración Obligatoria existentes, y a elaborar nuevos protocolos para las nuevas enfermedades a vigilar.(14)

La vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria en La Rioja se realiza a través de diferentes sistemas de información que, en su conjunto, permiten

identificar tendencias y cambios en el patrón epidemiológico de las enfermedades transmisibles, así como establecer las medidas de control. Estos sistemas son, el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica (SIM). La vigilancia de la gripe se realiza además, a través del sistema de vigilancia centinela de la gripe de La Rioja.

Estos sistemas de vigilancia se complementan de forma retrospectiva con los datos aportados por el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), y el registro de mortalidad de La Rioja.

Por último, en cuanto a las actividades de preparación y respuesta, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (10) en el punto 3 del artículo 13, dice: "Con el fin de coordinar los diferentes sistemas de vigilancia se creará la Red de Vigilancia de Salud Pública, que incluirá entre sus sistemas el de alerta precoz y respuesta rápida. Este sistema tendrá un funcionamiento continuo e ininterrumpido veinticuatro horas al día".

En España, existe un sistema que gestiona las actividades de preparación y respuesta ante la presencia de cualquier alerta producida por Enfermedades Emergentes y Reemergentes. Es el Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR). (15)

Este sistema está formado por una red de Centros de Enlace Autonómicos (CEA), coordinados por el CCAES, que permite por un lado la comunicación permanente y rápida de situaciones de riesgo para la salud de la población con el propósito de mejorar la prevención y la preparación, y por otro lado la coordinación de las medidas de respuesta cuando exista afectación a nivel nacional o internacional.

El Centro de Enlace Autonómico (CEA) disponible en cada Comunidad Autónoma, deberá enlazar el nivel autonómico con el nacional y con los puntos de contacto del sistema de alerta en la estructura de cada Comunidad. Estos centros deberán tener capacidad para detectar, verificar y evaluar los riesgos para la Salud Pública durante las 24 horas de los 7 días de la semana, así como para notificar al Centro de Enlace Nacional del Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida los eventos de importancia en salud pública detectados.

Aquellos eventos que constituyan un Evento de Salud Pública de Importancia Nacional o Internacional, deberán ser comunicados de forma inmediata, en las 24 horas posteriores a la evaluación rápida realizada tras la detección.



El órgano de gestión y seguimiento de este Sistema y responsable de proponer y revisar sus normas de funcionamiento, es la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta, creada en febrero de 2012. Esta Ponencia está formada por el CCAES, un representante de cada comunidad y ciudad autónoma, representantes de la Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental, el Instituto de Salud Carlos III y un representante del Ministerio de Defensa. Además, se contará con representantes de otras instituciones con las que se requiera colaborar en situaciones específicas como la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Un aspecto clave en el contexto de una alerta o crisis sanitaria, es la realización de una buena gestión de la información hacia la población general, transmitiendo mensajes claros y de forma coordinada a través de los medios de comunicación.

Por otro lado, desde la planificación de la actividad de los centros sanitarios se hace necesaria una cooperación y coordinación efectiva entre todos los actores con el fin de garantizar que todos los trabajadores, con independencia de su vínculo laboral, reciban la información y las instrucciones adecuadas, en relación con los riesgos existentes en el centro de trabajo y con las medidas de protección y prevención correspondientes, así como sobre las medidas de emergencia a aplicar. La aplicación correcta de estas medidas y el uso de los Equipos de Protección Personal requieren un proceso previo de entrenamiento con el fin de minimizar los riesgos para el personal. En este sentido hay que tener en cuenta también la adopción de medidas de protección colectiva, ya que la protección se debe abordar tanto desde la perspectiva de los trabajadores, como de la salud de la colectividad, fundamento de la salud pública.

OBJETIVO GENERAL

Prevenir la aparición en todas las etapas de la vida, de enfermedades infecciosas prevenibles por inmunización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener las coberturas de vacunación en todas las vacunas incluidas en el Calendario Oficial de Vacunaciones de La Rioja.

- Mejorar la inmunización frente a enfermedades infecciosas prevenibles en la población adulta.
- Conseguir una cobertura de vacunación antigripal mayor del 65% en las personas de 65 años en adelante, y aumentar la cobertura en profesionales sanitarios en al menos un 10%.
- Mejorar las actividades de información general y formación continuada en vacunas dirigidas a los profesionales sanitarios.

RECOMENDACIONES

- Difundir las actualizaciones del Calendario de Vacunaciones Infantiles de La Rioja a los profesionales de Atención Primaria (vacunación hasta los 3 años).
- Proseguir con la estrategia de administración de vacunas de Calendario de Vacunaciones Infantiles de La Rioja en los centros escolares (vacunación de 6 a 14 años).
- Elaborar un calendario de vacunación de adultos dirigido a población general y/o grupos de riesgo (según situación previa de vacunación, ocupación, situación de salud, situación epidemiológica).
- Crear un registro único de vacunaciones, donde se integren todas las vacunas administradas a la población riojana en todas las edades, que pueda ser alimentado y consultado por los profesionales.
- Controlar la vacunación de los pacientes asignados en cada cupo, detectando de forma sistemática bolsas de población no vacunada, o incorrectamente vacunada.
- Facilitar a los profesionales sanitarios, en espacio y tiempo, la administración de la vacuna de gripe.
- Mantener las campañas anuales de vacunación antigripal dirigidas a la población de riesgo, especialmente a profesionales sanitarios.

- Educar a los profesionales sanitarios, en grupos reducidos y en su propio lugar de trabajo, sobre la evidencia científica en la vacuna de la gripe.
- Integrar en el registro único de vacunaciones, las inmunizaciones administradas a profesionales sanitarios.
- Establecer al menos un curso, jornada o seminario anual dirigido a médicos-enfermeras.
- Incorporar información sobre inmunización preventiva en la página web RiojaSalud.

INDICADORES

1. Cobertura de vacunación alcanzada en todos los grupos de edad y vacunas del Calendario de Vacunación Infantiles de La Rioja.
2. Publicación y difusión de Calendario de Vacunación de Adultos.
3. Realización de un registro único de vacunación.
4. Cobertura de vacunación de adultos en los grupos de riesgo establecidos de los que se disponga de datos poblacionales.
5. Cobertura de vacunación de la gripe en población mayor de 65 años.
6. Cobertura de vacunación de la gripe en profesionales sanitarios.
7. Número de actividades informativas-formativas sobre vacunaciones dirigidas a profesionales sanitarios, por año.
8. Existencia de materiales informativos sobre vacunación en página web RiojaSalud.
9. Número de circulares técnicas de apoyo sobre vacunas, emitidas a los profesionales sanitarios, por año.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el funcionamiento de la Red de Vigilancia en La Rioja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar la Historia Clínica Informatizada del sistema asistencial a la vigilancia epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- Mantener y mejorar el Sistema de Información Microbiológica (SIM) de La Rioja.
- Mantener y mejorar la red sanitaria centinela de vigilancia en La Rioja.
- Mejorar las actividades de información general y formación continuada en vigilancia de enfermedades transmisibles, recogidas en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

RECOMENDACIONES

- Establecer formularios de Enfermedades de Declaración Obligatoria, integrados en la Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria y Atención Especializada.
- Establecer un sistema regional de registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria coordinado con el ámbito asistencial, que se nutra de la información procedente de los formularios de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria y Atención Especializada.
- Ampliar la información obtenida a partir del Sistema de Información Microbiológica, para todas las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- Potenciar el sistema de detección de microorganismos multirresistentes, a través del Sistema de Información Microbiológica, de forma que faciliten la aplicación oportuna de las medidas de control para minimizar la transmisión de estas enfermedades infecciosas.
- Elaborar normativa legal que regule el Sistema de Información Microbiológica en La Rioja.



- Establecer una normativa legal que regule y actualice la organización y funcionamiento de una red centinela sanitaria en La Rioja.
- Ampliar el número de procesos vigilados a partir de la red sanitaria centinela de La Rioja.
- Establecer cursos, jornadas o seminarios dirigidos a médicos-enfermeras, sobre vigilancia y control de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- Incorporar información sobre vigilancia epidemiológica en la página web RiojaSalud.

INDICADORES

10. Porcentaje de Enfermedades de Declaración Obligatoria de las que se dispone de formulario en la Historia Clínica Electrónica de AP, respecto al total.
11. Porcentaje de Enfermedades de Declaración Obligatoria de las que se dispone de formulario en la Historia Clínica Electrónica de AE, respecto al total.
12. Existencia e Implantación del Registro Regional de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
13. Número de nuevas enfermedades detectadas a través del SIM por año.
14. Número de filtros elaborados para detección de microorganismos multirresistentes a través del SIM.
15. Publicación de normativa legal que regule el Sistema de Información Microbiológica de La Rioja.
16. Publicación de normativa legal que regule la Red centinela sanitaria en La Rioja.
17. Creación de la Red centinela sanitaria de La Rioja.

18. Número de enfermedades o problemas de salud pública vigilados a través de la Red Sanitaria Centinela.
19. Número de actividades informativas-formativas sobre vigilancia epidemiológica dirigidas a profesionales sanitarios, por año.
20. Existencia de informes de situación de las EDO y de los Sistemas Centinela en la página web RiojaSalud.
21. Número de circulares técnicas de apoyo sobre alertas y vigilancia epidemiológica, emitidas a los profesionales sanitarios, por año.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir el impacto en la población de La Rioja de una alerta o emergencia de salud pública.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer un sistema de gestión de la información y respuesta ante situaciones de alerta provocadas por enfermedades emergentes y reemergentes que supongan un riesgo para la salud.
- Disponer de un plan de actuación actualizado y revisado en La Rioja ante situaciones de alerta que supongan un riesgo para la salud pública.
- Garantizar la implementación y continuidad de las actividades necesarias para la recepción y respuesta inmediata ante las alertas de Salud Pública.
- Garantizar la seguridad de los profesionales y pacientes, ante una situación de alerta provocada por una enfermedad emergente o reemergente infecciosa.

RECOMENDACIONES

- Constituir y establecer las funciones de una comisión permanente en La Rioja de coordinación, preparación y respuesta, y gestión de la información



de Alertas en Salud Pública, formada por profesionales de Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias/Emergencias y Salud Pública.

- Definir una Red de instituciones/personas de enlace coordinada entre diferentes autoridades competentes que permitan la comunicación permanente y rápida de situaciones de riesgo o de eventos de importancia en salud pública con el propósito de mejorar la oportunidad y coordinación de la respuesta.
- Crear un grupo de trabajo en cada área asistencial (Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias/Emergencias y Salud Pública) que elabore un plan de preparación y respuesta en su ámbito.
- Unificar y coordinar los planes de preparación y respuesta de cada área asistencial, por parte de la comisión permanente.
- Adaptar y actualizar el Plan elaborado según la situación de alerta que se produzca.
- Realizar los cambios organizativos oportunos a fin de desarrollar lo previsto en la Ley 33/2011 General de Salud Pública y disponer de un sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida para la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Implementar un plan reglado de formación del personal ante situaciones de alerta que requieren actuación de urgencia en los distintos ámbitos de atención necesarios (Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Pública), de acuerdo a los planes de preparación y respuesta preestablecidos, que incluya la realización de simulacros.
- Formar en la epidemiología, los mecanismos de transmisión y el uso correcto de los Equipos de Protección, a todos los profesionales implicados en el proceso asistencial.
- Asegurar la disponibilidad de Equipos de Protección Personal y de estructuras adecuadas en todos los niveles asistenciales, de forma que se garantice la seguridad, tanto del personal como de los pacientes, según el nivel de riesgo expuesto en cada situación.

INDICADORES

22. Creación de la Comisión permanente de coordinación, preparación y respuesta, y gestión de la información de Alertas en Salud Pública en La Rioja.
23. Establecimiento de la Red de coordinación entre diferentes autoridades competentes.
24. Existencia y difusión entre todos los profesionales implicados, del Plan de actuación ante situaciones de alerta en La Rioja.
25. Número de actualizaciones del Plan de actuación ante situaciones de alerta en La Rioja.
26. Existencia del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida en La Rioja.
27. Porcentaje de actividades de formación realizadas de entre las propuestas en el Plan reglado de formación.
28. Nº de simulacros realizados incluidos en el plan reglado de formación del personal ante la aparición de una alerta que suponga un riesgo para la salud pública.
29. Porcentaje de fallos detectados en los simulacros realizados en los que se han implantado áreas de mejora.
30. Presencia de Equipos de Protección Personal adecuados al riesgo expuesto para cada actuación en todos los Centro de Atención Sanitaria.
31. Porcentaje de profesionales sanitarios formados y entrenados en manejo de Equipos de Protección Personal.



Bibliografía

1. Institute of Medicine. Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States. Washington DC: National Academy Press, 1992.
2. Del Rey Calero J. Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. An Med Interna (Madrid) 2002; 19: 443-445.
3. Gestal Otero JJ. Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. Alerta mundial, respuesta mundial. Rev Esp Salud Pública 1997; 71:225-229.
4. WHO/FAO/OIE. Report of the WHO/FAO/OIE, joint consultation on emerging zoonotic diseases. 3-5 May 2004. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_cds_cpe_zfk_2004.9.pdf
5. Feldman H, Czub M, Jones S, Dick D, Garbutt M, Grolla A, Artsob H. Emerging and re-emerging infectious diseases. Med Microbiol Immunol 2002; 191: 63-74.
6. Revisión del Reglamento Sanitario Internacional (2005), adoptado por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra el 23 de mayo de 2005. Boletín Oficial del Estado del 12 de marzo de 2008 (nº 62). Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/reglamentosanita/docs/revRsi08.pdf>
7. WHO Report 2007. A safer future: global public health security in the 21st century. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional 2005. Disponible en http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf
8. Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de septiembre de 1998 por la que se crea una red de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles en la Comunidad. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31998D2119:ES:HTML>
9. Decisión nº 57/2000/CE: Sistema de alerta precoz y respuesta (EWRS) de los Estados miembros y la Comisión sobre las alertas y brotes que puede requerir una acción comunitaria coordinada. Disponible en https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/queEsCCAES/docs/decision_2000.pdf
10. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>
11. Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1996/01/24/pdfs/A02153-02158.pdf>
12. Decreto 35/1996, de 12 de Julio, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de La Rioja. Disponible en: <http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=724659&tipo=2&fecha=1996/07/16&referencia=536184-1-HTML-99138-X>
13. Decisión de la Comisión 2012/506/UE de 28 de agosto de 2012 que modifica la Decisión 2002/253/CE, por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar

las enfermedades transmisibles a la red comunitaria. Diario Oficial de la Unión Europea de 18.6.2008. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:262:0001:0057:ES:PDF>

14. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/PROTOCOLOS_RENAVE.pdf

15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/SIARP/Msssi_SIAPR_21032013.pdf



CAPÍTULO

16

ENFERMEDADES INFECCIOSAS CON MUERTE PREVENIBLE



Coordinador: Oteo Revuelta, José Antonio

Expertos/as: Azcona Gutierrez, José Manuel; Blanco Ramos, José Ramón; Ezquerro García, M^a Jesús; Izco Goñi, Natividad; Marco Aguilar, Pedro; Martínez Ochoa, Eva; Montiel Quiñones, M. Soledad; Sierra Hierro, Eduardo

Consultora: Sáenz Ortiz, Pilar



Análisis de situación

“Nada en el mundo de las criaturas vivas permanece fijo.” “Las enfermedades infecciosas se encuentran en continuo cambio. Unas se encuentran en proceso de desarrollo mientras que otras están modificándose o desapareciendo.” Estas simples frases acuñadas en 1935 por Frank Zinsser en su libro “Ratas, Piojos e Historia”, resumen el espectro cambiante de las enfermedades infecciosas y nos alertan sobre la posibilidad de emergencia y re-emergencia de nuevas enfermedades, y como tal de la continua vigilancia que debemos prestar a las mismas.

Hasta hace escasas décadas y a lo largo de la historia, las enfermedades infecciosas han sido la causa más importante de morbi-mortalidad. En el siglo pasado la higienización, el desarrollo de la microbiología, la utilización de las vacunas con campañas extensivas de inmunización y el uso de antimicrobianos junto a la posibilidad de diagnósticos precoces y la disposición de medidas de soporte vital, cambiaron el pronóstico e historia natural de estas enfermedades en los países desarrollados.

En España, y como tal en La Rioja, y a diferencia de lo que sucede en los países en vías de desarrollo, en que las enfermedades infecciosas globalmente siguen suponiendo la primera causa de mortalidad, éstas no se encuentran dentro de las 10 primeras causas primarias de mortalidad (Tabla 1). En el año 2012, y según el Instituto Nacional de Estadística las enfermedades infecciosas y parasitarias, supusieron el 1.6% del total de defunciones (CIE-10) ocupando el puesto 11 en las causas de defunción en España. Del análisis de las causas de mortalidad se puede deducir una clara tendencia a la disminución en la mortalidad por causas infecciosas, si bien se pueden observar grandes oscilaciones de año en año. La aparición de una pandemia gripal, o la emergencia de una nueva infección pueden cambiar significativamente el ranking. Esto sucedió en el año 2009 con la aparición del nuevo virus de la gripe. Por otro lado, no debemos olvidar que ciertas enfermedades infecciosas como la neumonía, causan la muerte a un gran número de pacientes que las estadísticas incluyen en el grupo de las neoplasias, o en el de las enfermedades cardiovasculares, al considerarse una complicación de las mismas y no la causa primaria de mortalidad. Las enfermedades infecciosas siguen siendo la primera causa de morbilidad incluso en los países desarrollados.



TABLA 1. Principales causas de mortalidad en países en desarrollo, desarrollados, España y La Rioja. (Porcentaje)

	Mundial	Países en desarrollo	Países desarrollados	España	La Rioja
Isquemia cardiaca	12,8	6,1	15,6	8,6	8,2
A. cerebrovascular	10,8	4,9	8,7	7,32	8,16
Neumonía y otras IRTI	6,1	11,3	3,8	2,30	-
EPOC	5,8	-	3,5	4,2	3,34
Diarrea	4,3	8,2	-	-	-
VIH/SIDA	3,1	7,8	-	-	-
Cáncer de pulmón	2,4	-	5,9	5,3	4,91
Tuberculosis	2,4	4,3	-	-	-
Diabetes mellitus	2,2	-	2,6	2,47	1,98
Accidentes de tráfico	2,1	-	-	-	-

A finales del siglo XX emergieron nuevos e importantes problemas que, a pesar de los esfuerzos realizados para su control, persisten en la actualidad. Entre estos problemas la Unión Europea y los Estados Unidos de Norteamérica identificaron como prioritaria la lucha contra la persistente epidemia de VIH y el incremento de las resistencias bacterianas a antimicrobianos. El reciente foro económico celebrado en Davos (enero de 2015) ha señalado como mayores riesgos sanitarios para la sociedad, la posibilidad de una nueva pandemia de gripe y el desarrollo de resistencias bacterianas. Este último problema es de gran trascendencia, y en el Grupo de Trabajo que aborda las enfermedades infecciosas con muerte prevenible crea gran preocupación. Las tasas de resistencia y multiresistencia de las bacterias que causan enfermedades comunes como las infecciones urinarias, del tracto respiratorio inferior, o de piel y partes blandas, entre otras, tanto a nivel comunitario, nosocomial o asociadas a los cuidados sanitarios, han experimentado en las últimas décadas un gran incremento. No resulta excepcional a nivel hospitalaria que nos encontremos con bacterias (ej: *Acinetobacter baumannii* o *Pseudomonas aeruginosa*) que no son sensibles "in vitro" a ninguno de los antibióticos de nuestro vademecum. En La Rioja, al igual que en el resto del estado español hay un porcentaje nada despreciable de cepas de *Escherichia coli* (bacteria más comunmente aislada en las infecciones del tracto urinario), productoras de la denominada "betalactamasa de espectro extendido" que confiere resistencia a los antibióticos utilizados comunmente a nivel ambulatorio. Hasta hace pocos años, en nuestro medio, las

cepas con resistencia a la cloxacilina de *Staphylococcus aureus* estaban asociadas a pacientes hospitalizados o en cuidados sanitarios. En la actualidad hay cepas de esta bacteria que provocan infecciones letales a nivel ambulatorio. Han emergido también las denominadas carbapenemasas que inutilizan a un grupo muy potente de antibióticos que usamos en el paciente grave-crítico a nivel hospitalario. Así, en este III Plan de Salud se aborda este grave problema, que junto a la no disposición de nuevos antimicrobianos pone en total peligro la medicina del siglo XXI. Si no mejoramos las tasas de resistencia y/o no disponemos de nuevos antibióticos, no podremos tratar las complicaciones infecciosas que se producen en los pacientes sometidos a quimioterapia oncológica o no se podrán hacer trasplantes de órganos, entre muchas otras acciones. Para disminuir la transmisión de estos microorganismos y otros, se han puesto en marcha, anteriormente, programas eficaces como el de “lavado de manos” o “cuidados de catéteres” (bacteriemia cero), que se deben mantener y potenciar, aunque solo una política de uso racional de los antimicrobianos disponibles mediante la puesta de los denominados PROA (Programa de Racionalización y Optimización del uso de Antimicrobianos) mejorará o al menos no empeorará el panorama actual y futuro.

Cuando se estudian las causas de muerte por causas infecciosas en países desarrollados, observamos en un lugar destacado las neumonías (Tabla 1). El proceso neumonía es multifactorial y multietiológico. Por ejemplo, según el lugar de adquisición de la misma la clasificamos en: neumonía adquirida en la comunidad, neumonía asociada a cuidados sanitarios, o neumonía nosocomial. Según el tipo de microorganismo: bacteriana, viral, fúngica, protozoos, helmintos, .../. También según el tipo de estado inmunitario en neumonía del inmunocompetente o neumonía en el inmunodeprimido. No es igual la etiología o circunstancias asociadas al desarrollo de una neumonía en el paciente anciano, que en un niño, o un adulto sano. Existen neumonías por aspiración, también la neumonía asociada a ventilación mecánica. Neumonías por microorganismos multiresistentes, etc. La neumonía puede ser una causa de mortalidad primaria de aparición esporádica (ej: persona previamente sana con una neumonía neumocócica), o puede aparecer en brotes epidémicos (ej: brote de neumonía por *Legionella* spp., o en el contexto de una epidemia gripal (ej: neumonía viral primaria, o neumonía neumocócica o estafilocócica como complicación). Podríamos poner muchos otros ejemplos. Acabaríamos diciendo que el abordaje es muy diferente en cada tipo de paciente, siendo lo fundamental un reconocimiento y tratamiento precoz de las mismas. Parte de la problemática asociada al abordaje de las neumonías, se contempla en otros apartados de este Plan de Salud. Por ejemplo, los apartados “sepsis grave y choque séptico” o el de “resistencias bacterianas” o el de “enfermedades emergentes y reemergentes”.

Por estos motivos, tras la discusión pertinente, el Grupo de Trabajo ha decidido no incluirlo como un objetivo primario de este Plan de Salud, ya que, al menos gran parte de su abordaje se contempla en otros apartados.

En relación a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aunque se han producido grandes avances terapéuticos, y hablamos de que esta infección se ha convertido en una “enfermedad crónica,” no se debe mal entender el mensaje. El tratamiento antirretroviral ha logrado aumentar la esperanza y calidad de vida de estos pacientes, que ya no se mueren de complicaciones infecciosas agudas de la enfermedad. No obstante, el paciente infectado por el VIH presenta un estado inflamatorio crónico que lo hace muy susceptible a eventos cardiovasculares y neoplasias no definitivas de SIDA, causas importantes de mortalidad en este colectivo. Infectarse por el VIH a día hoy, a diferencia de lo que muchas personas pueden pensar, representa una pérdida en la esperanza de años de vida. Además no se ha logrado un descenso significativo en el número de nuevos casos en Europa, España y en La Rioja. Es posible que desde el sistema sanitario no hayamos enviado el mensaje adecuado a la población, que ha perdido el miedo. En este plan se propone una búsqueda activa de los casos no diagnosticados. El objetivo es que el paciente “no pierda oportunidades” para que se realice un tratamiento precoz y así romper la cadena epidemiológica de transmisión. También se intentará lanzar un mensaje a la población sobre los verdaderos riesgos de contraer el VIH.

En la segunda mitad y finales del siglo XX también se produjo una epidemia de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) ligada a malas prácticas sanitarias y a la explosión de usuarios de drogas por vía parenteral. Este problema ha hecho que en determinados grupos de edad la prevalencia de la infección por el VHC sea muy alta, y que estemos viviendo el desarrollo de las complicaciones secundarias de esta enfermedad (cirrosis hepática y hepatocarcinoma) que tienen gran mortalidad. Hasta fechas muy recientes no hemos dispuesto de fármacos eficaces y seguros para el tratamiento de esta infección. Al disponer en la actualidad de opciones terapéuticas capaces de eliminar el virus en más del 90% de los casos, el panorama ha cambiado. Una búsqueda activa de casos y la utilización de estos fármacos puede hacer que en nuestra Comunidad la infección por el VHC deje de ser una causa de mortalidad en los próximos años.

Un problema que sigue causando gran mortalidad (puede alcanzar a más del 50% de los afectados) es el desarrollo de sepsis y choque séptico. Son varios los factores asociados a su alta incidencia y mortalidad. Las personas vivimos más años y estamos afectados de enfermedades crónicas y procesos neoplásicos que en muchas ocasiones precisan para su control de fármacos que inmunodeprimen. A

los pacientes se les somete a pruebas agresivas y son muchos los que precisan de prótesis, dispositivos endovasculares transitorios y/o permanentes, sondajes, etc. Todos estos aspectos, unidos al problema de resistencias a los antimicrobianos y, en ocasiones, al no reconocimiento precoz del proceso y gravedad de la situación, hacen que las cifras de mortalidad por sepsis y shock séptico sean inaceptablemente altas. Es voluntad del Grupo de Trabajo que aborda esta problemática, disminuir el número y la tasa de mortalidad asociada a estos procesos. En muchos hospitales de la geografía española se ha puesto en marcha el denominado “Código Sepsis” que ha mostrado ser una herramienta útil para nuestros ambiciosos planes.

En este Plan de Salud, se contempla en otro apartado a las enfermedades emergentes y reemergentes, muchas de las cuales son infecciosas. Durante el año 2014 hemos asistido a la emergencia en el Oeste de África del mayor brote epidémico de enfermedad por virus ébola. La pobreza, la falta de una respuesta precoz y coordinada de los países ricos y en general los diferentes aspectos que han generado la denominada globalización, han contribuido a su expansión. Se nos ha recordado que cuando nos referimos a las enfermedades infecciosas, y la posibilidad de extensión de las mismas, las fronteras son permeables y que solo un diagnóstico precoz, aislamiento y tratamiento correcto pueden librarnos de la extensión de la epidemia. Se podrían poner muchos ejemplos actuales sobre nuevas amenazas de enfermedades infecciosas como la reciente aparición del mortal “nuevo coronavirus causante de enfermedad respiratoria” en Oriente Próximo, o los nuevos “virus causantes de parálisis flácida” que son una verdadera amenaza para los países ricos. Sin irse a otros países debemos ser conscientes de la circulación del virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en España o del establecimiento en nuestra geografía del dengue, del virus de Chikungunya o del virus del Oeste del Nilo entre otros. Solo una correcta vigilancia y preparación técnica del personal sanitario reconocerá a los posibles pacientes afectados y evitará la morbi-mortalidad asociada.

Especial atención se debe prestar a las enfermedades infecciosas adquiridas en los viajes. Los españoles somos un país viajero. En 2010 la “Encuesta de Movimientos Turísticos de los Españoles” realizada por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, recogió que se realizaron 13,6 millones de viajes al extranjero, lo que ha supuesto un crecimiento interanual del 6,1%. Este hecho, junto a la inmigración, ha ampliado el espectro de las enfermedades infecciosas a la que nos enfrentamos. En España y en La Rioja cada año observamos más casos de malaria, dengue, o enfermedades de transmisión sexual adquiridas en los viajes (turismo sexual) o afectando a inmigrantes. Un plan de formación en estas patologías “exóticas” y una búsqueda activa serán las herramientas que utilizemos en los próximos años para abordar esta problemática.



Clásicamente la tuberculosis y un plan para disminuir las altas tasas de la misma, aparecen en todos los Planes de Salud. La tuberculosis pulmonar sigue matando a más de 900.000 personas en el mundo, aunque, según el informe de la OMS de 2012, ya no se encuentra entre las principales (10 primeras) causas de muerte a nivel global. Las tasas en España y en La Rioja están en los niveles más bajos de la historia. En la Rioja, el número de casos va descendiendo y la mortalidad directa por tuberculosis va camino de convertirse en una causa anecdótica. En años previos, se han realizado esfuerzos como la edición en 2012 de la "Guía para la vigilancia y el control de la tuberculosis de La Rioja". En este Plan de Salud, no nos olvidamos de la tuberculosis, aunque el Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas ha considerado no incluir un apartado específico para este problema. La tuberculosis, puede volver a convertirse en un grave problema de Salud Pública y ser causa de mortalidad debido a la presencia de cepas resistentes (MDRT) y extremadamente resistentes (XDRT) detectadas en nuestra Comunidad (fundamentalmente en población inmigrante). El Grupo de Trabajo que ha abordado esta problemática, considera que con el camino iniciado, prestando especial atención a la vigilancia de resistencias y detección activa de casos, será suficiente para seguir disminuyendo las tasas de incidencia.

Existe un número muy importante de otras enfermedades infecciosas con capacidad de matar a las personas, que no se abordan de forma específica en este III Plan de Salud. Esto no quiere decir que no se les deba prestar atención desde el sistema sanitario. Continuar con los planes de inmunización, sistemas de vigilancia y confeccionar un plan ambicioso de formación, sin descuidar la inversión ya realizada en investigación, parece el camino más adecuado para combatir el extenso espectro de enfermedades infecciosas capaces de provocar mortalidad en nuestro medio.

En resumen, el espectro etiológico de las enfermedades infecciosas con muerte prevenible es muy amplio, pero para este III Plan de Salud el Grupo de Trabajo ha priorizado actuar sobre los siguientes problemas:

1. Resistencia a antimicrobianos.
2. Sepsis y choque séptico.
3. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
4. Infección por el virus de la hepatitis C (VHC).
5. Infecciones en el viajero.

1. Resistencias bacterianas

Análisis de situación

“Hay reglas sencillas para el uso de la penicilina: usarla sólo para los microbios que sean vulnerables a ella, aplicar la dosis indicada y que el tratamiento dure lo suficiente para eliminar la infección”

Alexander Fleming

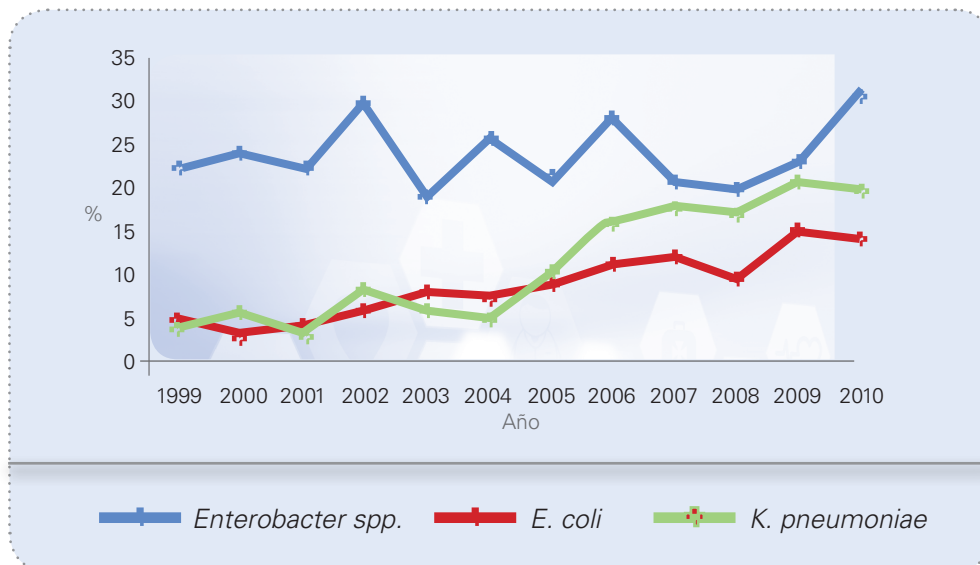
La introducción de los antibióticos en la práctica clínica en 1940 supuso un gran salto cualitativo y cuantitativo en la historia de la medicina moderna, impulsando en gran medida el desarrollo de la misma hasta los niveles que hoy en día conocemos. Los trasplantes, la cirugía, las unidades de cuidados intensivos, la diálisis, el aumento de la supervivencia de grandes prematuros, por citar algunos ejemplos, no serían posibles sin la existencia de antibióticos efectivos. Sin embargo, a lo largo de la historia de la era antibiótica, la introducción de nuevos antimicrobianos ha ido acompañada más tarde o más temprano de la aparición de resistencias a los mismos.

Esta resistencia ha ido en aumento de manera alarmante en los últimos años, derivada principalmente por el uso intensivo e indiscriminado de los antimicrobianos. Esto, ha dado lugar a las denominadas “súper bacterias”, microorganismos virtualmente resistentes a todos los antimicrobianos disponibles. Se añade a este problema la gran capacidad de diseminación de los mecanismos de resistencia mediante elementos genéticos movilizables. También es preocupante el escaso interés por parte de la industria farmacéutica en desarrollar nuevos antimicrobianos. En los últimos años se han introducido en el mercado tan solo 5 antibióticos.

Todos estos factores confluyen para complicar el tratamiento de las infecciones graves en general, y en particular en pacientes inmunodeprimidos. Incrementan la mortalidad y la morbilidad, con el consiguiente aumento de la estancia media y del consumo de recursos materiales y humanos. Además, se eleva el gasto sanitario y se pone en peligro la sostenibilidad del sistema. Es un problema global que afecta a diversos ámbitos de la actividad humana, cuyas consecuencias se cifran en miles de millones de euros. Por todos estos motivos, diferentes grupos de expertos en la Unión Europea lo han identificado como el principal problema de Salud Pública, exhortando a las diferentes administraciones en el apoyo a la investigación en nuevos antimicrobianos y mecanismos emergentes de resistencia, así como a la puesta en marcha de programas que permitan un mejor control de las resistencias. (1, 2, 3)

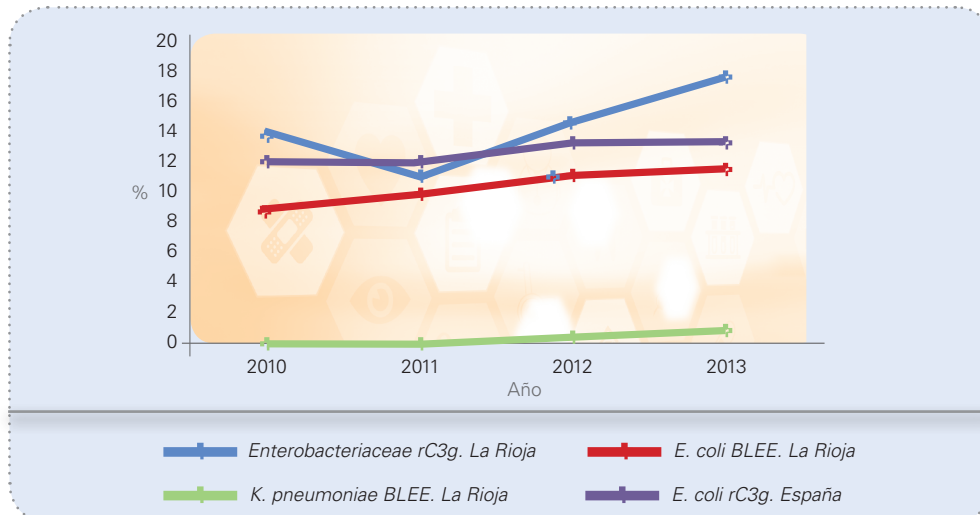
En Europa, al igual que en el resto del mundo, el consumo de antimicrobianos está directamente relacionado con la aparición de resistencias, observándose un gradiente creciente norte-sur (1). Entre los principales marcadores de resistencia bacteriana, la resistencia a cefalosporinas de tercera generación en enterobacterias, particularmente *Escherichia coli* ha mostrado un aumento progresivo desde finales de la década de los 90 (4) (Figura 1). En nuestra Comunidad y con los datos disponibles, como puede observarse en la Figura 2, las tasas son similares a la media nacional (5). Más preocupante resulta la diseminación, especialmente en el sur de Europa, de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC), que ha provocado en algunas regiones una situación endémica. En España, la situación es igualmente grave (6, 7) como puede observarse en la Figura 3 y en la Figura 4. En La Rioja, se han dado casos esporádicos (8, 9), si bien somos conscientes del riesgo de brotes y posterior diseminación.

FIGURA 1. Tasa de Enterobacteriaceae resistentes a cefalosporinas de tercera generación. España. 1999-2010.



Adaptado de: Asensio A, et al. Trends in yearly prevalence of third-generation cephalosporin and fluoroquinolone resistant Enterobacteriaceae infections and antimicrobial use in Spanish hospitals, Spain, 1999 to 2010. *Euro Surveill.* 2011 Oct 6; 16 (40)

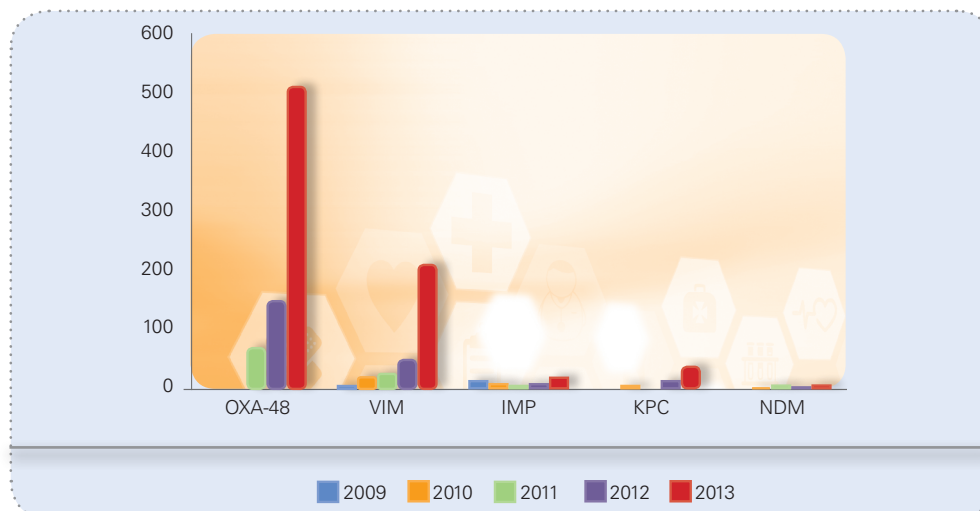
FIGURA 2. Tasa de resistencia de *Enterobacteriaceae* a cefalosporinas de tercera generación y de Betalactamasas de Espectro Extendido (*Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*) aislados de hemocultivos en el Hospital San Pedro. Comparativa con datos nacionales.



Fuente: Datos del Laboratorio de Microbiología del Hospital San Pedro y Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). 2013
rC3g: Resistencia a cefalosporinas de tercera generación.

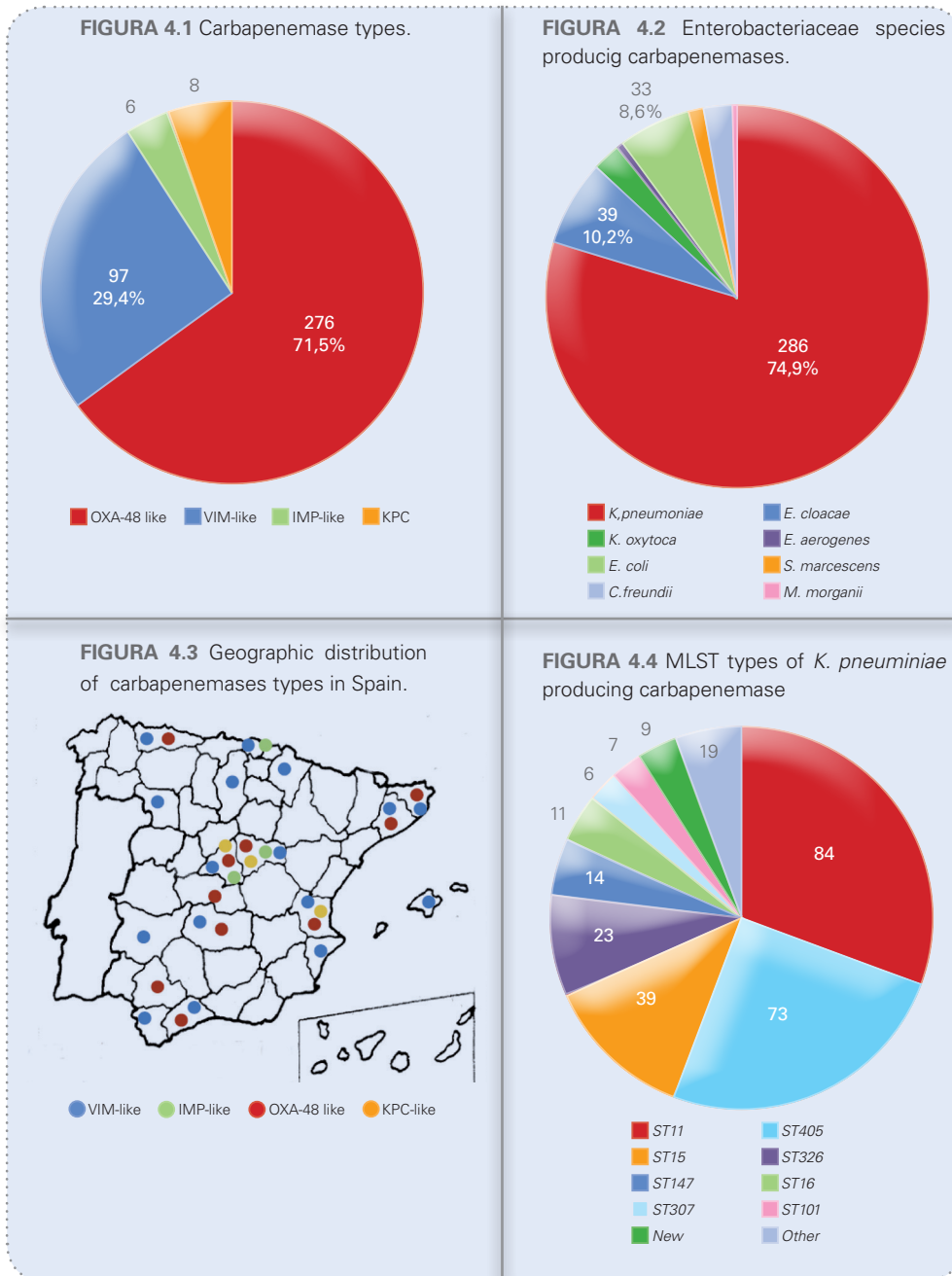
BLEE: Betalactamasa de espectro extendido.

FIGURA 3. Casos de *Enterobacteriaceae* productoras de carbapenemasas según el Programa de Vigilancia de Resistencias del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III.



Adaptado de: Oteo J, et al. Evolution of carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae* at the global and national level: What should be expected in the future? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014 Dec;32 Suppl 4:17-23.

FIGURA 4. Situación actual de Enterobacteriaceae productoras de carbapenemasas en España.



Respecto a otros marcadores de resistencia, tales como las tasas de resistencia a meticilina en *Staphylococcus aureus* y resistencia a carbapenemes en *Pseudomonas aeruginosa* muestran cifras en torno a la media nacional (Tabla 2). Finalmente, no se incluyen datos de *Acinetobacter baumannii* multi-resistente ni de enterococos resistentes a vancomicina dado que no representan actualmente un problema epidemiológico en nuestro medio, reduciéndose a casos esporádicos.

TABLA 2. Tasas de resistencia a meticilina en *Staphilococcus aureus* resistencia a carbapenemes en *Pseudomonas aeruginosa* y resistencia a cefalosporinas de tercera generación en *Escherichia coli*. España y La Rioja.

	S. aureus			P. aeruginosa			E. coli		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Europa°	18,6	17,5	18	16,9	17,1	17,6	9,6	11,9	12,6
España°	22,5	24,2	22,6	16,3	16,4	17,6	12	13,5	13,3
La Rioja	23,4*	22,2*	23,1*	17**	-	-	10*	11,2*	11,6*

(°) Fuente: Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). 2013.

(*) Datos del Laboratorio de Microbiología correspondientes a hemocultivos. 2011-2013.

(**) Datos del Laboratorio de Microbiología correspondientes a hemocultivos. 2011.

Como se ha expuesto, La Rioja muestra una situación similar a la media nacional e incluso menos alarmante en el aspecto de las EPC, aunque el riesgo existe. A diferencia de otras comunidades, donde se han puesto en marcha programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA), algunos con gran éxito (10), en nuestra comunidad en general y particularmente en el Hospital San Pedro, no existe un programa de tales características. En muchos hospitales del ámbito europeo, estos programas se vienen implementando desde hace años. Recientemente la propia administración, a nivel nacional, ha comenzado a tomar medidas procurando aunar esfuerzos de todas las partes implicadas en una dirección común, describiendo un análisis de la situación a nivel nacional y proponiendo una hoja de ruta, aunque no con la celeridad deseable (11). También recientemente, la Comunidad de Madrid, ante el aumento alarmante de EPC ha publicado su primer plan de acción (el primero en España con estas características) para intentar controlar la diseminación de estos microorganismos, con medidas, acciones y protocolos específicos. (12)

Los PROA, junto a otras actividades relacionadas con el control de la infección, tales como equipos de seguimiento de bacteriemias, de infección del sitio quirúrgico, programas de control de bacteriemia relacionada con el catéter, entre otras, se han mostrado eficaces para controlar el uso inadecuado de antimicrobianos y reducir la diseminación de microorganismos multi-resistentes. Además constituyen una herramienta útil para hacer un uso más racional de los recursos disponibles y contener el gasto. En definitiva, la evidencia científica avala la implementación de este tipo de programas. (13)

OBJETIVO GENERAL

Reducir la mortalidad asociada a infecciones por microorganismos multi-resistentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Controlar y/o reducir la diseminación de microorganismos multi-resistentes.
- Reducir el consumo de antimicrobianos en atención primaria y especializada.
- Controlar y/o reducir las infecciones nosocomiales.

RECOMENDACIONES

- Instauración de un programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA), inicialmente a nivel hospitalario, extensible a atención primaria.
- Elaboración de un proyecto multidisciplinar, con objetivos a corto, medio y largo plazo, que recoja los recursos materiales y humanos necesarios para el control de la infección.
- Elaboración de un programa específico de formación continuada, sobre terapéutica antimicrobiana dirigido a personal sanitario.
- Revisión y actualización de los protocolos y guías de actuación por procesos.
- Elaboración semestral de un boletín de antibióticos que incluya, en medida de lo posible, información de resistencias bacterianas tanto de hospital como de atención primaria.
- Análisis de las tendencias de consumo de antimicrobianos en nuestra comunidad y las diferencias de consumo entre diferentes servicios.

INDICADORES

1. Tasas brutas y ajustadas de mortalidad asociadas a infecciones invasivas.
2. Tasas de resistencia de enterobacterias productoras de BLEE.
3. Tasas de resistencia a carbapenemes en enterobacterias.
4. Tasas de resistencias a carbapenemes en *P. aeruginosa*.
5. Tasas de resistencias a meticilina en *S. aureus*.
6. Dosis diaria definida (DDD)/100 estancias de consumo de antimicrobianos en el ámbito hospitalario.
7. DDD/1.000 habitantes/día para atención primaria.
8. Puesta en marcha de los PROA y plan de formación.

2. Sepsis y choque séptico

Análisis de situación

La sepsis es una respuesta del organismo exagerada y nociva para sí frente a la infección. Se define como el hecho de padecer una infección (documentada o posible) junto con manifestaciones sistémicas.

Un estado de sepsis puede derivar en dos situaciones que implican una extrema gravedad:

- Sepsis grave: sepsis con disfunción orgánica aguda no explicable por otra causa.
- Choque séptico: hipotensión secundaria a una sepsis grave refractaria al tratamiento con fluidos endovenosos.



En la actualidad, la sepsis afecta anualmente en España a 360 personas por cada 100.000 habitantes, de los cuales 104 son casos graves y 31 desarrollan un choque séptico.

El número de muertes provocadas por los estados de sepsis grave (en este documento se incluyen en este término los casos de choque séptico) es muy elevado, de forma que la mortalidad hospitalaria de la sepsis grave se sitúa en torno al 20-28%, mientras que en el caso del choque séptico puede llegar al 45-55%. Las estadísticas oficiales publican tasas menores de muertes por sepsis, debido a que en muchos casos se refleja como la causa de defunción la fuente primaria de la infección (neumonía, pielonefritis...).

En el año 2004 se publicó la primera guía de práctica clínica para el tratamiento de la sepsis grave y del choque séptico, dentro de la "Campaña para sobrevivir a la sepsis" (14, 15). Esta guía abordaba de forma global el tratamiento del síndrome, haciendo énfasis en la adopción de una serie de medidas como la administración precoz de antibióticos y medidas de soporte intensivo. En el año 2007 se publicó en España un documento de consenso entre la SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) y la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias), para el tratamiento de la Sepsis (16). Este documento hacía hincapié en la necesaria colaboración multidisciplinar para el abordaje de estos procesos. En el año 2012 se publicó la tercera edición de la guía de la "Campaña para sobrevivir a la sepsis", última hasta el momento. (17)

La cumplimentación de las guías ha sido escasa y no se ha desarrollado de forma uniforme. A este respecto, algunas recomendaciones tienen una evidencia insuficiente y, además, su aplicación supone cambios organizativos significativos y un importante soporte institucional.

En el año 2012, expertos de 14 sociedades científicas españolas redactaron la "Declaración de Mallorca", mediante la que instan a las autoridades sanitarias a promover un **Código Sepsis** (18). El objetivo era la *"detección precoz de los pacientes con sepsis grave (en los diferentes niveles asistenciales), la aplicación estructurada del conjunto de medidas recomendadas para diagnosticar, monitorizar y tratar estos enfermos, y la definición de unos indicadores asistenciales que permitan evaluar el cumplimiento de las recomendaciones y los resultados de la aplicación del código a nivel local y nacional"*.

Recientemente, se ha publicado también el “*Manifiesto Mundial sobre la Sepsis*” (19). Este manifiesto trata de concienciar a los ciudadanos, profesionales y autoridades sanitarias de que el abordaje de la sepsis debe ser prioritario. Fija como objetivo disminuir los casos de sepsis en un 20% para el año 2020, mediante medidas de salud pública e higiene, como hacer énfasis en el lavado de manos y mejora en el diagnóstico y tratamiento precoz de los casos. Uno de los objetivos que esta organización plantea, es que para el año 2020, al menos dos tercios de los sistemas de salud primarios de urgencia, y las organizaciones de salud primaria y comunitaria de los países participantes, apoyen la declaración e incorporen el cribado de rutina de sepsis en la atención del paciente enfermo agudo.

En el análisis de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), la incidencia de sepsis y la mortalidad asociada a los estados de sepsis en La Rioja, es similar a la descrita en el resto de las Comunidades Autónomas de España. Existe, sin embargo, una infraestimación de casos en los registros oficiales de mortalidad, debido a que los datos que se cumplimentan en los certificados no hacen referencia como causa de muerte al estado de sepsis, sino a la infección concreta en muchos casos. En la Tabla 3 se muestran los datos de incidencia y mortalidad por sepsis grave del Hospital San Pedro y Hospital de Calahorra en los últimos 3 años.

TABLA 3. Número de casos hospitalarios (Hospital San Pedro y Fundación Hospital de Calahorra) de sepsis grave y mortalidad asociada. Años 2011-2013.

Año	2011			2012			2013			Total
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Sepsis y Shock Séptico	184	123	307	209	170	379	232	180	412	1098
% Total Altas	1,26	0,79	1,02	1,43	1,10	1,26	1,53	1,09	1,30	1,20
% Exitus	40,76	31,71	37,13	35,89	33,53	34,83	30,17	27,78	29,13	33,33
TOTAL ALTAS	14.550	15.644	30.197	14.592	15.416	30.008	15.182	16.485	31.667	91.869

(*) Fuente: *Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). 2013.*

(*) Datos del Laboratorio de Microbiología correspondientes a hemocultivos. 2011-2013.

(**) Datos del Laboratorio de Microbiología correspondientes a hemocultivos. 2011.

Del análisis de lo anteriormente expuesto, y dada la alta mortalidad de estos procesos, se puede intuir la necesidad de una serie de medidas que palien y mejoren el problema.



La puesta en marcha de un procedimiento multidisciplinar de atención precoz y estructurada frente a la sepsis, al igual que sucede en otras patologías (ej: infarto de miocardio e ictus), ha demostrado una reducción significativa de mortalidad por esta causa (20-26). La sepsis debe ser considerada, como recomiendan las sociedades científicas, una emergencia tiempo-dependiente. En nuestra Comunidad Autónoma, aunque se han llevado a cabo actividades de formación basadas en la campaña “sobrevivir a la sepsis”, no hemos implantado el denominado **“Código Sepsis”**. Con el objeto de implementar medidas profilácticas y terapéuticas orientadas a los datos obtenidos, resulta fundamental la creación de un registro de casos hospitalarios de sepsis grave, que nos ayude a identificar factores de riesgo, población susceptible, microorganismos responsables y sensibilidad de los mismos, entre otras acciones.

OBJETIVO GENERAL

Reducción de la mortalidad por sepsis grave.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocimiento y adopción de medidas terapéuticas precoces de los estados de sepsis.
- Disminuir la incidencia de sepsis grave.

RECOMENDACIONES

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la sepsis.
- Elaboración y difusión de un procedimiento multidisciplinar que permita el reconocimiento y diagnóstico etiológico precoz de los estados de sepsis grave y el establecimiento de medidas terapéuticas intensivas precoces: “Código Sepsis”.
- Reforzar e implementar en toda el Área de Salud, los programas (ya existentes) sobre el cuidado de catéteres, lavado de manos, profilaxis antimicrobiana, seguimiento de bacteriemias.
- Creación de un registro informatizado de los casos de sepsis grave.

INDICADORES

9. Creación del Grupo de Trabajo del proceso Sepsis Grave.
10. Elaboración del documento base del proceso sepsis grave.
11. Implantación del **Código Sepsis**.
12. Creación del Registro de casos.
13. Proporción de pacientes con sepsis grave en los que se ha activado el código sepsis. Objetivo: > 90%.
14. Proporción de pacientes con sepsis grave a los que se ha administrado una primera dosis de antibiótico, adecuado según las guías del Hospital, durante la primera hora tras el reconocimiento del estado de sepsis. Objetivo: > 90%.
15. Proporción de pacientes con sepsis grave a los que se han extraído hemocultivos en la primera hora. Objetivo: > 90%.
16. Proporción de pacientes con sepsis graves a los que se ha identificado el foco séptico en las primeras seis horas tras el reconocimiento del estado de sepsis. Objetivo: > 90%.
17. Tasa de mortalidad por sepsis grave. Objetivo: reducción > 20%.

3. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Análisis de situación

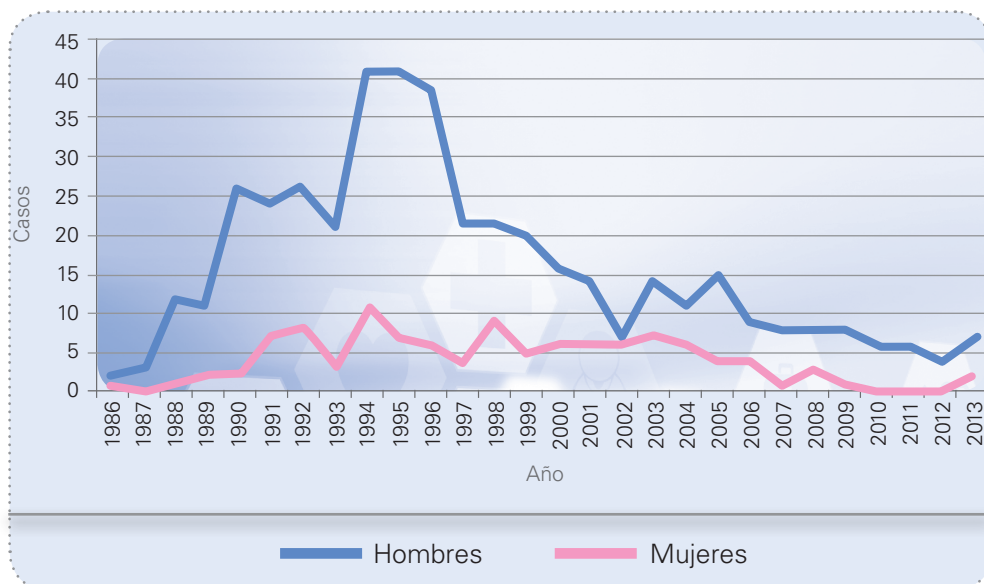
La infección por el VIH/SIDA sigue siendo una infección grave que no tiene cura a pesar de los grandes avances que se han producido en este campo. Sigue siendo una de las grandes causas de mortalidad en el mundo, si bien en nuestro medio, ha dejado de estar en el ranking de las principales causas de muerte. No obstante, la situación de la epidemia en España sigue siendo preocupante dado que el número



anual de nuevos diagnósticos de infección por el VIH (3.000-4.000) supera a la media de la Unión Europea y a la de países de nuestro entorno. (27)

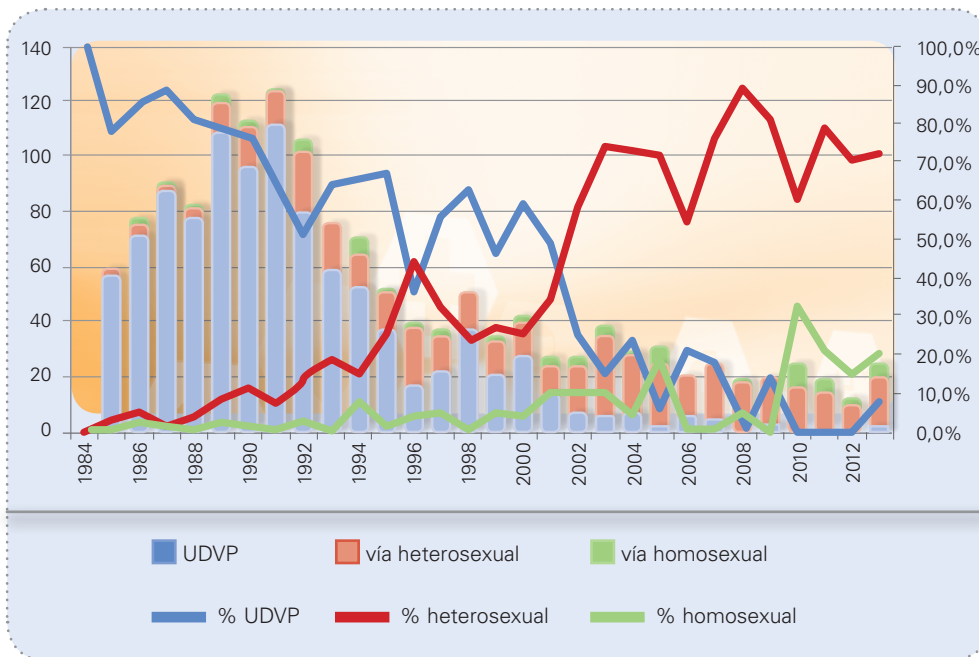
En la Rioja, se han registrado casos de SIDA desde el año 1984, con el mayor número de diagnósticos en 1994. En la actualidad, y tras la introducción de los denominados tratamientos de alta eficacia (TARGA), se ha observado un paulatino descenso de esta fase avanzada de la infección por el VIH, aunque el número de nuevos infectados sigue siendo elevado. (2) (Figuras 5 y 6)

FIGURA 5. Tasas de incidencia de SIDA por sexo y por año de diagnóstico. La Rioja 1986-2013.



Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sociales

FIGURA 6. Distribución de porcentaje y casos de Infección por VIH según la vía de transmisión y el año diagnóstico. La Rioja 1984-2013.



Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sociales.

Según la OMS, a nivel mundial, el número de defunciones debidas al VIH se redujo levemente (2,7%) entre el año 2000 (1,7 millones de defunciones) y el año 2012 (1,5 millones de defunciones). En 2012 se produjeron en España un total de 402.950 fallecimientos, de los cuales 880 (2,2 por 1.000) estuvieron relacionados con la infección VIH/SIDA. La tasa de mortalidad global por VIH/SIDA fue de 1,91 por 100.000 habitantes. La edad media de los fallecidos por VIH/SIDA fue de 48,7 años, siendo superior en hombres. Según grupos de edad, el mayor número de defunciones, 258 (29,3% del total de fallecidos), se registró en el grupo de 45-49 años, seguido del grupo de 50-54 años con 191 defunciones (21,7% del total). En ese año en La Rioja fallecieron un total de 4 pacientes. La tasa de mortalidad global por VIH/SIDA fue inferior a la nacional (1,24 por 100.000 habitantes). (28, 29)

Es un hecho aceptado que gracias al TARGA la infección VIH/SIDA se ha convertido en una infección crónica. En nuestra Comunidad, no existen problemas de acceso al TARGA para ninguna persona que resida en La Rioja, y se dan facilidades para el acceso y adherencia al mismo. Estas circunstancias, que deben mantenerse, no significan que la expectativa de vida de estos pacientes sea similar a la de la población general. De hecho, estar infectado por el VIH sigue siendo una

importante causa de pérdida de esperanza de años de vida en nuestro medio. Sus principales causas de muerte son los eventos SIDA (fundamentalmente infecciones oportunistas), seguidos de los eventos no SIDA, entre los que destacan los eventos cardiovasculares y diferentes neoplasias no definitorias de SIDA. (29, 30)

Un importante problema al que nos enfrentamos en la práctica clínica habitual es el retraso diagnóstico, situación que tiene lugar cuando un paciente es diagnosticado con una cifra de linfocitos CD4 por debajo de 350/mL y es subsidiario de TARGA por presentar una grave inmunosupresión. Este retraso diagnóstico representa un grave problema de salud pública, por varias circunstancias. Por un lado, el déficit inmunológico que presenta el paciente hace que éste sea diagnosticado habitualmente por el debut de alguna infección oportunista que puede acabar con su vida. Por otro lado, al no estar sometido a presión por la medicación antirretroviral, el individuo presenta niveles elevados de virus en sangre y fluidos genitales, lo que aumenta las posibilidades de transmisión del VIH a terceras personas. Sin lugar a dudas, no someterse a pruebas de detección de anticuerpos frente al VIH es una “pérdida de oportunidades” (31). En España, y en La Rioja, al menos el 50% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH se consideran diagnósticos tardíos. En la Tabla 4 se muestran los datos de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH atendidos en el Departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital San Pedro, en relación al diagnóstico tardío.

TABLA 4. Pacientes con retraso diagnóstico (<350 CD4) en el momento de diagnóstico en el Departamento de Enfermedades Infecciosas del hospital San Pedro 2010-2014.

AÑO	Nº de pacientes	Pacientes con < de 350 CD4	Porcentaje
2010	27	14	52
2011	17	8	47
2012	12	8	67
2013	28	14	50
2014	12	6	50

Fuente: Departamento de Enfermedades Infecciosas. Hospital San Pedro

Por último, debemos señalar que en los últimos años, se está produciendo un incremento en el número de pacientes que adquieren otras infecciones de transmisión sexual (gran incremento de sífilis y gonococias entre otras). Este hecho unido a la anterior reflexión (retraso diagnóstico y mayor capacidad de transmisibilidad del VIH) hace esperar que en los próximos años asistamos a un incremento, o al menos a que no descienda el número de pacientes infectados por el VIH. Además se estima, que en nuestro medio, hasta un 30% de los pacientes infectados por el VIH, no conocen su estado y se encuentran sin diagnosticar. Es muy posible que tengamos que cambiar el mensaje que hemos enviado a la población. El mensaje ha sido triunfalista. Hemos vendido los grandes logros del TARGA. "El SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica". Este hecho, posiblemente haya relajado el respeto a la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual. El mensaje debe ser claro. A día de hoy la infección por el VIH no se cura, y aunque se puede vivir con el VIH, la esperanza de vida es inferior a la de la población no infectada. (32)

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbi-mortalidad atribuida a la infección VIH/SIDA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incrementar el número de nuevos diagnósticos de pacientes infectados por el VIH en nuestra Comunidad Autónoma.
- Disminuir al menos un 10% anual el retraso diagnóstico de los pacientes con infección por el VIH.
- Promover la sensibilización sobre el problema del retraso diagnóstico y las enfermedades de transmisión sexual en la población general.

RECOMENDACIONES

- Implantación rutinaria de la estrategia de detección precoz de la infección por el VIH, mediante las pruebas de cribado de anticuerpos frente al VIH guiada por enfermedades indicadoras.
- Continuar con la campaña de detección de la infección por el VIH en pacientes con prácticas de riesgo.



- Implantar protocolos dirigidos a la búsqueda de contactos de riesgo.
- Diseñar nuevas campañas de información sobre la transmisión del VIH y de realización de la prueba del VIH para la detección precoz de la infección.
- Fomentar el mantenimiento y la adherencia de medidas preventivas en las personas infectadas con VIH y sus parejas.

INDICADORES

18. Número anual de pruebas de detección de VIH realizadas.
19. Porcentaje de pacientes diagnosticados de infección por el VIH con más de 350 CD4/ml.
20. Tasa de mortalidad por VIH/dirigidas a la sensibilización para el SIDA.
21. Tasa de incidencia de infecciones VIH/SIDA.
22. Número de campañas u otras actividades realización voluntaria de la prueba de detección precoz.

4. Infección por el virus de la hepatitis c (VHC)

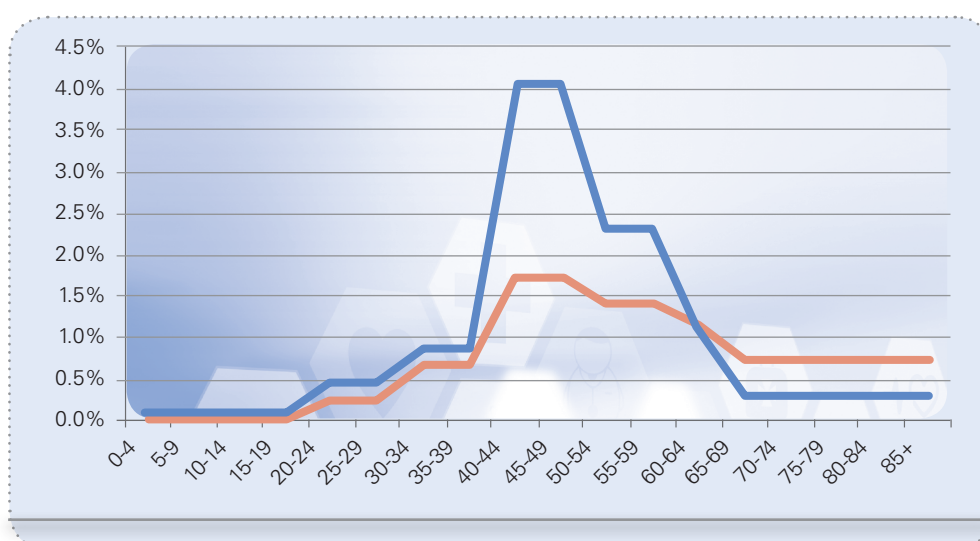
Análisis de situación

La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) supone en la actualidad un grave problema sanitario a nivel mundial y en nuestro medio. Estos virus, y la infección crónica que provocan, son los responsables de la mayoría de los casos de hepatitis crónica, y de un importante número de cirrosis hepáticas, cánceres de hígado y trasplantes de hígado en nuestro medio, y como tal una de las principales causas de mortalidad evitable en España y en La Rioja.

Se estima que en España el 1.5 % de la población presenta anticuerpos frente al VHC, y que de estos el 69% presentan o han presentado una infección activa. Esto supone que en España hay alrededor de 481.000 infectados, de los que los expertos afirman que sólo conocemos 1/3 (2/3 sin diagnosticar). (33)

Con anterioridad al uso de material sanitario desechable como las jeringuillas, el VHC se contraía fundamentalmente, mediante el uso de este material sanitario o mediante la administración de transfusiones u otro tipo de hemoderivados contaminados con este virus. Al generalizarse el uso de jeringuillas desechables y descubrirse el virus en 1989, se establecieron programas de cribado en las muestras de sangre y hemoderivados lo que produjo un descenso en el número de nuevos infectados. No obstante, en los años 80-90 se produjo también un gran aumento en el consumo de drogas por vía parenteral que propició, que paralelamente a la adquisición del VIH, se adquiriera la infección por el VHC (coinfected). A este respecto, y paralelamente a lo observado en los pacientes infectados por el VIH, al haber cambiado la vía de transmisión del VIH, que ahora es fundamentalmente sexual, también ha disminuido el número de nuevos pacientes coinfectados por ambos virus (70-80% en los años 90 frente al 20% actual). En los últimos 5 años se ha observado un repunte en los nuevos infectados pertenecientes al colectivo de hombres que tienen sexo con hombres. Como consecuencia de las circunstancias epidemiológicas señaladas, en España y en La Rioja, los pacientes infectados por el VHC se sitúan en una horquilla de edad que oscila entre los 35 y 65 años (Figura 7) (33). La paradoja es que estamos asistiendo a un descenso en el número de nuevos infectados, pero a su vez estamos sufriendo, y así vamos a seguir de no poner solución, durante las próximas 2-3 décadas, a un progresivo incremento en la morbilidad y mortalidad de los pacientes infectados por el VHC.

FIGURA 7. Prevalencia de la hepatitis crónica por VHC en España en función de la edad y género.

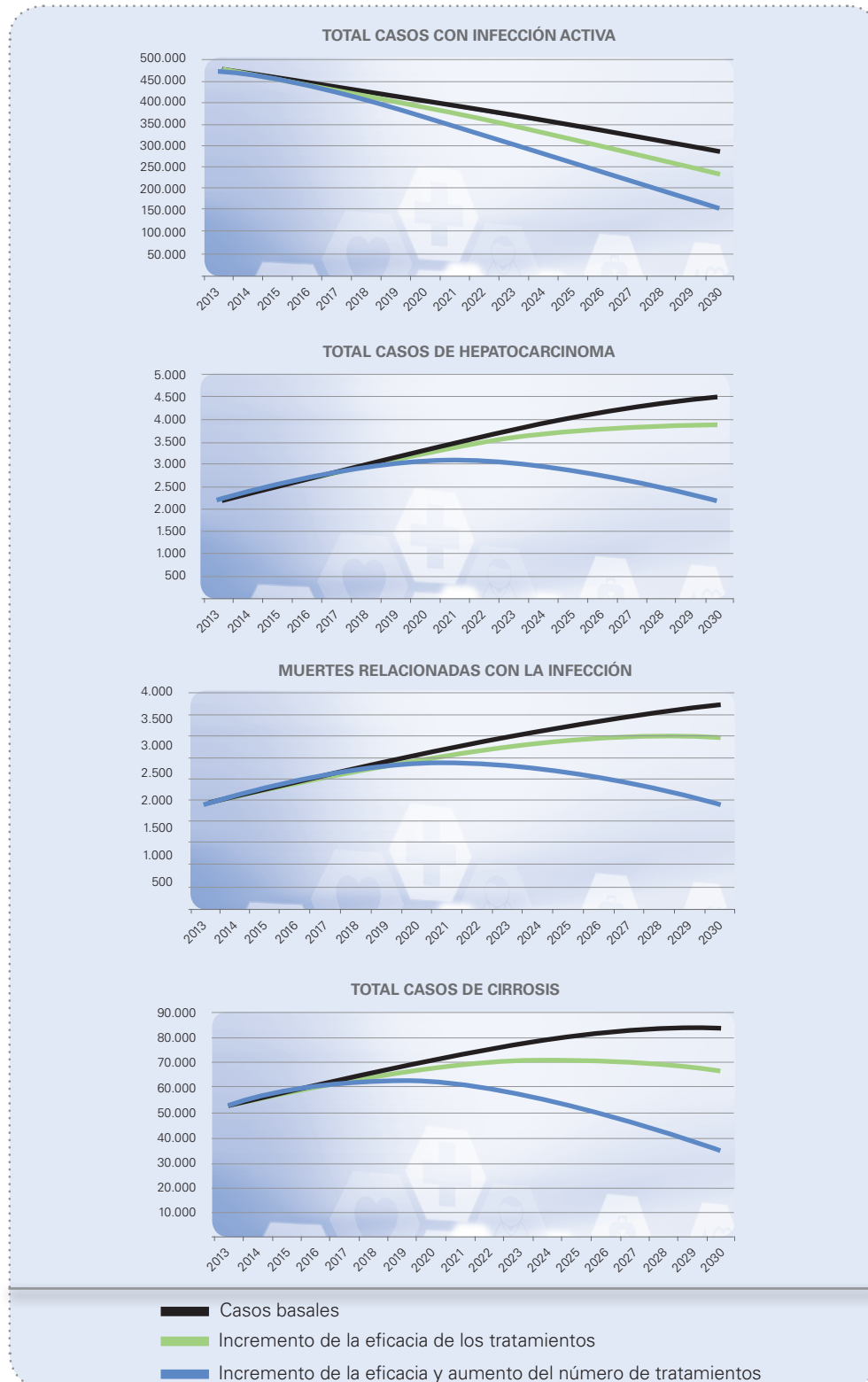


La historia natural de un paciente infectado por el VHC y la progresión de la enfermedad está sujeta a diferentes variables (edad, ingesta de alcohol, genotipo del VHC, carga viral, índice de masa corporal, polimorfismos genéticos, etc). Sabemos que en una media de 10 años de evolución, los pacientes cronificados van a presentar una hepatitis moderada-grave. De éstos, en 20 años, en torno al 15% van a presentar una cirrosis, y en otros 10 años el 6% tendrá descompensada la cirrosis y el 4% habrá desarrollado un hepatocarcinoma. Una vez desarrollada la cirrosis y su complicación (hipertensión portal), las probabilidades de sufrir descompensaciones son altísimas año a año, y la única opción eficaz que tienen estos pacientes, es lograr la erradicación del VHC mediante tratamiento antiviral.

Si extrapolamos la estimación de datos nacionales a nuestra Comunidad Autónoma es posible que en La Rioja hayan estado en contacto con el VHC cerca de 5.000 pacientes. De estos habrán desarrollado una infección crónica 3.450, aunque solo habremos detectado 1.150 pacientes. Muchos de estos pacientes han sido ya tratados, y quedarían alrededor de 400 pacientes detectados que, por uno u otro motivo, estarían pendientes de tratamiento. Además, existe un número no determinado de pacientes infectados por el VHC que desconocen su estado. En La Rioja no existe un registro de pacientes infectados por el VHC, ni de su morbilidad. La hepatitis por el VHC no es una enfermedad de declaración obligatoria.

El éxito alcanzado en la curación de la infección del VHC con la incorporación de los denominados agentes de acción directa, está cambiando la historia natural de esta infección. Estos fármacos, bien combinados con el interferón pegilado y la ribavirina, o bien combinados entre sí, logran la erradicación del virus en más del 90% de los casos en función de diferentes parámetros (grado de fibrosis, genotipo del virus, respuesta previa a otros tratamientos, etc). Así hemos pasado de una respuesta terapéutica menor al 20% a principios de los años 90, al escenario actual en que podremos erradicar el virus en prácticamente la totalidad de los pacientes. Según un panel de expertos a nivel mundial, para mejorar la tendencia y poder hablar de erradicación de la infección en 2030, no sólo debemos utilizar estos fármacos, si no que debemos buscar también los casos de infección no detectados y tratarlos. (Figura 8) (34)

FIGURA 8. Modelo predictivo de diferentes tipos de intervención sobre la infección crónica por VHC en España.



Fuente: Tomado de Wedemeyer H, et al 2014 (2).

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbi-mortalidad asociada a la infección por el VHC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir el número de pacientes que desarrollan hepatocarcinoma y/o cirrosis terminal.
- Aumentar el número de pacientes diagnosticados de infección por el VHC.

RECOMENDACIONES

- Establecer un plan de prioridades para el tratamiento de “todos” los pacientes afectados de infección por el VHC.
- Detección activa de pacientes infectados en atención primaria y especializada mediante la elaboración de un plan específico.

INDICADORES

23. Número de pacientes tratados anualmente con tasas de éxito.
24. Número de pacientes que no llegan a desarrollar enfermedad terminal (muerte relacionada con el VHC y/o cirrosis avanzada y/o hepatocarcinoma) en comparación con los modelos predictivos.
25. Número anual de nuevos diagnósticos de infección por el VHC.
26. Elaboración del registro.

5. Infecciones asociadas al viajero

Análisis de situación

Las infecciones asociadas al viajero podemos definir las como aquellas que se adquieren por el hecho de viajar a países en los que existen endemismos no presentes en nuestro medio. Se adquieren fundamentalmente en países en vías de desarrollo, y por lo general nos referimos a ellas como enfermedades tropicales.

Se estima, que en el mundo se realizan anualmente 50 millones de desplazamientos a países en desarrollo. De estos, entre el 20-70% (10-35 millones) presentarán alguna dolencia; el 1-8% (5.000 a 40.000) realizarán una consulta médica; el 0.01-0.1% precisará de una evacuación médica y, 1/105 fallecerá (35). Unos 12 millones de españoles viajan anualmente al extranjero y de ellos, el 9% lo hace a países tropicales o subtropicales. Esto supone que el número de viajeros que realiza una consulta médica al regreso será entre 11.000 y 86.000 en un año. Muchos de estos viajes son considerados de alto riesgo al tratarse de cooperantes y mochileros que viajan a zonas rurales o selváticas fuera de las habituales rutas turísticas.

España es uno de los países con mayor inmigración y a fecha del 1 de enero de 2012 había 6.760.000 inmigrantes censados (14.3% de la población). La Rioja, cuenta con una población en 2014 de 314.829 habitantes, de los cuales hay 35.980 extranjeros empadronados, lo que supone un 11,42 % de la población total, y sitúa a la comunidad riojana en el séptimo puesto dentro de las comunidades con mayor porcentaje de extranjeros. El hecho de ser extranjero, en principio, no debería entrañar ningún riesgo para la población. El problema es que en función de la zona del planeta en donde uno haya nacido, tiene mayor riesgo de estar en contacto con infecciones endémicas (ej: Sudamérica y e. de Chagas) que no están presentes en nuestro medio. Un problema asociado, es que los inmigrantes ya establecidos siguen realizando viajes a sus países de origen sin tomar las precauciones necesarias. Estas personas, en muchos casos vuelven a ser susceptibles a los endemismos propios de la zona de viaje.

Las enfermedades importadas engloban un gran número de enfermedades infecciosas. La lista es larga, si bien la malaria o paludismo, aunque no es la que se adquiere con mayor frecuencia, se considera el paradigma. El paludismo es la causa más frecuente de fiebre tras el regreso del trópico seguido de las rickettsiosis transmitidas por garrapatas. Por otra parte, desde hace más de 10 años el dengue



se ha convertido en un problema en Centroamérica y algunos países de Sudamérica, con miles de afectados. A este hecho, hay que añadir en los dos últimos años, el gran brote de Chikungunya que afecta a países caribeños (uno de los principales destinos turísticos) y otras zonas templadas. Podríamos enumerar un gran número de parasitosis digestivas, la enfermedad de Chagas, el virus del Oeste del Nilo, filariasis, tripanosomiasis y un largo etc, que son relativamente fáciles de adquirir y sobre las que en nuestro medio existe gran desconocimiento. Uno de los grandes problemas cuando nos enfrentamos a un paciente afecto de alguna de estas infecciones es la falta de formación curricular y de entrenamiento.

En España, se han realizado múltiples estudios en viajeros e inmigrantes en los que se pone de manifiesto la necesidad de atención médica específica para estos grupos de población. En un estudio llevado a cabo en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, en el que se recogieron datos desde abril de 1989 a diciembre de 2007, se registraron 6168 pacientes, unos 2600 inmigrantes y 3500 viajeros. En los inmigrantes predominaron diagnósticos como la oncocercosis, la enfermedad de Chagas y la ascaridiasis. Entre los viajeros predominaron diagnósticos como esquistosomiasis, oncocercosis, ascaridiasis. De este y otros estudios se deduce que el estudio del inmigrante asintomático o paucisintomático, puede ayudar a evitar complicaciones. (36)

Según la red cooperativa +Redivi que está formada por 14 centros sanitarios españoles, de enero de 2009 a octubre de 2011 se registraron unos 4570 casos de pacientes, que clasificaron en viajeros, inmigrantes y VFRs (*visiting friends and relatives*). Destaca que la duración del viaje era superior a la de otras series nacionales, y que un 74% eran viajes de alto riesgo por la alta proporción de cooperantes y expatriados. Solicitaron consejo previaje un 55% de los viajeros pero sólo 11% de los VFRs- inmigrantes y 37% de VFRs-viajeros (baja percepción del riesgo de enfermedad). Además se comprueba el bajo seguimiento en la realización correcta de profilaxis antimalárica. De este estudio se deduce que un alto porcentaje de los viajeros no solicitó consejo antes del viaje, y como tal presentó más riesgo de adquirir una infección prevenible. (37)

Desde hace 2 años está disponible en la web de Rioja Salud un protocolo (Departamento de Enfermedades Infecciosas y Laboratorio de Microbiología) para el manejo del paciente con sospecha de malaria que nos ha permitido aumentar el número de diagnósticos, iniciar de forma precoz el tratamiento y adecuarlo a la especie de plasmodio. Además se han introducido fármacos eficaces que permiten el tratamiento de esta enfermedad en menos tiempo y con menos efectos secundarios, acortando así la estancia hospitalaria con el consiguiente ahorro económico.

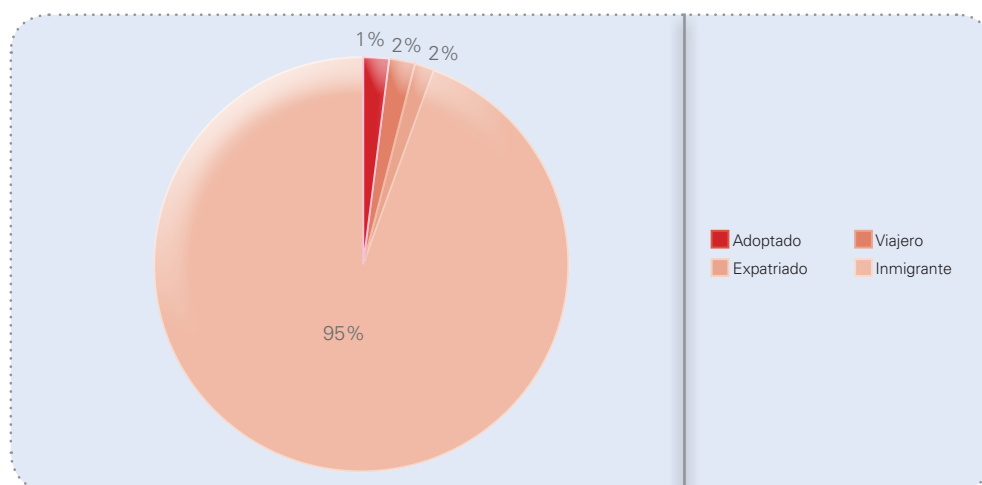
En el Hospital San Pedro, hemos observado un aumento del número de consultas tanto por parte de inmigrantes, como de viajeros. La mayoría de éstos últimos realizaron consulta post-viaje, ya que en esta comunidad las indicaciones para la profilaxis y vacunaciones al viajar a una zona de riesgo se ofrecen en el Centro de Vacunación Internacional-Sanidad Exterior. Como ejemplos de las principales patologías importadas que se valoran en las consultas de Enfermedades Infecciosas, hemos recogido datos, no solo de malaria (Figuras 9,10,11,12), también disponemos de datos de esquistosomiasis, estrongiloidiasis y enfermedad de Chagas. (Tablas 5, 6 y 7)

FIGURA 9. Evolución de peticiones de diagnóstico de malaria y casos diagnosticados en La Rioja. 2008-2014.



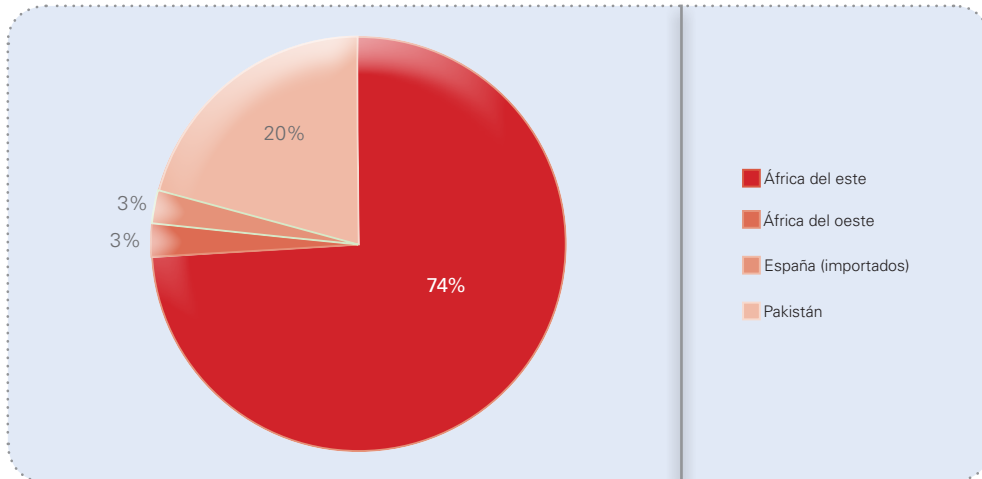
Fuente: Laboratorio de Microbiología del Hospital San Pedro.

FIGURA 10. Tipos de pacientes diagnosticados de paludismo en La Rioja 2008-2014 en función de su procedencia.



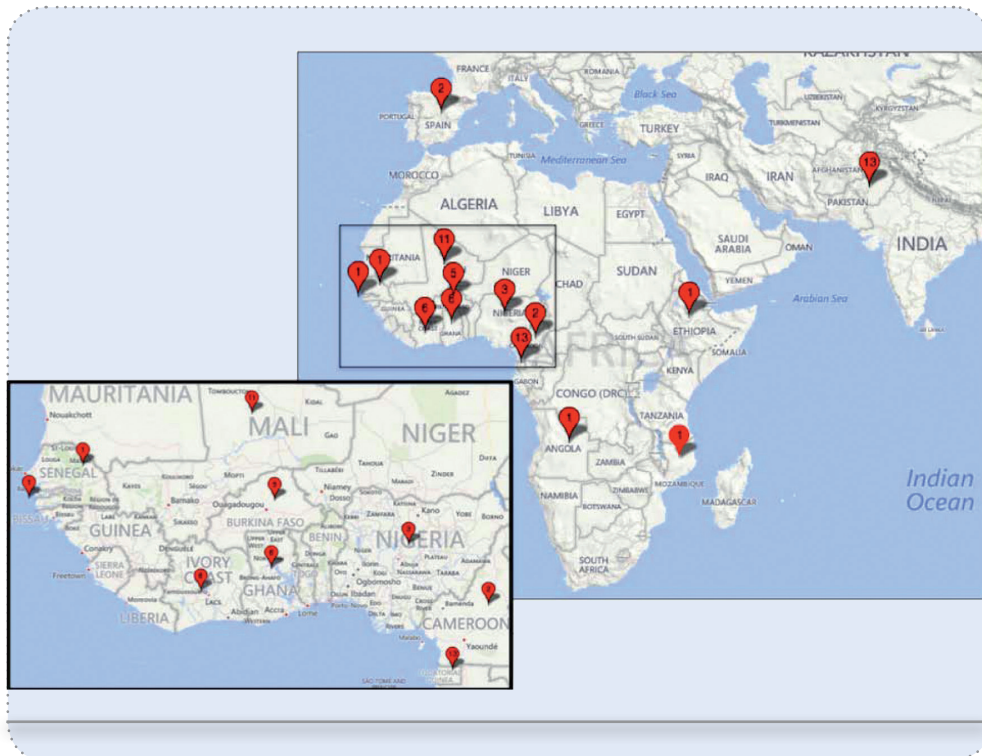
Fuente: Laboratorio de Microbiología del Hospital San Pedro.

FIGURA 11. Origen geográfico de los pacientes diagnosticados de paludismo en La Rioja en el periodo 2008-2014.



Fuente: Laboratorio de Microbiología del Hospital San Pedro.

FIGURA 12. Origen de los pacientes diagnosticados de paludismo en La Rioja en 2008-2014.



Fuente: Laboratorio de Microbiología del Hospital San Pedro.

TABLA 5. Serologías realizadas y casos detectados de Esquistosomiasis 2012-2014.

Serología *Schistosoma spp.*: 30 peticiones con 30% de resultados positivos.

2012: 10 peticiones (de las cuales 1 positiva-10%)

2013: 9 peticiones (de las cuales 2 positivas- 22.2%)

2014: 11 peticiones (de las cuales 6 positivas-54.5%)

El 70% de las muestras correspondían a inmigrantes, principalmente de África del Oeste y, el resto a viajeros.

Fuente: Laboratorio de Microbiología del Hospital San Pedro.

TABLA 6. Serologías realizadas y casos detectados de Estrongiloidiasis.

ESTRONGILOIDIASIS (2008-2014)

Serologías de *Strongyloides stercoralis*: 358 peticiones con 21.2% resultados positivos.

2008: 31 peticiones (de los cuales 8 POS- 25.8%)

2009: 18 peticiones (de los cuales 3 POS- 16.6%)

2010: 26 peticiones (de los cuales 10 POS- 38.5%)

2011: 49 peticiones (de los cuales 13 POS- 26.5%)

2012: 85 peticiones (de los cuales 22 POS- 25.9%)

2013: 85 peticiones (de los cuales 13 POS- 15.3%)

2014: 64 peticiones (de los cuales 7 POS- 11%)

Fuente: Laboratorio de Microbiología del Hospital San Pedro.

TABLA 7. Resultados de la investigación de Enfermedad de Chagas 2012-2014.

ENFERMEDAD DE CHAGAS (2012-2014)

Determinación de PCR de *Trypanosoma cruzi*: 50 peticiones. Positivas 28%.

2012: 24 peticiones (de las cuales 6 positivas-25%)

2013: 15 peticiones (de las cuales 5 positivas- 33%)

2014: 11 peticiones (de las cuales 3 positivas-27%)

Serología de *T. cruzi*: 246 peticiones. Positivas 23%.

2012: 94 peticiones (de las cuales 28 positivas-29.8%)

2013: 51 peticiones (de las cuales 13 positivas-25.5%)

2014: 101 peticiones (de las cuales 16 positivas-15.8%)

Fuente: Laboratorio de Microbiología del Hospital San Pedro.

De lo anteriormente expuesto se puede deducir que existe una elevada morbilidad y riesgo de mortalidad ante la falta de un diagnóstico adecuado y precoz. Lo preocupante, es que muchas de estas infecciones se pueden prevenir, y por falta de información o la no disposición de estructuras definidas y accesibles no se realiza el seguimiento adecuado. El grupo de trabajo, encargado de elaborar este III Plan



de Salud, considera que se debe abordar esta problemática y se ha propuesto el siguiente objetivo y acciones.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbi-mortalidad de las enfermedades asociadas al viajero.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incrementar el número de diagnósticos precoces de infecciones relacionadas con los viajes.
- Sensibilización del riesgo inherente a viajar.

RECOMENDACIONES

- Diseñar un plan de formación sobre las principales infecciones adquiridas en países en desarrollo dirigido a profesionales sanitarios.
- Desarrollar un plan de información dirigido a la población general sobre los riesgos asociados a los viajes.
- Elaboración de protocolos de cribado y diagnóstico en Atención Primaria y especializada.
- Creación de perfiles específicos de diagnóstico de laboratorio, que sirvan a la vez de registro de enfermedades importadas.
- Adecuar las agendas de los servicios implicados a fin de disponer de un tiempo definido para atención al viajero.

INDICADORES

27. Número de peticiones y diagnósticos relacionadas con las infecciones importadas más importantes.
28. Número de consultas específicas del viajero, tanto en Atención Primaria como especializada.
29. Número de cursos de formación profesional, incluyendo el número de alumnos desagregado por nivel de atención sanitaria.

Bibliografía

1. European Centre for Disease Control/European Medicines Agency. (September 2009). ECDC/EMA Joint Technical Report. The bacterial challenge: time to react. Stockholm: EMA doc. ref. EMA/576176/2009.
2. Livermore DM. Has the era of untreatable infections arrived? *J Antimicrob Chemother.* 2009 Sep;64 Suppl 1:i29-36.
3. Rossolini GM, Mantengoli E. Antimicrobial resistance in Europe and its potential impact on empirical therapy. Antimicrobial resistance in Europe and its potential impact on empirical therapy. *Clin Microbiol Infect.* 2008 Dec;14 Suppl 6:2-8.
4. Asensio A, Alvarez-Espejo T, Fernandez-Crehuet J, Ramos A, Vaque-Rafart J, Bishopberger C, et al. Trends in yearly prevalence of third-generation cephalosporin and fluoroquinolone resistant Enterobacteriaceae infections and antimicrobial use in Spanish hospitals, Spain, 1999 to 2010. *Euro Surveill.* 2011 Oct;16(40).
5. Antimicrobial resistance surveillance in Europe. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). 2013.
6. Oteo J, Miró E, Pérez-Vázquez M, Navarro F. Evolution of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae at the global and national level: What should be expected in the future? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014 Dec;32 Suppl 4:17-23.
7. Oteo J, Bautista V, Conejo C, Fernández-Martínez M, González-López JJ, Martínez-García L, et al. Carbapenemase producing Enterobacteriaceae in Spain: results from a national multicenter study, 2013. 24th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID). Barcelona; 10-13 May 2014. Poster eP953.
8. Rojo-Bezares B, Martín C, López M, Torres C, Sáenz Y. First detection of bla_{IMI-2} gene in a clinical Escherichia coli strain. *Antimicrob Agents Chemother.* 2012 Feb;56(2):1146-7.
9. Porres-Osante N, Azcona-Gutiérrez JM, Rojo-Bezares B, Undabeitia E, Torres C, Sáenz Y. Emergence of a multiresistant KPC-3 and VIM-1 carbapenemase-producing Escherichia coli strain in Spain. *J Antimicrob Chemother.* 2014 Jul;69(7):1792-5.
10. Cisneros JM1, Neth O, Gil-Navarro MV, Lepe JA, Jiménez-Parrilla F, Cordero E, et al. Global impact of an educational antimicrobial stewardship programme on prescribing practice in a tertiary hospital centre. *Clin Microbiol Infect.* 2014 Jan;20(1):82-8.
11. Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014.
12. Plan de Prevención y Control frente a infecciones causadas por Enterobacterias

- Productoras de Carbapenemasas (EPC). Comunidad de Madrid. 2013.
- Septic Shock, 2012. *Intensive Care Med.* 2013;39:165-228.
13. Dellit TH1, Owens RC, McGowan JE Jr, Gerding DN, Weinstein RA, Burke JP, et al. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis.* 2007 Jan 15;44(2):159-77.
 14. Palencia Herrejón E, Bueno García B. Nuevas guías de práctica clínica de la "Campaña sobrevivir a la sepsis": lectura crítica. *Med Intensiva.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.07.008>
 15. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Geriach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Intensive Care Med.* 2004;30:536-55.
 16. León Gil C, García-Castrillo Riesgo L, Moya Mir M, Artigas Raventos A, Borges Sa M, Candel González FJ, et al. Documento de Consenso (SEMES-SEMICYUC). Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinar de la sepsis grave en los Servicios de Urgencias hospitalarios. *Med Intensiva.* 2007;31:375-87.
 17. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving Sepsis Campaign. International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock, 2012. *Intensive Care Med.* 2013;39:165-228.
 18. Declaración de Mallorca. http://www.semicyuc.org/sites/default/files/declaracion_mallorca_1_2.pdf
 19. The World Sepsis Day: <http://www.world-sepsis-day.org/>
 20. Ferrer R, Artigas A, Suarez D, Palencia E, Levy MM, Arenzana A, Pérez XL, Sirvent JM; Edusepsis Study Group. Effectiveness of treatments for severe sepsis: a prospective, multicenter, observational study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009;180(9):861-6
 21. Ferrer R, Artigas A, Levy MM, Blanco J, González-Díaz G, Garnacho-Montero J, Ibáñez J, Palencia E, Quintana M, de la Torre-Prados MV; Edusepsis Study Group. Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain. *JAMA.* 2008;299(19):2294-303.
 22. Azkárate I, Sebastián R, Cabarcos E, Choperena G, M. Pascal M, Salas E. Registro observacional y prospectivo de sepsis grave/shock séptico en un hospital terciario de la provincia de Guipúzcoa. *Med Intensiva.* 2012;36 (4):250-6.
 23. Aguirre Tejedo A, Echarte Pazos JL, Minguez Masó S, Supervía Caparrós A, Skaf Peters E, Campodarve Botet I. Implementación de un "Código Sepsis Grave" en un servicio de urgencias. *Emergencias.* 2009;21:255-61.

24. Jiménez Fábrega X, Espila Etxebarria JL, Gallardo Mena J. Códigos de activación: pasado, presente y futuro en España. *Emergencias*. 2011;23(4):311-18.
25. Loza A, León C, León A. Nuevas alternativas terapéuticas para la sepsis grave en el paciente crítico. *Revisión. Med Intensiva*. 2011; 35:236-45.
26. Proyecto Edusepsis. <http://www.edusepsis.org/>
27. ECDC. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2013. Disponible en: (http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1217).
28. Quiñones C, Martínez de Ochoa E. Vigilancia epidemiológica del sida y la infección por VIH. *La Rioja 1986-2013. Boletín Epidemiológico de La Rioja* 2014; 6: 87-109.
29. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Madrid Nov 2014.
30. Alejos B, Hernando V, López-Aldeguer J, Segura F, Oteo JA, Rubio R, et al. Overall and cause-specific mortality in HIV-positive subjects compared to the general population. *J Int AIDS Soc*.2014; 17(S 3):19711.
31. Kozak M, Zinski A, Leeper C, Willig JH, Mugavero MJ. Late diagnosis, delayed presentation and late presentation in HIV: proposed definitions, methodological considerations and health implications. *Antivir Ther* 2013; 18(1):17-23.
32. Sinca CA. Do people with HIV infection have a normal life expectancy in the era of combination antiretroviral therapy? *BMC Med* 2013; 11:251.
33. Bruggmann P, Berg T, Øvrehus ALH, Moreno C, Branda-o Mello CE, Roudot-Thoraval F, et al. Historical epidemiology of hepatitis C virus (HCV) in selected countries. *Journal of Viral Hepatitis* 2014; 21 (S1):5–33.
34. Wedemeyer H, Duberg AS, Buti M, Rosenberg WM, Frankova S, Esmat G, et al. Strategies to manage hepatitis C virus (HCV) disease burden. *Journal of Viral Hepatitis* 2014; 21 (S1): 60–89.
35. Hill DR. The burden of illness in international travellers. *N Engl J Med* 2006; 354:115-117.
36. Norman FF, Pérez de Ayala A, Pérez-Molina JA, Monge-Maillo B, Zamarrón P, López-Velez R. Neglected Tropical diseases outside the tropics. *Plos Negl Trop Dis* 2010; 27;4(7):e762
37. Díaz-Menéndez M, Pérez-Molina JA, Serre N, Treviño B, Torrús D, Matarranz M, Martín E, Rojo-Marcos G, Aguilera P, Rico A, Suárez-García I, López-Vélez R; Grupo de trabajo de +Redivi. Imported diseases by immigrants and travellers: results from the Cooperative Network for the study of Imported Diseases by Immigrants and Travellers +Redivi. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2012; 30:528-534.





Análisis de situación

Las enfermedades raras son enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y alto nivel de complejidad. La mayoría de ellas son enfermedades genéticas; otras son cánceres poco frecuentes, enfermedades autoinmunitarias, malformaciones congénitas o enfermedades tóxicas e infecciosas, entre otras categorías. Para abordarlas es preciso un planteamiento global, con esfuerzos especiales y combinados, para prevenir la morbilidad o evitar la mortalidad prematura, y para mejorar la calidad de vida o el potencial socioeconómico de las personas afectadas. Para el período situado entre el 1 de diciembre de 1999 y el 31 de diciembre de 2003 se aprobó un programa de acción comunitaria sobre las enfermedades raras, incluidas las de origen genético. En este programa se consideraba baja la prevalencia de una enfermedad cuando esta afecta a menos de 5 de cada 10 000 personas en la Unión Europea. (1)

Es importante subrayar que el número de pacientes de enfermedades raras varía considerablemente de una enfermedad a otra. Una enfermedad rara puede afectar a sólo unos pocos pacientes en la Unión Europea y otras afectan hasta 245.000. Las enfermedades más raras solo afectan a unos miles, cientos o incluso a solo un par de docenas de pacientes. Estas “rarísimas enfermedades” aíslan especialmente a los pacientes y a sus familias y les hacen vulnerables. Hay que destacar que la mayoría de los cánceres, incluyendo los cánceres que afectan a los niños, son enfermedades raras.

A pesar de la baja frecuencia de cada enfermedad rara en concreto, unos 30 millones de personas tienen alguna de ellas en los 25 países europeos, lo que significa que entre un 6% y un 8% de la población total europea son pacientes con enfermedades raras. (2)

Desde la perspectiva médica, las enfermedades raras están caracterizadas por el gran número y amplia diversidad de desórdenes y síntomas, que varían no solo de enfermedad a enfermedad, sino también dentro de la misma enfermedad. La misma condición puede tener manifestaciones clínicas muy diferentes de una persona afectada a otra. Para muchos desórdenes, hay una gran diversidad de subtipos de la misma enfermedad. Se estima que existen hoy entre 5.000 y 7.000 enfermedades raras distintas, que afectan a los pacientes en sus capacidades físicas, habilidades mentales y en sus capacidades sensoriales y de comportamiento.



Las enfermedades raras también se diferencian ampliamente en términos de gravedad y de impacto sobre la esperanza de vida; algunas causan la muerte al nacer, muchas son degenerativas o amenazan la vida, mientras que otras son compatibles con una vida normal si son diagnosticadas a tiempo y tratadas adecuadamente.

El 80% de las enfermedades raras tienen orígenes genéticos identificados, implicando uno o varios genes o anomalías cromosómicas. Pueden ser heredadas o derivadas de una mutación espontánea o de una anomalía cromosómica. Otras enfermedades raras son causadas por infecciones (bacterianas o víricas) o alergias, o se deben a causas degenerativas o teratogénicas (productos químicos, radiaciones, etc.). Algunas enfermedades raras son también producidas por una combinación de factores genéticos y medioambientales. Pero para la mayoría de las enfermedades raras los mecanismos etiológicos son todavía desconocidos debido a la falta de investigación que permita describir los procesos fisiopatológicos subyacentes.

Hay también una gran diversidad en cuanto a la edad en que tienen lugar los primeros síntomas. Los síntomas de muchas enfermedades raras aparecen en el parto o en la niñez, incluyendo la atrofia muscular espinal, la neurofibromatosis, la osteogénesis imperfecta, el síndrome de Rett y la mayoría de las enfermedades metabólicas, tales como las mucopolisacaridosis tipo I-VII, la enfermedad de Krabbe. En casos como la neurofibromatosis los primeros síntomas de la enfermedad pueden tener lugar en la niñez, pero esto no impide que síntomas más graves aparezcan en un periodo posterior de la vida. Otras enfermedades raras, como la enfermedad de Huntington, las ataxias espinocerebelosas, la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, la esclerosis lateral amiotrófica, el sarcoma de Kaposi o el cáncer de tiroides, son específicas de la edad adulta. A pesar de que muchas enfermedades causan síntomas en la niñez, es posible que estos síntomas no se traduzcan durante mucho tiempo en un diagnóstico de enfermedad rara específica.

Prioridades y justificación

En el año 2009 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la Estrategia en enfermedades raras del Sistema Nacional de Salud. La página 16 del citado documento dice (3): "... la afectación grosso modo de 3.000.000 de personas con problemas de salud compartidos —y, claro está, con otros muchos no compartidos— en una población como la española tomada en su globalidad, sí es una cuestión que requiere una aproximación sanitaria y científica desde los

supuestos de la salud pública. Es lo que se ha denominado como la paradoja de la rareza. Se necesita conocer la extensión de las enfermedades raras en la población, tener datos fiables acerca de la epidemiología de estas enfermedades y disponer de registros de las mismas que nos informen de la carga poblacional que suponen en su conjunto y para cada una de ellas”

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó una actualización de la Estrategia en enfermedades raras del Sistema Nacional de Salud en 2013. Este documento expresa (4): “A pesar de que las enfermedades raras contribuyen en gran medida a la morbilidad y la mortalidad de la población, son invisibles en los sistemas de información sanitaria dada la falta de sistemas apropiados de codificación y clasificación... En definitiva, para alcanzar estos fines se hace preciso colaborar en la elaboración de sistemas de información sobre enfermedades raras, tanto a nivel nacional como europeo, como uno de los instrumentos clave para organizar la vigilancia de estas patologías. Estos sistemas suponen la recogida sistematizada y archivo ordenado de datos, que habrán de definirse con carácter previo, de manera que sirvan de soporte para generar información relevante para el conocimiento de las enfermedades raras y la toma de decisiones entorno a las mismas”. La Estrategia incluye siete líneas de intervención: Línea estratégica 1: Información sobre las enfermedades raras, Línea estratégica 2: Prevención y detección precoz, Línea estratégica 3: Atención sanitaria, Línea estratégica 4: Terapias, Línea estratégica 5: Atención sociosanitaria, Línea estratégica 6: Investigación y Línea estratégica 7: Formación.

También la Unión Europea ha incidido sobre la necesidad de prestar atención a este grupo de enfermedades. En noviembre de 2014 se celebró en España una conferencia “Europlan” con el fin de a fomentar el desarrollo de un Plan o una Estrategia Nacional de enfermedades raras orientada a las necesidades no cubiertas de los pacientes que viven con una enfermedad rara en España. La conferencia fue organizada conjuntamente por la Alianza Nacional de organizaciones de pacientes de enfermedades raras, FEDER en el caso español, y EURORDIS, la Organización Europea de Enfermedades Raras. Los temas de trabajo en la conferencia EUROPLAN fueron: (5)

1. Gobierno y monitorización del Plan Nacional.
2. Definición, codificación y Registro de enfermedades raras; Información y formación de las enfermedades raras.



3. Investigación en enfermedades raras.
4. Centros, Servicios y Unidades de Referencia; Modelo Asistencial.
5. Medicamentos huérfanos y productos sanitarios.
6. Servicios Sociales / Líneas de Ayuda / Discapacidad / Dependencia.

En cuanto a las actuaciones desarrolladas en La Rioja con respecto a las enfermedades raras, la Dirección General de Salud Pública y Consumo participó en un proyecto de investigación en el periodo 1999 a 2003 (6) para cuantificar y dar visibilidad a las enfermedades raras y actualmente se está trabajando en el diseño de un registro autonómico de base poblacional de enfermedades raras que formaría parte de una Red Española de Registros de enfermedades raras para la Investigación (SpainRDR, por sus siglas en inglés), que permita disponer de conocimiento epidemiológico sobre este grupo de enfermedades y facilitar la evaluación de su tendencia en el tiempo. En los registros de enfermedades de base poblacional la información procede de todos los centros sanitarios de una región geográfica en los que se diagnostican o tratan los pacientes con una determinada enfermedad. Su principal ventaja es la de disponer de un denominador poblacional, lo cual permite calcular la incidencia de la enfermedad en su ámbito. Si, además, se realiza un seguimiento de los pacientes, también se puede calcular la prevalencia o la supervivencia. Por tanto, una de las aportaciones básicas de los registros poblacionales es la de proporcionar una visión de la magnitud de la enfermedad en el área geográfica que abarcan (7). Con el fin de alinear las actuaciones de La Rioja en esta materia con las recomendaciones del Consejo Interterritorial de Salud y de la Unión Europea descritas anteriormente, se considera necesario el diseñar, poner en marcha y consolidar un registro poblacional de enfermedades raras en La Rioja.

Por otro lado, uno de las demandas repetidas de los pacientes con enfermedades raras y de sus familiares es conocer qué centros de referencia existen para el diagnóstico y el tratamiento, ya sea curativo, paliativo o rehabilitador, así como para el consejo genético de este grupo de enfermedades. (8)

También es notorio que las enfermedades raras requieren de formas de atención no convencionales. Se trata de pacientes que presentan una elevada comorbilidad y numerosas necesidades extra (9), que no están bien resueltas por el sistema sanitario ni por el sistema social, dando como resultado la existencia de pacientes muy demandantes e hiperfrecuentadores (8). A pesar de esta alta demanda de

servicios, los profesionales sanitarios no se sienten bien formados para la atención a este grupo de enfermos (10-11). No existe un área de capacitación específica sobre enfermedades raras en los programas de formación de médicos residentes (12) ni en los estudiantes de enfermería, ni en los programas de formación continuada de los profesionales sanitarios. Esta limitación formativa puede generar un retraso en el diagnóstico, diagnósticos erróneos y dificultades en la atención correcta a los pacientes y sus familias. (13)

Finalmente, el conocimiento científico sobre las enfermedades raras es todavía escaso, ya no sólo en investigación básica que permitiría el desarrollo de nuevos fármacos o nuevas pruebas diagnósticas, sino también en investigación epidemiológica y clínica. (14)

El anterior análisis de la situación recomienda la puesta en marcha de seis líneas de trabajo que pueden redundar en una mejor atención a las personas que sufren alguna de estas enfermedades y que se describen a continuación:

- 1) **Registro y codificación de enfermedades raras.** El primer paso para enfocar adecuadamente un problema de salud es cuantificar su impacto y conocer a qué tipo de personas afecta, así como monitorizar su evolución en el tiempo (7), por lo que se plantea diseñar, poner en marcha y consolidar un registro poblacional de enfermedades raras en La Rioja.
- 2) **Modelo Asistencial.** Los pacientes con enfermedades raras o sus familias demandan con frecuencia información sobre el diagnóstico, el tratamiento, ya sea curativo, paliativo o rehabilitador, así como para el consejo genético de este grupo de enfermedades (8), por lo que se plantea establecer un modelo asistencial adecuado para las enfermedades raras.
- 3) **Acceso a terapias.** Con frecuencia los pacientes, los familiares de personas con alguna enfermedad rara e incluso los profesionales sanitarios tienen dificultades para identificar las posibilidades de acceso a medicamentos u otras terapias tales como rehabilitación o logopedia, por lo que sería necesario elaborar una guía de procedimientos de acceso a estas terapias.
- 4) **Modelo Sociosanitario.** Las enfermedades raras provocan altos niveles de discapacidad o de dependencia, una fuerte carga económica y familiar, así como comorbilidad de los familiares y problemas educativos y laborales (15). Con el fin de ofrecer un sistema integral en la atención de las personas



afectadas por una enfermedades raras y sus familias, es necesario establecer la colaboración entre el ámbito sanitario y el socio-educativo elaborando una guía sociosanitaria que incluya los procesos de derivación a los servicios sociales de las personas afectadas por una enfermedad rara y sus familias.

- 5) Investigación e innovación.** Tanto razones de tipo ético, como sociales y científicas hacen necesario profundizar en el conocimiento de las enfermedades raras, por lo que es necesario facilitar e impulsar la investigación clínica y epidemiológica sobre este grupo de enfermedades. (4)
- 6) Formación.** Los profesionales sanitarios sienten que carecen de formación específica en este tipo de enfermedades (11), por lo que se plantea impulsar la puesta en marcha de formación específica sobre enfermedades raras en los programas de formación continuada de los profesionales sanitarios de La Rioja.

De acuerdo con estas líneas de trabajo, se proponen los objetivos que se describen a continuación.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un modelo de atención integral a las enfermedades raras, que incluya aspectos relacionados con su registro y codificación, atención sanitaria, acceso a terapias y atención social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Línea de trabajo 1. Registro y codificación de enfermedades raras

- Diseñar y poner en marcha un registro poblacional de enfermedades raras en La Rioja.
- Estimar la incidencia poblacional de las enfermedades raras que formen parte del registro.

Línea de trabajo 2. Modelo Asistencial

- Proporcionar la atención y cuidados integrales de calidad a los pacientes con enfermedades raras mediante la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

Línea de trabajo 3. Acceso a terapias

- Impulsar los procedimientos que faciliten el acceso equitativo a los medicamentos huérfanos, coadyuvantes y productos sanitarios disponibles para el tratamiento de las enfermedades raras.
- Facilitar el acceso a los servicios de atención primaria, rehabilitación y logopedia a las personas afectadas de una enfermedad rara de manera continuada.

Línea de trabajo 4. Modelo Sociosanitario

- Coordinar a los distintos organismos involucrados en la atención integral de las personas afectadas por una enfermedad rara.
- Establecer la colaboración entre el ámbito sanitario y el socio-educativo para garantizar una atención adecuada a las personas afectadas por una enfermedad rara.
- Facilitar el apoyo psicológico a las personas afectadas de una enfermedad rara y sus familiares.
- Facilitar el acceso a las ayudas a la discapacidad.
- Fomentar las campañas de sensibilización en relación a las enfermedades raras.
- Fomentar el asociacionismo de los afectados por enfermedades raras.

RECOMENDACIONES

Línea de trabajo 1. Registro y codificación de enfermedades raras

- Proponer el listado de enfermedades raras, variables y su definición que permitan recoger la información relevante para el registro de enfermedades raras.
- Realizar estudios que permitan conocer cuáles son las fuentes de información que tienen mayor validez y eficiencia sobre enfermedades raras.



- Diseñar las características operativas del registro de enfermedades raras de La Rioja en cuanto a las enfermedades que incluirá, los sistemas de codificación y de clasificación clínica, así como el tipo de variables recogidas y su periodicidad.
- Proponer un modelo de informe normalizado sobre las enfermedades raras incluidas en el registro.

Línea de trabajo 2. Modelo Asistencial

- Continuar con la promoción de estilos de vida saludable de las mujeres antes de la concepción y en los primeros meses del embarazo.
- Seguimiento de patología prenatal y en familias de riesgo. Cribado neonatal y asesoramiento genético familiar.
- Seguimiento de los pacientes de enfermedades raras en Atención Hospitalaria. Abordaje multidisciplinar. Contacto con centros de referencia.
- Seguimiento continuado en rehabilitación y atención temprana.
- Coordinar la transición de la infancia a la edad adulta entre los servicios de pediatría y los servicios médicos que correspondan en cada paciente con una enfermedad rara.
- Elaborar guías asistenciales específicas para las enfermedades raras que se determinen y que contengan las actuaciones a realizar en las personas afectadas.
- Elaboración de una guía de seguimiento conjunto con Atención Primaria-Atención Especializada del paciente con una enfermedad rara.
- Elaborar el Plan para el desarrollo de la genética en La Rioja.
- Elaborar un documento que recoja el circuito de atención al diagnóstico y tratamiento enfermedades raras para profesionales que incluya los siguientes aspectos:

- Aspectos preventivos.
- Actuaciones ante las sospecha de una enfermedad rara. Circuitos de derivación.
- Tratamiento, rehabilitación y seguimiento.
- Necesidades de atención temprana.
- Aspectos sanitarios para la adaptación escolar o laboral.
- Recursos disponibles y listado de los centros y unidades de referencia.
- Asociaciones de enfermos existentes en La Rioja y en el territorio nacional.

Línea de trabajo 3. Acceso a terapias

- Elaborar un procedimiento para el acceso a los medicamentos huérfanos, coadyuvantes y productos sanitarios disponibles para el tratamiento de las enfermedades raras.
- Elaborar circuitos de derivación de las personas afectadas por una enfermedad rara a los servicios de rehabilitación y logopedia.

Línea de trabajo 4. Modelo Sociosanitario

- Elaborar una guía que incluya los procedimientos de derivación a los servicios sociales a las personas afectadas por una enfermedades raras.
- Facilitar el acceso a las personas afectadas por una enfermedad rara y a sus familiares a los servicios de salud mental.
- Promocionar las campañas de sensibilización de los profesionales sanitarios y la ciudadanía con las enfermedades raras.
- Impulsar la creación de asociaciones y encuentros de familias que tengan a su cargo personas con enfermedades raras.



- Asesorar a las asociaciones de pacientes y familias sobre las tecnologías de apoyo y medidas de accesibilidad.
- Elaborar una guía de las ayudas disponibles para los pacientes de enfermedades raras.

INDICADORES

1. Existencia de un protocolo normalizado de trabajo que recoja el diseño y características del Registro.
2. Para cada enfermedad considerada la incidencia, en términos de incidencia acumulada, será un cociente entre el número de casos detectados de la enfermedad considerada en un periodo y el total de población susceptible de padecer la enfermedad en cuestión en el mismo periodo.
3. Existencia de guías asistenciales de las enfermedades raras donde se aborde la prevención primaria, el acceso a servicios especializados para el diagnóstico y el tratamiento precoz, la continuidad asistencial primaria-especializada-primaria y la atención integral, continuada y coordinada a los pacientes con enfermedades raras.
4. Existencia de un Plan de desarrollo de la genética en La Rioja.
5. Número de tratamientos farmacológicos aplicados a personas afectadas por una enfermedades raras al año por cada cien mil habitantes.
6. Número de personas afectadas por una enfermedad rara derivadas a los servicios de rehabilitación y logopedia por cada cien mil habitantes.
7. Número de sesiones recibidas de rehabilitación y logopedia por cada cien mil habitantes.
8. Existencia de una guía de atención socio-sanitaria para pacientes con enfermedades raras.
9. Número de intervenciones del servicio de salud mental a personas afectadas de una enfermedad rara o sus familiares por cada cien mil habitantes.

10. Número de campañas, cursos, jornadas realizadas en relación a las enfermedades raras por cada cien mil habitantes.

OBJETIVO GENERAL

Fomentar la formación y la investigación sobre enfermedades raras entre los profesionales sanitarios y socio-sanitarios en La Rioja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Línea de trabajo 5. Investigación e innovación

- Facilitar el diseño y el análisis de estudios de investigación epidemiológica, clínica o básica sobre enfermedades raras.
- Facilitar la transferencia de los resultados de la investigación en enfermedades raras a la práctica clínica diaria, al diagnóstico y a su tratamiento.
- Incrementar la producción científica sobre enfermedades raras en las revistas indexadas en Medline, con una tasa anual de número de documentos por 100.000 habitantes de 1 o más.
- Favorecer el desarrollo de estructuras que permitan la realización de ensayos clínicos.
- Garantizar la confidencialidad y el uso apropiado de datos clínicos sobre pacientes con enfermedades raras.

Línea de trabajo 6. Formación

- Conocer las necesidades formativas en enfermedades raras de los profesionales sanitarios implicados en la asistencia a personas afectadas por una enfermedad rara.
- Diseñar y poner en marcha un plan de formación específico en enfermedades raras dirigido a los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial y social de estos pacientes.



- **Evaluar anualmente la adecuación del plan de formación.**

RECOMENDACIONES

Línea de trabajo 5. Investigación e innovación

- Establecer y consolidar una línea de investigación sobre enfermedades raras en el sistema sanitario público de La Rioja.
- Impulsar el desarrollo de una estructura permanente de apoyo metodológico, bioestadístico y epidemiológico a la investigación en enfermedades raras .
- Fomentar la inscripción voluntaria de pacientes de enfermedades raras en el registro de pacientes de enfermedades raras del Instituto de Salud Carlos III.
- Elaborar documentos de consentimiento informado específicos para el empleo de los datos clínicos, imágenes u otros documentos para la investigación y la docencia sobre enfermedades raras.

Línea de trabajo 6. Formación

- Realizar un estudio previo de necesidades mediante la elaboración de una encuesta validada dirigida a los profesionales.
- Realizar un estudio cualitativo con grupos focales que permita valorar las necesidades de formación.
- Elaborar anualmente un programa de formación en enfermedades raras que responda a las necesidades detectadas y que se incorpore al Programa de Formación Continuada del SERIS.
- Realizar encuestas de satisfacción a los participantes de los cursos valorando la utilidad de los conocimientos adquiridos y cuyos resultados sean incluidos en el siguiente estudio de necesidades.
- Establecer grupos de trabajo multidisciplinares para llevar a cabo estas acciones.

INDICADORES

11. Existencia de una unidad de apoyo metodológico, bioestadístico y epidemiológico a la investigación en enfermedades raras.
12. Existencia, al menos, de un proyecto anual de investigación sobre enfermedades raras que cuente con el dictamen positivo del Comité de Ética en Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR).
13. Tasa de artículos indexados en Medline u otras bases de datos científicas por autores que pertenezcan al sistema sanitario o social de La Rioja que traten de enfermedades raras por cada cien mil habitantes.
14. Existencia de protocolos de atención a pacientes con enfermedades raras donde se incluya la recomendación o sugerencia de inclusión en el registro de pacientes de enfermedades raras del Instituto de Salud Carlos III y donde se recojan los modelos de consentimiento informado específicos para el empleo de los datos clínicos, imágenes u otros documentos para la investigación y la docencia sobre enfermedades raras.
15. Porcentaje de profesionales sanitarios que han contestado a la encuesta previa de necesidades formativas.
16. Número de cursos de formación en enfermedades raras incluidos anualmente en el Programa de Formación Continuada del SERIS.
17. Porcentaje de profesionales sanitarios de Atención Primaria que han participado en un curso de enfermedades raras.
18. Porcentaje de profesionales de Atención Especializada que han participado en un curso de enfermedades raras.
19. Porcentaje de encuestas de satisfacción cumplimentadas a la finalización de cursos sobre enfermedades raras en los que el participante valora satisfactoriamente la utilidad de los conocimientos adquiridos.

Bibliografía

1. Posada M, Martín-Arribas C, Ramírez A, Villaverde A, Abaitua I. Enfermedades raras: Concepto, epidemiología y situación actual en España. *An Sist Sanit Navar*. 2008;31:9-20
2. Commission of the European Communities. Proposal for a Council Recommendation on a European action in the field of rare diseases. COM. 2008;726 final)
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud (2009) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [citado 5 de diciembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/enfermedadesRaras.htm>)
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud (2014) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [citado 5 de diciembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/enfermedadesRaras.html>)
5. Eurordis. España. Conferencia EUROPLAN nacional. Informe final. Madrid, 20 y 21 Noviembre de 2014, [Disponible en: https://spainrdr.isciii.es/es/.../EUROPLAN%20II_Informe_definitivo.pdf)]
6. González M, Ramalle-Gómara E, Perucha M. Red de vigilancia epidemiológica de enfermedades raras (Repier). *Bol Epidemiológico Rioja*. 2003;187: 1343-6.
7. Zurriaga Lloréns Ó, Martínez García C, Arizo Luque V, Sánchez Pérez MJ, Ramos Aceitero JM, García Blasco MJ, Ramalle-Gómara E, et al. Los registros de enfermedades en la investigación epidemiológica de las enfermedades raras en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80(3): 249-57.
8. Avellaneda Fernández A, Pérez Martín A, Pombo Allés G, Gutiérrez Delgado E, Izquierdo Martínez M. Percepción de las enfermedades raras por el médico de atención primaria. *SEMERGEN*. 2012;38(7): 421-31.
9. Luengo S, Aranda M, De La Fuente M. Enfermedades Raras: Situación y demandas sociosanitarias. Informe 5 del ODC. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.
10. Engel P, Bagal S, Broback M, Boice, N. Physician and Patient Perceptions Regarding Physician Training in Rare Diseases: The Need for Stronger Educational Initiatives for Physicians. *J Rare Disord*. 1(2): <http://www.journalofraredisorders.com/pub/IssuePDFs/Engel.pdf>
11. Ramalle-Gómara E, Ruiz E, Quiñones C, Andrés S, Iruzubieta J, Gil-de-Gómez J. General knowledge and opinion of future health care and non-health care professionals on rare diseases. *J Eval Clin Pract*. 2014;doi:10.1111/jep.12281.
12. García-Ribes M, Ejarque I, Arenas E, Martín V. Nuevos retos: el médico de familia ante las "enfermedades raras". *Aten Primaria*. 2006;37(7): 369-70.

13. Taruscio D, Agresta L, Amato A, Bernardo G, Bernardo L, Braguti F, et al. The Italian National Centre for Rare Diseases: where research and public health translate into action. *Blood Transfus Trsfus Sanguie*. 2014;12 Suppl 3:s591-605.
14. Posada MP, Villaverde-Hueso A, Alonso V, János S, Zurriaga O, Pollán M, et al. Rare diseases epidemiology research. *Adv Exp Med Biol*. 2010;686:17-39
15. Federación Española de Enfermedades Raras. Estudio sobre situación de necesidades socio-sanitarias de las personas con Enfermedades Raras en España. Estudio ENSERio. www.enfermedades-raras.org, 2009.



El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (1), como primera acepción de la palabra evaluar, recoge la definición de “señalar el valor de algo” y como segunda acepción “estimar, apreciar, calcular el valor de algo” y, aún le asigna una tercera acepción para el ámbito educativo.

A tenor de las definiciones citadas, el término a tener presente es “valor”. En este sentido, y continuando con el mismo diccionario, es de destacar dos definiciones de las trece que recoge para el término “valor”: la primera, “grado de utilidad o aptitud de las cosas, para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar o deleite”; y, la tercera “alcance de la significación o importancia de una cosa, acción, palabra o frase”.

Buena parte de los documentos consultados vienen a decir que un plan de salud se somete a evaluación para emitir un juicio sobre él a fin de apreciar su valor. Se trata de dictaminar si las intervenciones realizadas y los recursos movilizados han producido los efectos deseados y, en consecuencia, se han logrado los objetivos previstos. La forma de hacer este proceso lo más objetivo posible es basar la valoración en hechos y utilizando criterios objetivos. (2)

Evaluación: definición, órgano responsable y Plan Anual de Seguimiento y Evaluación

Una definición de evaluación, de las muchas que hay, es la que cita Joan Subirats en *Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración* (1989) “La evaluación es un método de investigación sistemática sobre la configuración de un programa o política determinada, y sobre su implementación y efectividad” (3) Con esta definición se abarca todo el proceso de planificación, es decir, la evaluación debe pronunciarse sobre la configuración del plan, su implementación y sus resultados.

El Decreto 51/2014, de 28 de noviembre, por el que se aprueban las normas para la elaboración y evaluación del III Plan de Salud de La Rioja (1) regula en su artículo 5º que, entre otros, uno de los órganos responsables en la dirección, apoyo y asesoramiento del III Plan de Salud es el Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación que lo define en composición y funciones en el artículo 9º. Las funciones asignadas son:

1. Diseño y aprobación del Plan Anual de Seguimiento y Evaluación del III Plan de Salud.

2. Supervisar los informes anuales de evaluación del III Plan de Salud.
3. Proponer la remisión al Consejo de Dirección del informe anual de evaluación.
4. Proponer la realización de trabajos específicos de evaluación en relación con el III plan de Salud.
5. Proponer cuanto sea adecuado para el correcto desarrollo del cometido del Comité en el marco del III Plan de Salud.

Finalmente, se le asigna al Comité una rendición de cuentas semestral al Consejo de Dirección, en el caso de actividades de seguimiento; y, anual, de los informes de evaluación.

La introducción de estos dos conceptos: seguimiento y evaluación, apuesta por dos tipos de información. De una parte, recogida sistemática de información sobre cómo avanza el plan y su análisis (seguimiento); y, por otra parte, la evaluación, propiamente dicha, que implica la existencia de un examen de los datos obtenidos, una interpretación de la información generada y un análisis de los resultados a fin de facilitar la toma de decisiones en relación con el Plan, a tenor del impacto real del mismo, respecto de lo esperado conseguir.

En este contexto, de la evaluación como generadora de información, resulta especialmente importante determinar en la medida de lo posible qué es lo que realmente o esencialmente se pretende averiguar a través del proceso de evaluación. (3) Y la respuesta a esta cuestión viene determinada por la utilidad de la evaluación y por los diferentes actores interesados en la misma.

El artículo 11 del Decreto 51/2014 (ya citado) plantea que la evaluación abarcará tanto la valoración de la ejecución de las actividades como su efectividad, pertinencia y eficiencia. En este sentido, cabe destacar que las necesidades de recabar información son diferentes en función de qué estamos evaluando. Así, la **valoración de la ejecución** de las acciones mide de una parte la coherencia al relacionar el operativo dispuesto con los objetivos específicos y los recursos utilizados, así como, la **eficiencia** al confrontar los recursos utilizados en el proceso y analizar los resultados obtenidos. Evaluar la **efectividad** se realiza mediante la aclaración de que los resultados obtenidos en la intervención se corresponden con los objetivos señalados. Es decir, en qué medida se obtienen los resultados deseados y se evitan,

o disminuyen, los efectos indeseados. La **pertinencia** la mediremos analizando si los objetivos señalados son los adecuados en relación con el problema o situación de necesidad (línea de intervención) que se pretende mejorar. O, como se refiere a la pertinencia otro autor: se trata de responder a la pregunta en qué medida era necesaria la intervención en cuestión. Otro concepto evaluable es la **utilidad** y que se mide considerando el impacto de los resultados obtenidos en relación con la situación del problema, o de la línea de intervención. La utilidad es un concepto de evaluación a más largo plazo pues requiere de tiempo. (4)

La medición de todos ellos se realizará a partir de los indicadores especificados en el III Plan de Salud. Por este motivo, una vez se constituya el Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación se inicia una secuencia de trabajos muy relevantes: como son, el estudio y análisis pormenorizado de cada indicador a fin de clasificarlo en función de su eficacia para medir los conceptos descritos arriba. Establecer al mismo tiempo un plan de recogida sistemática de los datos necesarios para la construcción del indicador, identificando fuente y operadores que deben aportar la información adecuada para ello. Seguidamente, señalar períodos temporales de recogida de los datos para elaborar la información pertinente y analizar la misma a fin de facilitar recomendaciones que puedan ser útiles en la toma de decisiones respecto del Plan.

Evaluación económica

En este proceso, adquiere, especial relevancia, como política pública que es el III Plan de Salud, la medición de la eficiencia. La evaluación económica es muy importante para la toma de decisiones en relación con la asignación de recursos. Si bien, una definición habitual de "evaluación económica" es la que dice que "...es el análisis comparado de líneas alternativas de acción en función tanto de sus costos como de sus consecuencias" (Drummond et cols 1997; citado en (5)) La evaluación económica es un proceso muy estructurado y bien definido. La eficiencia de las intervenciones del Plan, también deben cotejarse en orden a la **equidad** tratando así, no sólo definir la adecuación en la asignación de recursos, sino que también es preciso considerar cómo se distribuye esta asignación, de forma que la intervención sirva para aminorar las desigualdades. (5)

De las muchas técnicas de análisis económico que existen: aminoración de costes, análisis coste-efectividad, análisis coste-consecuencia, análisis, coste-utilidad y análisis coste-beneficio (5). Interesa definir cual se va abordar porque determina el tipo de preguntas de evaluación que se deben responder y la información que se

precisa para ese tipo de evaluación. Estos extremos se propone sean decididos en el seno del Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación, así como la constitución de un grupo de trabajo específico formado por designación del presidente del Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación y constituido por personas de las áreas de trabajo de presupuesto y gestión económica de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, de los centros provisoros de asistencia sanitaria y de la Dirección General de la Oficina de Control Presupuestario. Este grupo de trabajo tendría la función de valorar económicamente las intervenciones que se proponen en la calendarización que sugiere el Plan Anual de Seguimiento y Evaluación y estudiar su adecuación en los Programas Presupuestarios anuales asignados a cada centro de provisión; valorando, específicamente, la necesidad de aportar nuevos fondos para financiar las actividades nuevas, si fuera preciso, o diseñando un plan de inversión para poder llevar a efecto las recomendaciones indicadas.

Calendarización de la sistemática de trabajo

En principio, está previsto que las recomendaciones propuestas para el logro de los objetivos son de carácter organizativo y de producción propia asumibles su financiación con los fondos que son asignados a cada uno de los centros provisoros en el Programa Anual de Presupuestos. Por otra parte, al no estar calendarizado el logro de los objetivos del III Plan de Salud, cobra especial importancia el Plan Anual de Seguimiento y Evaluación, de forma que la valoración económica se ajustará a esa selección anual de las intervenciones.

Con esta medida se daría respuesta a la necesidad de incorporar la evaluación económica como un instrumento necesario para una correcta toma de decisiones que impliquen asignación de recursos, calidad técnica de la intervención y la disminución de las desigualdades.

En este sentido, en un período no superior a 8 semanas, después de la aprobación y presentación del III Plan de Salud, se deberá disponer, por parte del Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación del Plan Anual 2015 de Seguimiento y Evaluación del III Plan de Salud de La Rioja. Y, en paralelo, se habrá constituido el grupo de trabajo de eficiencia y calidad técnica del III Plan de Salud que, siguiendo las instrucciones del Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación, realizará el análisis económico que corresponda al citado Plan Anual 2015, que deberá presentarse antes del 11 de julio

del 2015 al Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación y su elevación al Consejo de Dirección.

En este marco, antes del 17 de octubre, el Comité de Seguimiento y Evaluación, deberá formular la propuesta del Plan Anual 2016 de Seguimiento y Evaluación. Esta propuesta será estudiada y analizada por el grupo de trabajo de eficiencia y calidad técnica del III Plan de Salud que deberá tener su análisis finalizado para el día 30 de noviembre. Y tras su presentación al Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación, elevarse al Consejo de Dirección para su aprobación. El resto de los ejercicios de vigencia del III Plan de Salud la formulación y análisis económico del Plan Anual de Seguimiento y Evaluación que corresponda debiera seguir, como máximo los plazos señalados, siendo conveniente adelantarlos unas semanas.

Con este despliegue, se atiende a los tres tipos de perspectivas que pueden adoptarse en relación con la evaluación, que son: la perspectiva gerencial, que pretende conocer la efectividad de la intervención, el grado de satisfacción y el nivel de eficiencia. La perspectiva política cuya pretensión suele centrarse en responder adecuadamente a la demanda, atender las necesidades y lograr un éxito de participación de los diferentes actores implicados. Y, finalmente, la perspectiva legal, que pretende garantizar la equidad en cuanto a igual necesidad, igual acceso (justicia), el respeto al principio de legalidad y el respeto a todos los afectados por la situación a mejorar (3).

Es indudable que en toda evaluación hay muy diversos intereses, pero son fundamentalmente los intereses de quienes patrocinan la propia evaluación, la de los gestores de los centros que deben implementar y ejecutar las recomendaciones, y contribuir así al logro de los objetivos, y los del personal que directamente está como *staff* en la ejecución de la recomendación los más implicados en el resultado de la evaluación (3). Esto ocurre porque son los que más intereses tienen en mejorar la ejecución y el impacto de lo realizado.

La evaluación no es sino un *input* más en el proceso de decisión (3); sin embargo, si logramos hacer la misma con la calidad técnica adecuada y respondiendo a las interrogantes de cada uno de los actores interesados, mejoraremos su impacto, porque evaluar implica juzgar y puede comportar o exigir un cierto cambio en el diseño, implementación y medición de las intervenciones objeto de estudio.



Bibliografía

1. El Diccionario de la lengua española (DRAE) es la obra de referencia de la Academia. La última edición es la 23.^a, publicada en octubre de 2014. Mientras se trabaja en la edición digital, que estará disponible próximamente, esta versión electrónica permite acceder al contenido de la 22.^a edición y las enmiendas incorporadas hasta 2012. Consultada en <http://lema.rae.es/drae/>.
2. Abramson, J.H. Métodos de estudio en Medicina Comunitaria. Ediciones Díaz de Santos S.A.1990. Madrid.
3. Joan Subirats. Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración. Ministerio para las Administraciones Públicas. Instituto Nacional de Administración Pública. 1^a edición, 1989 2^a reimpresión (1993) Madrid. (pág. 139)
4. Recommendations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé. Direction générale de la santé. Secrétariat généraux. Diciembre 2009. Accesible e.: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandation_V_FINALE.pdf
5. Salazar, L. de, Jackson, S., Shield, A., Rice, M.: Guía de evaluación económica en Promoción de la Salud. OPS. 2007. Washington. Accesible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/EvalEcoProm.pdf>



Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
Hábitos, estilos de vida y protección de la salud		
1. Promover entornos y estilos de vida saludables que permitan mejorar la salud y la calidad de vida en la población de La Rioja.	1.1. Aumentar en un 5% la población que realiza la actividad física recomendada por la OMS, para todos los grupos de edad y en ambos sexos.	1. Prevalencia de sedentarismo en población infantil y adulta por sexo (Fuente: ENSE; IPAQ).
	1.2. Reducir en un 5% el sedentarismo en todos los grupos de edad y en ambos sexos.	2. Prevalencia de población que realiza actividad física alta, moderada y baja por sexo (Fuente: ENSE; IPAQ).
	1.3. Disminuir las diferencias encontradas por sexo y condición social en la práctica de actividad física.	3. Prevalencia de población infantil activa y que realiza actividad física regular en el tiempo libre (5-14 años) por sexo (Fuente: ENSE, IPAQ).
	1.4. Reducir un 2,5% la población adulta con sobrepeso y obesidad.	4. Porcentaje de población de 2 a 17 años y de 18 y más años, por sexo con sobrepeso y obesidad (ENSE).
	1.5. Reducir un 2,5% la población infantil y juvenil con sobrepeso y obesidad.	5. Porcentaje de niños y niñas que inician y mantienen la lactancia materna hasta los 6 meses. (HCE).
	1.6. Incrementar un 5% la prevalencia de lactancia materna hasta los 6 meses.	6. Porcentaje de población que toma fruta, verduras y hortalizas diariamente (ENSE).
	1.7. Incrementar un 2,5% la población que consume diariamente fruta, verdura y hortaliza.	7. Porcentaje de población que consume diariamente carne y/o derivados y dulces (ENSE).
	1.8. Reducir un 2% la población que consume carne, embutidos, fiambres y dulces diariamente.	8. Prevalencia del consumo de tabaco entre la población de 14 a 18 años por edad y sexo. (ESTUDES).
	1.9. Reducir en un 3% la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de 14 a 18 años.	9. Prevalencia de fumadores en población de 15 a 64 años por edad y sexo. (EDADES, ENSE).
	1.10. Reducir en un 3% la prevalencia de consumo de tabaco en población mayor de 16 años.	10. Porcentaje de población riojana ex-fumadora (EDADES-La Rioja).
	1.11. Prevenir la exposición al humo de tabaco de la población riojana.	11. Porcentaje de centros sanitarios, docentes y laborales acreditados como espacios sin humo. (Servicio Drogodependencias).
	1.12. Implementar la deshabituación tabáquica en las consultas de Atención Primaria	12. Número de centros de salud en los que se ha implantado programas de deshabituación tabáquica (SELENE).
	1.13. Reducir un 5% el consumo de alcohol en la población.	13. Prevalencia del consumo de alcohol en población juvenil y adulta por edad y sexo. (ENSE, ESTUDES, EDADES...).
	1.14. Reducir un 5% la prevalencia de borracheras y binge drinking en la población de 14-18 años.	14. Prevalencia de borracheras y binge drinking en la población de 14-18 años. (ESTUDES)
	1.15. Reducir un 5% la prevalencia de consumidores de riesgo de bebidas alcohólicas.	15. Porcentaje de bebedores de riesgo en la población de 16 y más años, por sexo (ENSE).
	1.16. Incrementar la detección y derivación a los recursos apropiados a las personas dependientes del alcohol.	16. Porcentaje de pacientes con problemas de alcohol derivados a otros recursos asistenciales (Unidades de Salud Mental y Asociaciones).
	1.17. Disminuir la prevalencia en el consumo de las distintas drogas ilegales entre la población de La Rioja, especialmente entre la población juvenil.	17. Prevalencia del consumo de las distintas drogas por edad y sexo. (EDADES, ESTUDES)
	1.18. Incrementar la detección y derivación a los recursos apropiados de las personas con problemas de adicción.	18. Porcentaje de personas con problemas de adicción derivadas a los recursos apropiados.
	1.19. Favorecer estrategias que proporcionen a la población información alimentaria clara y comprensible y con evidencia científica.	19. Número de muestras tomadas cada año.
	1.20. Evitar que se comercialicen alimentos que, por carecer de la información necesaria, puedan ser causa de reacciones alérgicas.	



Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
2. Potenciar políticas públicas que contribuyan a aumentar la salud de la población a través del trabajo conjunto de los diferentes sectores.	2.21. Impulsar el desarrollo de la Evaluación del Impacto en Salud como herramienta estratégica esencial para avanzar en la formulación de políticas, planes, programas y proyectos más saludables.	20. Número de proyectos con aspectos de impacto en la salud.
	2.22. Fomentar que los responsables de la formulación de políticas sean conscientes y comprendan las posibles repercusiones de las distintas políticas sectoriales sobre la salud.	21. Número de reuniones del equipo.
	2.23. Impulsar la coordinación institucional y la participación de salud pública en el diálogo sobre políticas y en la aplicación del enfoque de la salud en todas las políticas.	22. Número de documentos elaborados para la guía.
		23. Número de comisiones con representante de salud pública.
		24. Número de acciones de información/formación
		25. Número de publicaciones en cualquier soporte.
	26. Número de acciones de asesoramiento, formación e información en cualquier formato	
Cáncer		
3. Reducir la incidencia por cáncer.	3.24. Difundir el Código Europeo Contra el Cáncer (CECC).	27. Número de veces que se haya accedido a las recomendaciones del CECC desde las pestañas habilitadas para la consulta de ciudadanos y profesionales en la web de Riojasalud.
	3.25. Mantener una cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) superior al 90%.	28. Tasa de incidencia del cáncer (pulmón, mama, colorrectal, ORL, vejiga, estómago) ajustada a la población europea.
		29. Cobertura de vacunación contra el Virus Papiloma Humano.
4. Disminuir la morbimortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.	4.26. Mejorar el rendimiento de los programas de cribado de cáncer de mama, cáncer de cuello de útero y cáncer colorrectal.	30. Participación en el programa de detección precoz del cáncer de mama.
	4.27. Mejorar la atención al cáncer pediátrico.	31. Proporción de pruebas adicionales ante sospecha de cáncer de mama.
	4.28. Garantizar a los pacientes y los familiares con sospecha de cáncer hereditario el acceso a un diagnóstico y consejo genético de calidad.	32. Tasa de detección de cáncer de mama.
	4.29. Proporcionar atención psicológica y social a los pacientes con cáncer y a sus familiares.	33. Porcentaje de mujeres con citología realizada.
		34. Porcentaje de mujeres con citología positiva/citologías realizadas.
		35. Porcentaje de mujeres vacunadas contra el VPH.
		36. Participación en el programa de detección precoz de cáncer de colon.
		37. Proporción de test de sangre oculta en heces positivo.
		38. Tasa de detección de adenomas de alto riesgo.
		39. Tasa de detección de cáncer colorrectal.
		40. Informes emitidos por el grupo de trabajo sobre la oportunidad de implementación de un programa de cribado de cáncer de pulmón y conclusiones de los mismos.
	41. Porcentaje de niños diagnosticados de cáncer remitidos a una Unidad de Oncología Pediátrica.	

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
		42. Número de actividades formativas en cáncer pediátrico, dirigidas a los profesionales de la salud implicados.
		43. Porcentaje de niños diagnosticados de cáncer atendidos en la Unidad de cuidados Paliativos.
		44. Número de determinaciones genéticas de BRCA 1-2 realizadas.
		45. Número de pacientes con tumores que hacen sospechar un Síndrome de Lynch sometidos a pruebas de inmuno-histoquímica para determinación de los genes MLH-1, MSH-2, MSH-6 y PMS-2.
		46. Número de personas evaluadas en unidades de consejo genético.
		47. Porcentaje de pacientes a los que se les ha prestado apoyo psicológico.
5. Mejorar la calidad asistencial del paciente oncológico.	5.30. Proporcionar al paciente con diagnóstico de cáncer, un sistema organizativo que garantice su beneficio de la mejor metodología diagnóstica y más adecuado tratamiento.	48. Tiempo medio entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.
	5.31. Garantizar a todo paciente con sospecha de cáncer un proceso de diagnóstico rápido, efectivo y eficiente.	49. Relación de médico/paciente nuevo año en Oncología Médica.
	5.32. El tiempo total desde el diagnóstico definitivo: histopatológico, citológico-inmunofenotípico y/o citogenética-molecular (incluidas las pruebas necesarias para tomar una decisión terapéutica) al inicio del tratamiento, no debe ser superior a 3 semanas.	50. Relación de médico/paciente nuevo año en Oncología Radioterápica.
	5.33. Mejorar la satisfacción del paciente oncológico y de sus familiares con la atención sanitaria recibida con motivo de la enfermedad que padezca.	51. Número de pacientes derivados a la Unidad de Cuidados Paliativos que fallecen con diagnóstico cáncer.
	5.34. Protocolizar la integración de la Unidad de Cuidados Paliativos en los distintos procesos oncológicos.	52. Tasa de mortalidad por cáncer.
		53. Tasa de mortalidad prematura por cáncer.
		54. Razón de supervivencia poblacional observada tras cáncer en el adulto.
		55. Resultados de la encuesta de satisfacción del paciente oncológico.
	56. Porcentaje de informes con diagnóstico, estadio TNM, y el plan terapéutico en relación con el total de informes emitidos.	
Cronicidad y calidad de vida		
6. Mejorar la calidad de vida y facilitar a las personas con patología crónica el mayor grado posible de autonomía e independencia en la actividad diaria.	6.35. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el conjunto de la población mediante el desarrollo de intervenciones sobre los estilos de vida y los factores de riesgo.	57. Proporción de pacientes crónicos que reciben prescripción de hábitos saludables recogido en el gestor de crónicos.
	6.36. Desarrollar una atención integrada continua en el desarrollo de la enfermedad, entre niveles sanitarios y en relación con ámbito sociosanitario.	58. Profesionales que han realizado cursos específicos sobre salud diferencial y estilos de vida
	6.37. Fomentar la autogestión de la enfermedad a través de la participación del paciente y su familia en el cuidado y en el seguimiento.	59. Número de profesionales que se han formado en atención al paciente crónico por nivel de atención.
		60. Reingresos de paciente crónicos
		61. Mortalidad de pacientes incluidos en el programa de crónicos
		62. Tiempo entre descompensaciones de un paciente que requieren ingreso.



Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
		63. Número de grupos de trabajo con expertos de los diferentes ámbitos para consensuar acciones
		64. Número de talleres de educación realizados que incluyan la dimensión psicosocial
		65. Número de talleres de educación para la salud grupales con implicación de la trabajadora social.
		66. Porcentaje de personas con enfermedad crónica clasificadas en la escala de Kaiser en los niveles 2 y 3 cuya puntuación social ha sido valorada cada año.
		67. Prevalencia de pacientes en diferentes niveles de estratificación del riesgo
		68. Prevalencia de pacientes crónicos con factores de riesgo
		69. Numero de interconsultas On-line
		70. Número de canales de consulta rápida (teléfono, correo electrónico) creados.
		71. Porcentaje de pacientes crónicos formados en su proceso de enfermedad.
		72. Porcentaje de pacientes con educación relativa al manejo del tratamiento para su enfermedad
		73. Número de pacientes expertos
		74. Reuniones realizadas entre profesionales sociosanitarios y asociaciones de pacientes crónicos cuyo eje principal sea la educación.
		75. Porcentaje de pacientes crónicos formados en adherencia al tratamiento
		76. Número de cuidadores formados en el manejo de crónicos
		77. Proporción de pacientes crónicos polimedcados con 5 ó más fármacos
		78. Gasto farmacéutico
		79. Aplicación del formulario para conocer la adherencia al tratamiento.
Demencias		
7. Mejorar la atención integral a los pacientes con demencia que permita mejorar su calidad de vida y la de sus cuidadores y basada en la mejor evidencia posible.	7.38. Prevenir los factores asociados a la aparición de demencia.	80. Porcentaje de diagnósticos hechos en fases iniciales respecto del número total de diagnósticos.
	7.39. Impulsar la detección precoz de la demencia.	81. Número de vías clínicas/protocolos implantados/planes de cuidados.
	7.40. Prestar la mejor atención sanitaria y social al paciente con demencia, a las personas que les cuidan y a los familiares.	82. Porcentaje de pacientes con demencia institucionalizados.
	7.41. Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario y social para atender adecuadamente las necesidades de las personas que padecen demencia.	83. Porcentaje de pacientes con demencia que ingresan en el hospital.
	7.42. Potenciar la investigación epidemiológica, básica, clínica traslacional y de servicios en demencia.	84. Porcentaje de muertes por demencia.
		85. Porcentaje de pacientes que han recibido estimulación cognitiva.
		86. Porcentaje de cuidadores con sobrecarga.
		87. Porcentaje de pacientes con demencia cuyo motivo de ingreso es: Agotamiento familiar o sobrecarga.
		88. Porcentaje de pacientes con demencia atendidos por cuidados paliativos.
		89. Porcentaje de pacientes satisfechos con la atención médica especializada.

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
		90. Número de cursos de formación en demencia incluidos en el Programa de Formación Continuada del SERIS.
		91. N° de profesionales que han participado en cursos con temas relacionados con demencias.
		92. Puesta en marcha de un registro de demencias.
		93. Número de proyectos de investigación en demencia.
Diabetes		
8. Promoción de estilos de vida saludable y prevención de la diabetes, encaminadas a disminuir los factores de riesgo modificables más importantes como son la obesidad, el sedentarismo y la dieta poco saludable.	8.43. Disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil y adulta.	94. Prevalencia de sobrepeso.
	8.44. Aumentar el porcentaje de población que realiza actividad física.	95. Prevalencia de obesidad.
	8.45. Promover la lactancia materna.	96. Prevalencia de sedentarismo.
	8.46. Mejorar entre la población general el conocimiento sobre diabetes, los factores de riesgo implicados y su prevención.	97. Porcentaje de niños y niñas que han recibido lactancia materna durante al menos 6 meses.
9. Reducir la morbi-mortalidad de los pacientes con diabetes y mejorar su calidad de vida.	9.47. Propiciar el diagnóstico precoz de DM	98. Número de nuevos casos por año
	9.48. Fomentar una asistencia integrada de las personas con diabetes para mejorar el control de la enfermedad mediante la coordinación de todos los ámbitos implicados: sanitario, social y comunitario.	99. Cobertura de cribado de diabetes en > 45 años.
	9.49. Disminuir la morbilidad por complicaciones.	100. Número de actuaciones conjuntas establecidas en la Comisión Asesora.
	9.50. Disminuir la morbimortalidad materno-fetal mediante la optimización de la atención de la diabetes gestacional (DMG).	101. Porcentaje de pacientes con diabetes entre el total de pacientes atendidos en el Área
	9.51. Ofrecer Educación Terapéutica en Diabetes (ETD) para favorecer el autocontrol a todas las personas con diabetes y/o sus cuidadores a lo largo del curso de su ciclo vital.	102. Proporción de pacientes diabéticos con al menos dos tests de HbA1c al año.
		103. Proporción de analíticas sanguíneas de pacientes diabéticos con cifras de HbA1c < 7%
		104. Proporción de analíticas sanguíneas de pacientes diabéticos con cifras de HbA1c > 9%
		105. Proporción de pacientes diabéticos fumadores
		106. Proporción de pacientes diabéticos con registro de IMC en la historia clínica al menos una vez al año.
		107. Proporción de pacientes diabéticos con registro de TA en la historia clínica al menos dos veces al año.
		108. Proporción de pacientes diabéticos con buen control TA (TA < 140/90)
		109. Proporción de pacientes diabéticos con registro de LDL-C en la historia clínica al menos una vez al año
	110. Proporción de analíticas sanguíneas de pacientes diabéticos con cifras de Colesterol LDL < 100 mg/dl	
	111. Número de centros escolares que dispongan del protocolo específico de DM1 en la escuela	
	112. Porcentaje de pacientes diabéticos con registro de exploración de fondo de ojo en la historia clínica en los dos últimos años.	



Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
		113. Proporción de analíticas sanguíneas de pacientes diabéticos con determinación de cociente albúmina/creatinina urinaria y filtrado glomerular en el último año.
		114. Porcentaje de pacientes diabéticos con registro de exploración del pie en la historia clínica en el último año.
		115. Porcentaje de altas hospitalarias en pacientes diabéticos por complicaciones agudas de su diabetes
		116. Porcentaje de pacientes con DM con vitrectomía.
		117. Porcentaje de pacientes diabéticos con enfermedad renal crónica terminal.
		118. Tasa de altas por amputaciones de EEII en diabéticos
		119. Tasa de hospitalización por ictus en pacientes diabéticos
		120. Tasa de hospitalización por Infarto Agudo de Miocardio en pacientes diabéticos
		121. Porcentaje de diabetes gestacional respecto a todas las gestantes.
		122. Porcentaje de gestantes a las que se ha realizado cribado adecuado de diabetes Gestacional.
		123. Porcentaje de macrosomías en DMG
		124. Porcentaje de pacientes con diabetes gestacional que se han realizado SOG de 75 gramos a partir de las 6 semanas postparto.
		125. Porcentaje de personas con diabetes que han participado en al menos un programa de educación.
		126. Proporción de centros de salud y hospitales con ETD grupal
		127. Número de centros sanitarios que tienen identificados profesionales responsables de la educación.
10. Mejorar la formación de los profesionales y fomentar la investigación.	10.52. Promover la formación continuada sobre DM tanto en AP como en AE	128. Número de profesionales formados en cursos acreditados de formación continuada sobre DM tanto en AP como AE.
	10.53. Fomentar la investigación epidemiológica, básica y clínica en diabetes	129. Número de actividades de formación específica para profesionales sobre metodología educativa para impartir educación terapéutica a los pacientes que se han realizado.
		130. Número de proyectos de investigación sobre diabetes donde existe colaboración entre Atención Primaria y Especializada.
Discapacidad		
11. Conocer aspectos específicos de la salud de la población con discapacidad.	11.54. Fomentar la inclusión de datos relativos a la discapacidad en los sistemas de información sanitaria en todos los grupos de edad.	131. Número de personas con discapacidad registradas en el sistema de salud.
	11.55. Fomentar la recogida de factores de riesgo de discapacidad.	132. Porcentaje de personas discapacitadas a las que se les ha rellenado el formulario de discapacidad.
	11.56. Conocer aspectos subjetivos propios de la persona discapacitada.	133. Porcentaje de encuestas de autopercepción realizadas respecto al número total de discapacitados.
		134. Porcentaje de personas con discapacidad registradas en el sistema de salud respecto al total de la población. (Indicador de general de resultado).

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
12. Garantizar la prevención, detección y diagnóstico precoz a las personas con discapacidad.	12.57. Mantenimiento, mejora y puesta en marcha de los programas de prevención primaria y detección precoz de deficiencias.	135. Número de niños atendidos en Atención Temprana en programa de seguimiento y tratamiento
	12.58. Mantenimiento y puesta en marcha de programas de prevención secundaria ante la situación de discapacidad establecida.	136. Porcentaje de niños en riesgo biológico y social respecto al total de niños atendidos en Atención temprana.
	12.59. Desarrollar un programa de prevención de la salud específico de atención al discapacitado sin enfermedad desde atención primaria para aumentar su salud, reducir el riesgo de deterioro inespecífico y reducir el número de ingresos hospitalarios.	137. Número de casos índice detectados en el asesoramiento genético al año.
		138. Número de campañas de promoción y prevención de salud realizadas al año.
		139. Número de plagiocefalias detectadas antes y después de la campaña de prevención.
		140. Número de consultas en Atención Primaria realizadas antes y después de la Escuela de espalda.
		141. Número de campañas de prevención secundaria realizadas por año.
		142. Número de personas con discapacidad que acceden al programa de atención domiciliaria respecto al total de personas con discapacidad registradas en salud.
		143. Número de consultas solicitadas por las personas con discapacidad al programa de atención domiciliaria respecto al total de personas discapacitadas incluidas en el programa de atención domiciliaria por año. (Indicador general de resultado).
		144. Número de ingresos hospitalarios en el paciente discapacitado.
	145. Índice de mortalidad del discapacitado respecto al total de discapacitados registrados.	
13. Mejorar el tratamiento y la capacidad de la asistencia sanitaria al discapacitado.	13.60. Fomentar la puesta en marcha y mejora de programas de rehabilitación funcional encaminados a minimizar las consecuencias de la discapacidad, así como, favorecer la autonomía e independencia del paciente. (11)	146. Porcentaje de pacientes afectados de EPOC en grado moderado severo que han accedido al programa de rehabilitación respiratoria respecto al total de pacientes EPOC en dicho grado.
	13.61. Mejorar en el seguimiento del niño discapacitado en la transición a la adolescencia y la edad adulta, asegurando la continuidad de la atención.	147. Número de ingresos hospitalarios por reagudización del EPOC.
	13.62. Garantizar la accesibilidad y la adecuada adaptación a las ayudas técnicas. (17)	148. Días de demora en el acceso a tratamientos de Rehabilitación
	13.63. Formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios y de otros ámbitos relacionados en aspectos referentes a la discapacidad	149. Porcentaje de discapacitados adolescentes (entre 15 y 20 años) en seguimiento en A. primaria respecto a los que fueron detectados entre los 0-6 años.
	13.64. Informar sobre los recursos disponibles a los profesionales sanitarios, pacientes y familiares.	150. Porcentaje de profesionales (médicos, enfermeras...) que han recibido información relativa a las ayudas técnicas respecto al total de profesionales.
	13.65. Protocolizar la derivación del paciente con discapacidad tanto entre los distintos ámbitos de Salud (especializada y primaria), como desde el Servicio de Salud a Servicios Sociales o Educación, desarrollando programas de coordinación entre distintas instituciones para facilitar la accesibilidad a los distintos recursos.	151. Número de documentos elaborados y campañas formativas realizadas.



Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
		152. Porcentaje de mejora en el conocimiento de los recursos disponibles en la comunidad por los profesionales relacionados con la discapacidad antes y después de la campaña de divulgación.
		153. Número de profesionales de referencia establecidos.
		154. Número de protocolos implantados.
Enfermedades cardiovasculares		
14. Implementar estrategias de prevención primaria que contribuyan a evitar la aparición de la Hipertensión Arterial y Dislipemia, reduciendo los factores de riesgo asociados: tabaco, alcohol, sedentarismo y alimentación inapropiada.	14.66. Disminuir las desigualdades en salud, a través de la captación y extensión de las actividades a la población más desfavorecida y con elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.	155. Numero de colaboraciones con las asociaciones de colectivos desfavorecidos para la detección y control de factores de riesgo.
15. Mejorar el diagnóstico y tratamiento precoz así como el grado de control de la HTA y la dislipemia.	15.67. Realizar detección oportunista de hipertensión y dislipemia al menos al 60% de personas que acuden a las consultas de Atención primaria, y en los pacientes diagnosticados que lo precisen o que cumplan criterios de derivación, a las Unidades de Lípidos o de Hipertensión de referencia.	156. Prevalencia de personas hipertensas. Porcentaje y tasa de personas diagnosticadas entre la población general y según nivel asistencial, sexo y edad. Al finalizar la vigencia del Plan.
	15.68. Mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico en el 60% de las personas diagnosticadas de HTA y dislipemias mediante un programa de tratamiento y seguimiento protocolizado.	157. Prevalencia de personas con dislipemias. Porcentaje y tasa de personas diagnosticadas entre la población general y según el nivel asistencial sexo y edad. Al finalizar la vigencia del Plan.
	15.69. Obtener al menos un 60% de pacientes hipertensos y dislipémicos bien controlados, de acuerdo a las cifras actualmente recomendadas en las Guías de práctica clínica vigentes.	158. Porcentaje de población adulta que tiene al menos realizada y registrada una prueba diagnóstica de tensión arterial cinco años antes hasta los 40 años y dos años antes de la recogida de información si es mayor de esta edad.
	15.70. Realizar una búsqueda sistematizada de lesiones de órgano diana o enfermedad subclínica en el 80% de los pacientes hipertensos diagnosticados.	159. Tasa de abandono de tratamiento farmacológico en las personas con prescripción de tratamiento, desglosado según el factor de riesgo cardiovascular (dislipemia e hipertensión).
	15.71. Proporcionar, desde las consultas de Atención Primaria, al 80% de las personas diagnosticadas de hipertensión y/o dislipemia información individualizada sobre los factores de riesgo asociados (alimentación, actividad física, tabaco y alcohol) y vincular los recursos sanitarios y comunitarios a las consultas de Atención Primaria.	160. Porcentaje de personas diagnosticadas que reciben consejo integral principalmente en las consultas de enfermería de atención primaria y según factor de riesgo a abordar.
	15.72. Incluir en el 80% de pacientes hipertensos diagnosticados una valoración de riesgo cardiovascular.	161. Proporción de pacientes hipertensos con registro de TA < 140/90 mmHg.
		162. Número de proyectos de investigación sobre HTA llevados a cabo en el periodo.
		163. Número de pacientes a los que se realiza cribado diagnóstico de Dislipemias Familiares.
		164. Número y porcentaje de pacientes a los que se confirma el diagnóstico de Dislipemia Familiar.
		165. Porcentaje de pacientes que reciben tratamiento dietético y farmacológico para la Dislipemia familiar.
	166. Proporción de pacientes tratados que consiguen objetivos de LDL.	

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
16. Potenciar la autonomía de las personas diagnosticadas en su autocuidado y en la gestión de su salud (paciente activo), al objeto de prevenir complicaciones y restablecer la salud.	16.73. Capacitar y empoderar al 80% de las personas diagnosticadas y con tensión normal elevada (130-139 y 85-89) en su autocuidado.	167. Porcentaje de personas con tensión normal elevada (130-139 y 85-89) a las que se educado para su autocuidado.
	16.74. Disminuir al menos en un 20% la cifra actual de ingresos hospitalarios derivados de complicaciones de la enfermedad hipertensiva en nuestra Comunidad.	168. Porcentaje de ingresos hospitalarios derivados de complicaciones de la enfermedad hipertensiva en nuestra Comunidad.
17. Mejorar el diagnóstico de la enfermedad, potenciando el diagnóstico precoz cuando existan signos y síntomas compatibles con Insuficiencia cardíaca.	17.75. Disminuir los pacientes que son diagnosticados en fases tardías de la enfermedad, aumentando los diagnósticos en fases precoces.	169. Número de pacientes incluidos en el registro de IC a través de la historia clínica electrónica.
	17.76. Posibilitar la realización de las pruebas diagnósticas de imagen (Ecocardiograma), especialmente en pacientes con afectación hemodinámica o respiratorias severas, lo más precozmente posible.	170. Edad media de diagnóstico de la enfermedad IC.
18. Mejorar la calidad de vida del paciente con IC.	18.77. Disminuir el nº de ingresos y reingresos hospitalarios por IC.	171. Porcentaje de pacientes con sospecha clínica de IC a los que se determina pro-BNP en atención primaria.
	18.78. Promover el autocuidado de los pacientes con IC.	172. Número de pacientes con IC incluidos en el nivel 3 de la Pirámide de Káiser para IC.
	18.79. Mejorar la capacidad funcional de los pacientes con IC.	173. Número de pacientes con formulario completo para para la Insuficiencia Cardíaca.
	18.80. Optimizar la accesibilidad a la red asistencial tanto en atención primaria como en atención especializada.	174. Número de ingresos hospitalarios anuales por IC como diagnóstico principal.
19. Disminuir la morbilidad y mortalidad por Insuficiencia cardíaca.	19.81. Mejorar las medidas higiénico dietéticas del tratamiento de la IC en la población de pacientes.	175. Número de reingresos hospitalarios anuales por IC y por paciente como diagnóstico principal.
	19.82. Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes con IC.	176. Número de Pacientes y Cuidadores que han recibido sesiones formativas acerca de la enfermedad, tratamiento, y cuidados.
	19.83. Mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico.	177. Porcentaje de pacientes que mejoran la clase funcional de la NYHA (New York Heart
	19.84. Optimizar el tratamiento no farmacológico de los pacientes con IC, adecuando la terapia según las indicaciones de la terapia estimulación cardíaca (TRC) (Terapia de Resincronización Cardíaca), prevención de muerte súbita (DAI) (Desfibrilador Automático Implantable), o Trasplante cardíaco.	178. Número de pacientes con IC atendidos por enfermería de atención primaria.
	19.85. Mejorar el registro de insuficiencia cardíaca tanto en atención primaria como especializada.	179. Número ecocardiogramas urgentes realizados en pacientes con IC o shock cardiogénico.
	19.86. Posibilidad de diagnosticar pacientes en situación de shock cardiogénico o edema agudo de pulmón, en horario de atención continuada, para detectar precozmente patologías que requieran intervención quirúrgica o revascularización percutánea urgentes.	180. Número de diagnósticos urgentes, en pacientes con IC, de cardiopatías que precisan una corrección quirúrgica urgente.
		181. Porcentaje de pacientes con IC que reciben tratamiento con IECA (inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina), Betabloqueantes, antagonistas de la Aldosterona.
		182. Número y porcentaje de pacientes con IC y disfunción sistólica severa que reciben TRC.
		183. Número y porcentaje de Pacientes con IC y disfunción sistólica severa que reciben DAI.
		184. Número de pacientes Trasplantados de corazón o en lista de espera para trasplante que tienen seguimiento en la unidad de IC.
	185. Mortalidad hospitalaria por IC.	
	186. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes/año debida a IC.	



Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
		187. Número de pacientes atendidos en la unidad de IC o en el hospital de día de IC.
20. Disminuir la morbimortalidad por CI en la comunidad autónoma La Rioja.	20.87. Mejorar la asistencia a los pacientes que sufren un episodio de muerte súbita en la Comunidad Autónoma de la Rioja.	188. Número de ingresos hospitalarios anuales por Cardiopatía Isquémica como diagnóstico principal.
	20.88. Aumentar la supervivencia del paciente en shock cardiogénico.	189. Número de ingresos hospitalarios anuales por SCACEST, IAM con elevación del ST, como diagnóstico principal.
	20.89. Aumentar el porcentaje de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) que reciben algún tratamiento de reperfusión.	190. Número de ingresos hospitalarios anuales por SCACEST, IAM sin elevación del ST, como diagnóstico principal.
	20.90. Aumentar el número de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) a los que se les realiza angiografía durante el ingreso.	191. Número de "Códigos Infarto" anuales activados en La Rioja.
	20.91. Aplicar precozmente la terapia de reperfusión más adecuada en el Infarto Agudo de miocardio.	192. Número y porcentaje de pacientes con diagnóstico de SCACEST, IAM con elevación del ST, que han recibido terapia de reperfusión.
	20.92. Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes con CI crónica.	193. Número y porcentaje de pacientes con diagnóstico de SCACEST, IAM con elevación del ST, a los que se les ha realizado ICP primaria.
21. Mejorar la calidad de vida y la calidad asistencial en la atención del paciente con Cardiopatía isquémica.	21.93. Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para proporcionar una atención integral al paciente con enfermedades cardiovasculares.	194. Tiempo de llamada desde el inicio de los síntomas de dolor torácico en el IAM con elevación del ST.
	21.94. Seguimiento óptimo de los pacientes con CI crónica, en coordinación con Atención Primaria. Potenciar el control de los factores de riesgo cardiovascular y la promoción de la Salud Cardiovascular.	195. Tiempo de acceso a terapia de reperfusión desde aviso a Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA).
	21.95. Potenciar el control de los factores de riesgo cardiovascular y la promoción de la salud cardiovascular.	196. Mortalidad hospitalaria por IAM con elevación del ST.
	21.96. Concienciar al colectivo médico de la importancia y repercusión de la enfermedad cardiovascular en la mujer.	197. Mortalidad hospitalaria por SCASEST, IAM sin elevación del ST.
		198. Mortalidad hospitalaria por cardiopatía Isquémica.
		199. Numero de paradas cardiorrespiratorias (PCR) extrahospitalarias atendidas.
		200. Porcentaje de pacientes con PCR extrahospitalaria que sobreviven sin secuelas neurológicas.
		201. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes/año por CI.
		202. Número de consultas desde atención primaria, de pacientes con diagnóstico de Cardiopatía isquémica crónica.
		203. Numero de DUE y pacientes que reciben cursos de formación en Cardiopatía Isquémica aguda y crónica.
22. Disminuir la morbilidad y la mortalidad de pacientes que precisen la implantación de un dispositivo de estimulación cardíaca.	22.97. Realizar los implantes de dispositivos de estimulación (especialmente marcapasos) en el plazo de 24-48 horas desde su indicación, para los pacientes ingresados.	205. Demora media en la implantación de distintos dispositivos de estimulación (DAI; MP;TRC)en pacientes ingresados y desde su indicación.
	22.98. Realizar los implantes de dispositivos de estimulación, de pacientes ambulatorios en lista de espera en plazo aproximado de 1-2 semanas.	206. Porcentaje de pacientes hospitalizados con indicación de marcapasos a los que se les realiza en un plazo inferior a 48h.

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
	22.99. Aumentar la oferta y/o realización de procedimientos de resincronización, según las guías internacionales y tomando una decisión consensuada en sesión clínica de manera individual para cada paciente.	207. Demora media en la implantación de distintos dispositivos de estimulación (DAI; MP;TRC)en pacientes ambulatorios y desde su indicación.
23. Disminuir el tiempo de respuesta para realizar una cardioversión eléctrica.	23.100. Reducir el número de Cardioversiones Eléctricas Programadas y no realizadas por anticoagulación no óptima.	208. Porcentaje de pacientes en lista de espera para implante o recambio de marcapasos a los que se les realiza en un plazo inferior una semana.
24. Disminuir las complicaciones embólicas de la Fibrilación auricular así como las complicaciones hemorrágicas derivadas del tratamiento anticoagulante de la misma.	24.101. Optimizar la terapia anticoagulante oral para cada paciente de acuerdo a sus características clínicas y su posterior control.	209. Porcentaje de pacientes citados en consulta de marcapasos con los datos integrados en selene.
		210. Porcentaje de pacientes programados para CVE, con anticoagulación óptima a los que se realiza el procedimiento.
		211. Porcentaje de pacientes en fibrilación auricular con TRT inadecuado en que se inicia NACO.
		212. Porcentaje de pacientes en fibrilación auricular con Antivitamina K que sufren complicaciones embolicas o hemorrágicas a los que se sustituye por NACOs.
Enfermedades cerebrovasculares		
25. Reducir la morbimortalidad por enfermedad cerebrovascular.	25.102. Reducir la incidencia.	213. Tasas de Incidencia de enfermedad cerebrovascular por 100.000 habitantes por año en La Rioja.
	25.103. Mejorar la atención al ictus agudo.	214. Porcentaje de personas mayores de 14 años identificadas en A.P con algún factor de riesgo vascular.
	25.104. Reducir recurrencias.	215. Tasa de mortalidad general por ictus.
		216. Mortalidad a los 7 días por enfermedad cerebrovascular.
		217. Porcentaje de pacientes en los que se realiza consulta a través de telemedicina.
		218. Existencia de protocolo consensuado de derivación para tratamiento endovascular al Centro Terciario en Ictus más próximo (SI/ NO).
		219. Existencia de herramienta desde AP que permita comprobar adhesión a tratamiento médico (SI/NO).
		220. Porcentaje de pacientes con ictus seguidos en consultas externas de Neurología al año del evento.
26. Disminuir la discapacidad tras el Ictus.	26.105. Incrementar el tratamiento rehabilitador multidisciplinar.	222. Porcentaje de pacientes con trastorno del lenguaje que son evaluados por logopeda durante el ingreso.
		223. Porcentaje de pacientes valorados durante el ingreso por Terapia ocupacional.
27. Favorecer la reinserción.	27.106. Proporcionar atención y apoyo al paciente con discapacidad y sus familiares.	224. Porcentaje de pacientes ingresados en la Unidad de Ictus que reciben educación por enfermería.
	27.107. Mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido un ictus y sus familias.	
	27.108. Potenciar la colaboración con las asociaciones de pacientes que promueven programas específicos de atención a afectados.	
28. Potenciar la formación e investigación en ictus.	26.109. Asegurar la formación continuada en ictus a los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que atienden al ictus.	225. Número de cursos sobre enfermedad cerebrovascular incluidos en el plan de formación continuada/año.

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
	28.110. Potenciar las ayudas a la investigación.	226. Número de proyectos de investigación becados.
Envejecimiento		
29. Promover un envejecimiento saludable, fomentando conductas y hábitos saludables que permitan mantener una vida activa y autónoma.	29.111. Promover la corresponsabilidad de la ciudadanía en el proceso del envejecimiento saludable.	227. Número de talleres de autonomía, alimentación, ejercicio, higiene, uso racional de medicamentos..., realizados en el Aula de Formación del Mayor.
	29.112. Mejorar los conocimientos de las personas mayores en hábitos y conductas saludables.	228. Número de actividades de formación (talleres, cursos...) dirigidas a los profesionales sanitarios y sociosanitarios.
	29.113. Aumentar la realización de ejercicio, de forma regular, en las personas mayores.	
	29.114. Mejorar la nutrición y alimentación de las personas mayores.	
30. Disminuir la incidencia, prevalencia e intensidad de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia.	30.115. Mejorar la detección y prevención del deterioro funcional y dependencia. Prevención y control de la enfermedad.	229. Cobertura vacunal de gripe, neumococo y tétanos en población mayor de 65 años
	30.116. Optimizar la terapia farmacológica y prevención de la yatrogenia.	230. Número de ancianos con factores de riesgo cardiovascular entre la población anciana valorados desde los Equipos de Atención Primaria.
		231. Número de ancianos inmovilizados con visitas domiciliarias valorados desde Atención primaria domiciliaria por cupo médico.
		232. Número de ancianos atendidos desde los equipos de Hospitalización a Domicilio y Unidad de Cuidados Paliativos
		233. Número, filiación y porcentaje de reacciones adversas a medicamentos aparecidas anualmente en personas mayores de 65 años.
31. Mejorar la calidad asistencial de las personas mayores dependientes.	31.117. Identificar a la persona mayor en situación de dependencia.	234. Número de pacientes mayores de 75 años derivados a centros de convalecencia y estancia media.
	31.118. Asegurar la continuidad de cuidados a través de los dispositivos asistenciales adecuados a la situación clínica del mayor, a su estado funcional y a sus necesidades.	235. Numero de paciente en el Programa de atención sanitaria a pacientes institucionalizados.
32. Mejorar la formación de los profesionales y fomentar la investigación.	32.119. Promover la formación continuada sobre envejecimiento.	236. Número de cursos de formación en envejecimiento incluidos en el Programa de Formación Continuada del SERIS.
	32.120. Fomentar la investigación epidemiológica, básica y clínica sobre envejecimiento.	237. Nº de profesionales que han participado en cursos con temas relacionados con envejecimiento
		238. Número de proyectos de investigación en envejecimiento.
Salud mental		
33. Favorecer la coordinación directa y frecuente entre los profesionales de los equipos de atención primaria y de salud mental de cada zona básica de salud para mejorar la calidad, la eficacia de las intervenciones y las derivaciones, generando sinergias que potencien los efectos terapéuticos.	33.121. Protocolizar los abordajes terapéuticos en salud mental y Atención Primaria con profesionales de ambos estamentos.	239. Número de protocolos elaborados para la atención a la salud mental.
	33.122. Potenciar la atención por parte de Enfermería de Salud Mental y Atención Primaria en los cuidados Salud Mental y en la responsabilización de los pacientes en los cuidados de su salud mediante la trasmisión de hábitos saludables, procedimientos terapéuticos recomendaciones para el cumplimiento del Tratamiento.	240. Número de intervenciones anuales, por parte de Enfermería de Salud Mental y Atención Primaria, destinadas a los cuidados de salud mental de los pacientes y a la trasmisión de hábitos saludables y recomendaciones en salud.

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
34. Garantizar una atención sanitaria de calidad y la coordinación con los otros sectores conectados con la atención asistencial y social de estas personas y sus familias.	34.123. Definir, la condición de persona con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con criterios operativos, así como las diferentes necesidades que puede presentar en cada momento de su evolución.	241. Existencia del documento definitorio de condición de persona con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con criterios operativos, así como las diferentes necesidades que puede presentar en cada momento de su evolución.
	34.124. Elaboración de un Programa de Atención a Personas con TMG, donde se definan los recursos necesarios para la adecuada atención integral y de continuidad de cuidados, desde el ámbito sanitario y social, orientado a promover la autonomía e integración social y laboral de estas personas, trabajando de un modo complementario y coordinado que permita mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.	242. Existencia de un registro de personas con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con los criterios definitorios.
	34.125. Desarrollar sistemas de coordinación interinstitucional con atención primaria, servicio de emergencias 061, otros servicios de atención especializada, los servicios sociales, justicia y otros departamentos de la administración relacionados con las necesidades de las personas con trastorno mental grave y crónico, y sus familiares.	243. Existencia de un programa de atención integral y continuidad de cuidados para la atención a personas con TMG.
	34.126. Mejorar la formación, docencia e investigación en Salud Mental.	244. Existencia de un Plan de Salud Mental actualizado.
		245. Número de reuniones y actuaciones relacionadas con la coordinación interinstitucional entre los dispositivos de atención al TMG.
		246. Número de dispositivos especializados de atención a la Salud Mental en la comunidad alternativos a la hospitalización completa.
		247. Número de actividades relacionadas con la formación en Salud Mental.
35. Elaborar e implantar un programa regional de prevención y abordaje del suicidio, cuyo objetivo es la disminución de la tasa de suicidios y de conductas suicidas en La Rioja.	35.127. Mejorar el conocimiento de la incidencia de suicidios y conductas suicidas en La Rioja, y de los aspectos epidemiológicos y asistenciales relacionados con estas conductas.	249. Existencia y/o implementación de un registro para la mejora del conocimiento de la incidencia de suicidios y conductas suicidas en La Rioja, y de los aspectos epidemiológicos y asistenciales relacionados con estas conductas.
	35.128. Mejorar la detección precoz e intervenciones en los factores de riesgo de conductas suicidas.	250. Existencia de un protocolo dirigido a mejorar la detección precoz e intervenciones en los factores de riesgo de conductas suicidas.
	35.129. Mejorar la formación de las situaciones de suicidio.	251. Número de actividades de formación relacionadas con la detección del riesgo suicida y la atención de estos pacientes.
36. Establecer un modelo integrado de tratamiento para personas con trastorno por abuso de alcohol y otras sustancias.	36.130. Potenciar las actuaciones orientadas a la detección precoz e intervención temprana en el abuso de alcohol y otras drogas, especialmente en ciertos colectivos.	252. Existencia de protocolos orientados a la detección precoz, intervención temprana y asistencia integral en el abuso de alcohol y otras drogas, en coordinación con el resto de dispositivos de atención a este colectivo.
	36.131. Instaurar procesos asistenciales para el abordaje de las adicciones.	



Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores	
37. Mejorar la atención integral e integrada de las personas mayores con trastornos psicogerítricos.	37.132. Implantar un programa de atención psicogerítrica, en Atención Primaria y en los dispositivos especializados (unidades de salud mental, centros de rehabilitación psicosocial, hospitalización de corta y media estancia, hospital de día, centros de día).	253.	Existencia de un programa de atención psicogerítrica coordinado entre Atención Primaria y los dispositivos especializados de atención a la salud mental, servicios de neurología y geriatría.
	37.133. Coordinar las actuaciones del programa de atención psicogerítrica con los servicios y programas de atención especializada, Demencias y los servicios de Geriatría, Neurología.	254.	Existencia de protocolo dirigido a la vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos centrado en la polimedición, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.
	37.134. Implementar un programa de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos centrado en la polimedición, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.	255.	Número de actividades relacionadas con la formación de los profesionales en psicogeriatría.
38. Impulsar la mejora de la atención a los problemas de salud mental infanto-juvenil completando la red de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad principalmente en lo que respecta a la patología mental grave en esta edad.	38.135. Garantizar la continuidad de cuidados, mediante la coordinación sanitaria y social a los pacientes con trastornos graves en salud mental Infanto-juvenil.	256.	Número de reuniones y actuaciones relacionadas con la coordinación sanitaria y social, y la continuidad de cuidados de los pacientes con trastornos graves en salud mental Infanto-juvenil.
	38.136. Mejorar la formación de los profesionales en psicogeriatría.		
	38.137. Proporcionar formación a profesionales de educación, asociaciones de padres en relación con estos trastornos.	257.	Número de actividades relacionadas con la formación a profesionales de la salud, de educación y asociaciones de padres en relación con estos trastornos.
39. Informar, sensibilizar y promover el desarrollo de acciones destinadas a eliminar la discriminación de las personas con trastorno mental, realizando una lucha activa contra el estigma con especial incidencia en los ámbitos educativo, laboral y judicial.	39.138. Fomentar la coordinación con todos los agentes, Consejería de Educación, Asociaciones, etc, que puedan desarrollar diferentes actuaciones relacionadas con la persona con enfermedad mental grave y con el estigma.	258.	Existencia de un programa de actuaciones contra la discriminación y el estigma coordinado por los distintos dispositivos de atención a la salud mental.
	39.139. Mejorar el conocimiento, la información, las actitudes y los comportamientos sobre la enfermedad mental y las personas con trastornos mentales en los servicios sanitarios y sociosanitarios públicos y privados, en otros colectivos relacionados y en la población general.	259.	Número de intervenciones anuales que potencie un conocimiento real de la patología mental promoviendo la reducción de la discriminación y estigma existente.
Fortalecimiento del Sistema Público de Salud de La Rioja			
40. Tener una Atención primaria de salud de calidad, orientada al ciudadano, con gran capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, participativa y eficiente dando sostenibilidad al sistema.	40.140. Garantizar un modelo organizativo que responda a las realidades y expectativas de la sociedad actual.	260.	Nº de grupos de trabajo creados para la evaluación y validación de expectativas de la sociedad actual por Zona básica de Salud (ZBS).
	40.141 Identificar la oferta asistencial de Atención Primaria.	261.	Nº de grupos de trabajo creados para la coordinación sociosanitaria a nivel de cada ZBS.

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
	40.142. Avanzar en la continuidad asistencial mediante la coordinación con el resto de niveles asistenciales, tendiendo al aumento de la capacidad resolutoria.	262. Indicadores de satisfacción del ciudadano con la Atención: Porcentaje de usuarios que manifiestan satisfacción con la asistencia recibida en el Centro de Salud o Consultorio (por su médico, su enfermera, su pediatra...). Porcentaje usuarios que manifiestan satisfacción con la facilidad para acceder a su médico, su enfermera, su pediatra. Porcentaje de usuarios que recomendarían su centro de salud. Porcentaje de pacientes satisfechos con la disposición del personal de AP para escucharle. Porcentaje de pacientes que recomendarían a sus enfermeros. Porcentaje de pacientes que recomendarían a sus médicos de familia. Grado de confianza o seguridad que transmite su médico/pediatra/enfermera de Atención primaria del 1 al 10. Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de atención en consulta.
	40.143. Mejorar la organización de los Equipos de Atención Primaria para hacerlos más resolutivos.	263. Indicadores de salud percibida por el ciudadano: Porcentaje de mujeres > de 65 años con percepción buena de salud. Porcentaje de mujeres con percepción de buena salud. Porcentaje de hombres >65 con percepción de buena salud. Porcentaje de hombres con percepción de buena salud.
	40.144. Potenciar la formación e investigación de los profesionales de Atención Primaria.	264. 264. Elaboración de una cartera de servicios con un contenido unificado a todos los Centros de Salud con igualdad, equidad y accesibilidad.
		264. Elaboración de una cartera de servicios con un contenido unificado a todos los Centros de Salud con igualdad, equidad y accesibilidad.
		265. Indicadores para medir la Continuidad asistencial: Nº de procesos o programas de continuidad asistencial elaborados conjuntamente por AP, Hospitalización y Sociosanitario. Nº de pacientes derivados a entidades sociosanitarias con informe médico-enfermera-trabajadora social/ nº pacientes derivados. Nº de pacientes con continuidad de cuidados de enfermería con informe de cuidados al alta/ nº de pacientes dados de alta con necesidad de cuidados. Nº de pacientes en programa TAO controlados por su médico de familia. Nº de pacientes incluidos en programa de crónicos por Zona Básica de Salud.
		266. Indicadores de satisfacción del profesional: Grado de satisfacción con su trabajo. Percepción del grado de reconocimiento de su trabajo por superiores, compañeros y pacientes. Percepción de satisfacción con la facilidad de realizar formación teórico práctica para una práctica diaria de calidad. Grado de satisfacción con el tiempo que dedica al paciente según patología.



Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
		267. Indicadores de organización y consecución de objetivos: Porcentaje de pacientes derivados a Hospitalización desde AP. Nº de profesionales de AP que participan en la elaboración de: Guías, protocolos... Nº de TIS por médico ≤ 1500, ajustado a patología crónica. Nº de TIS por pediatra ≤ 1100 ajustado a niños ≤ 12 meses. Nº de procedimientos administrativos estandarizados para dar respuesta eficaz al ciudadano con el fin de agilizar la atención al mismo.
		268. Indicadores de formación e investigación e investigación de los profesionales: % trabajadores de At. Primaria que asisten a actividades formativas. Nº de profesionales de AP implicados en actividades de investigación: tesis doctorales, proyectos, publicaciones.
		269. Indicadores de organización y gestión de los Equipos de Atención Primaria. Nº de Equipos a AP con programa de autoformación: sesiones clínicas. Nº de Equipos con Plan de organización interna, cronograma de reuniones de Equipo, grupos de trabajo internos.
41. Mejorar la gestión del riesgo y reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos asociados con la asistencia sanitaria.	41.145. Fomentar la difusión de la cultura en gestión de riesgos clínicos en La Rioja para profesionales y pacientes.	270. Número de actividades formativas impartidas en relación con la seguridad del paciente y número de asistentes. Anual. Número de charlas/jornadas y asistentes por Centro de Salud y Servicio. Anual.
	41.146. Organizar un sistema para la identificación y valoración de los riesgos asociados con la asistencia sanitaria.	271. Número de acciones formativas e informativas en el uso de procedimientos con radiaciones ionizantes.
	41.147. Establecer medidas para prevenir, reducir o eliminar los riesgos sanitarios.	272. Número de pacientes formados en Seguridad del Paciente ("Pacientes expertos"). Anual.
	41.148. Fortalecer la estructura organizativa para la gestión de riesgos sanitarios antes del año 2016.	273. Número de unidades y servicios son sistema de notificación de eventos adversos. Anual.
	41.149. Impulsar oportunidades de formación para los profesionales, así como promover la apertura de líneas de investigación en gestión de riesgos sanitarios.	274. Número y registro de AMFE realizados. Anual.
		275. Establecer medidas para prevenir, reducir o eliminar los riesgos sanitarios.
		276. Número de unidades y servicios con proyecto de conciliación de medicación implementado. Anual.
		277. Prevalencia de UPP. Anual.
		278. Incidencia de caídas. Anual.
		279. Cobertura del sistema de identificación de paciente. Anual.
		280. Implantación del programa de Higiene de Manos de los profesionales sanitarios. Anual.
		281. Número de bacteriemias asociadas a catéter venoso. Anual.
		282. Número de quirófanos donde se ha implementado la lista de verificación quirúrgica de cirugía segura. Anual.
	283. Número de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. Anual.	

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
		284. Número de proyectos, publicaciones, comunicaciones a congresos, ponencias sobre Seguridad del paciente. Anual.
		285. Número de encuestas de la AHRQ contestadas del total de profesionales. Anual.
42. Optimizar los resultados de salud mediante una práctica asistencial efectiva, eficiente, equitativa y centrada en las necesidades reales del paciente.	42.150. Mejorar la percepción de las personas en la experiencia de uso de los servicios de asistencia sanitaria del Sistema Público de Salud de La Rioja.	286. Número de nuevas Comisiones Técnicas.
	42.151. Mantener y potenciar la extensión de la implementación de sistemas de gestión de la calidad en las unidades/servicios del Sistema Público de Salud de La Rioja.	287. Número de Servicios con Sistemas de Gestión de la Calidad Implantados.
	42.152. Potenciar y Establecer nuevas Comisiones Clínicas como órganos de participación de los profesionales de Asistencia Especializada y Atención Primaria garantizando la interrelación entre los distintos niveles de atención.	288. Constitución y número de reuniones de Comisión de Calidad, Tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos.
	42.153. Potenciar la formación en calidad a los profesionales en todas las categorías de personal sanitario.	289. Constitución y número de reuniones de Comisión de Consejo Genético.
		290. Constitución y número de reuniones de Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.
		291. Número de reuniones de Comisión de Farmacia, Bioética, Transfusión.
		292. Nº de reuniones de comisión de continuidad asistencial entre Asistencia Especializada y Atención Primaria.
		293. Número de actividades de formación relacionadas con calidad asistencial.
43. Desarrollo de nuevas terapias y tratamientos para mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos.	43.44.45.154. Desarrollar la investigación preclínica (ya que supone un paso más en la investigación que se hace en los laboratorios para lograr un nuevo tratamiento y es un paso previo al inicio de las fases clínicas).	294. Nº Publicaciones totales y Q1.
44. Contribuir a la formación y al entrenamiento de profesionales en grado, posgrado y formación continuada, tratando de acercar la investigación a la práctica clínica habitual; manteniendo el nivel de calidad y experiencia acumulada.	43.44.45.155. Mejorar el nivel de la investigación riojana.	295. Factor de impacto El factor de impacto de una revista es el número de veces que se cita por término medio un artículo publicado en una revista determinada.
45. Desarrollo de una red biotecnológica que ayude al crecimiento económico regional, favoreciendo una mayor colaboración con la empresa privada, la explotación del conocimiento generado vía licencia de patentes o el desarrollo de spin-off.	43.44.45.156. Facilitar y Mejorar la calidad de la formación de Grado, Formación Sanitaria Especializada y Formación continuada.	296. Solicitud de Patentes.
	43.44.45.157. Alcanzar los objetivos propuestos por el ISCIII a través del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO).	297. Nº de Ensayos Clínicos promovidos por la industria.
	43.44.45.158. Acreditación de estructuras de investigación, Centros, y Profesionales.	298. Nº de Ensayos Clínicos propios.
		299. Nº de Proyectos competitivos.
		300. Retorno económico (en Memoria económica anual)
		301. Nº de Doctorandos.
		302. Nº de Tutores.
	303. Nº de Doctores.	

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
		304. Tesis aceptadas e inscritas en la Universidad en vigencia en el año natural.
		305. Tesis iniciadas, con publicación o divulgación de resultados preliminares.
		306. Tesis Defendidas.
		307. Tramitar la acreditación de la Escuela de Enfermería.
		308. Nº profesores enfermeros doctores sobre el total de profesores enfermeros en la Escuela de Enfermería.
		309. Nº tutores acreditados sobre el total de tutores en Formación Sanitaria Especializada (FSE).
		310. Nº tutores de FSE que asisten a cursos del itinerario formativo/ total tutores.
		311. Grado de satisfacción de los tutores con la formación.
		312. Nº Unidades docentes troncales acreditadas sobre el total de solicitadas.
		313. Nº residentes que han realizado un proyecto de investigación/ total residentes.
		314. Nº tutores que participan o apoyan los proyectos de investigación.
		315. Nº tesis doctorales realizadas por especialistas en formación/ total residentes.
		316. % de nuevas actividades formativas en las distintas áreas formativas.
		317. % de actividades de formación continuada mediante nuevas tecnologías.
		318. Nº Actividades de formación continuada acreditadas/ total de las realizadas.
		319. Impacto del plan de formación en los profesionales y en la organización. - Encuestas a los alumnos, para medir el grado de satisfacción con la aplicabilidad de la formación en el puesto de trabajo y el nivel de mejora percibido en su desempeño profesional tras realizar la actividad. - Encuesta a los responsables de los alumnos: para valorar la aplicabilidad de lo aprendido y el grado de mejora percibida en el entorno laboral.
		320. Nº Servicios con al menos un doctor.
		321. Nº Servicios con al menos una investigación en curso promovida y realizada en el Servicio.
		322. Nº de Ensayos Clínicos vivos por Servicio.
		323. Nº de Servicios con Ensayos Clínicos vivos.
Enfermedades emergentes y reemergentes		
46. Prevenir la aparición en todas las etapas de la vida, de enfermedades infecciosas prevenibles por inmunización.	46.159. Mantener las coberturas de vacunación en todas las vacunas incluidas en el Calendario Oficial de Vacunaciones de La Rioja.	324. Cobertura de vacunación alcanzada en todos los grupos de edad y vacunas del Calendario de Vacunación Infantiles de La Rioja.
	46.160. Mejorar la inmunización frente a enfermedades infecciosas prevenibles en la población adulta.	325. Publicación y difusión de Calendario de Vacunación de Adultos.
	46.161. Conseguir una cobertura de vacunación antigripal mayor del 65% en las personas de 65 años en adelante, y aumentar la cobertura en profesionales sanitarios en al menos un 10%.	326. Realización de un registro único de vacunación.

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
	46.162. Mejorar las actividades de información general y formación continuada en vacunas dirigidas a los profesionales sanitarios.	327. Cobertura de vacunación de adultos en los grupos de riesgo establecidos de los que se disponga de datos poblacionales.
		328. Cobertura de vacunación de la gripe en población mayor de 65 años.
		329. Cobertura de vacunación de la gripe en profesionales sanitarios.
		330. Número de actividades informativas-formativas sobre vacunaciones dirigidas a profesionales sanitarios, por año.
		331. Existencia de materiales informativos sobre vacunación en página web RiojaSalud.
		332. Número de circulares técnicas de apoyo sobre vacunas, emitidas a los profesionales sanitarios, por año.
47. Fortalecer el funcionamiento de la Red de vigilancia epidemiológica en La Rioja.	47.163. Adaptar la Historia Clínica Informatizada del sistema asistencial a la vigilancia epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.	333. Porcentaje de Enfermedades de Declaración Obligatoria de las que se dispone de formulario en la Historia Clínica Electrónica de AP, respecto al total.
	47.164. Mantener y mejorar el Sistema de Información Microbiológica (SIM) de La Rioja.	334. Porcentaje de Enfermedades de Declaración Obligatoria de las que se dispone de formulario en la Historia Clínica Electrónica de AE, respecto al total.
	47.165. Mantener y mejorar la red sanitaria centinela de vigilancia en La Rioja.	335. Existencia e Implantación del Registro Regional de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
	47.166. Mejorar las actividades de información general y formación continuada en vigilancia de enfermedades transmisibles, recogidas en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.	336. Número de nuevas enfermedades detectadas a través del SIM por año.
		337. Número de filtros elaborados para detección de microorganismos multirresistentes.
		338. Publicación de normativa legal que regule el Sistema de Información Microbiológica de La Rioja.
		339. Publicación de normativa legal que regule la Red centinela sanitaria en La Rioja.
		340. Creación de la Red centinela sanitaria de La Rioja.
		341. Número de enfermedades o problemas de salud pública vigilados a través de la Red Sanitaria Centinela.
		342. Número de actividades informativas-formativas sobre vigilancia epidemiológica dirigidas a profesionales sanitarios, por año.
48. Disminuir el impacto en la población de La Rioja de una alerta o emergencia de salud pública.	48.167. Establecer un sistema de gestión de la información y respuesta ante situaciones de alerta provocadas por enfermedades emergentes y reemergentes que supongan un riesgo para la salud.	345. Creación de la Comisión permanente de coordinación, preparación y respuesta, y gestión de la información de Alertas en Salud Pública en La Rioja.
	48.168. Disponer de un plan de actuación actualizado y revisado en La Rioja ante situaciones de alerta que supongan un riesgo para la salud pública.	346. Establecimiento de la Red de coordinación entre diferentes autoridades competentes.
	48.169. Garantizar la implementación y continuidad de las actividades necesarias para la recepción y respuesta inmediata ante las alertas de Salud Pública.	347. Existencia y difusión entre todos los profesionales implicados, del Plan de actuación ante situaciones de alerta en La Rioja.



Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
	48.170. Garantizar la seguridad de los profesionales y pacientes, ante una situación de alerta provocada por una enfermedad emergente o reemergente infecciosa.	348. Número de actualizaciones del Plan de actuación ante situaciones de alerta en La Rioja.
		349. Existencia del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida en La Rioja.
		350. Porcentaje de actividades de formación realizadas de entre las propuestas en el Plan reglado de formación.
		351. Nº de simulacros realizados incluidos en el plan reglado de formación del personal ante la aparición de una alerta que suponga un riesgo para la salud pública.
		352. Porcentaje de fallos detectados en los simulacros realizados en los que se han implantado áreas de mejora.
		353. Presencia de Equipos de Protección Personal adecuados al riesgo expuesto para cada actuación en todos los Centro de Atención Sanitaria.
		354. Porcentaje de profesionales sanitarios formados y entrenados en manejo de Equipos de Protección Personal.
Enfermedades infecciosas con muerte evitable		
49. Reducir la mortalidad asociada a infecciones por microorganismos multirresistentes.	49.171. Controlar y/o reducir la diseminación de microorganismos multi-resistentes.	355. Tasas brutas y ajustadas de mortalidad asociadas a infecciones invasivas.
	49.172. Reducir el consumo de antimicrobianos en atención primaria y especializada.	356. Tasas de resistencia de enterobacterias productoras de BLEE.
	49.173. Controlar y/o reducir las infecciones nosocomiales.	357. Tasas de resistencia a carbapenemes en enterobacterias.
		358. Tasas de resistencias a carbapenemes en P. aeruginosa.
		359. Tasas de resistencias a meticilina en S. aureus.
		360. Dosis diaria definida (DDD)/100 estancias de consumo de antimicrobianos en el ámbito hospitalario.
		361. DDD/1.000 habitantes/día para atención primaria.
	362. Puesta en marcha de los PROA y plan de formación.	
50. Reducción de la mortalidad por sepsis grave.	50.174. Reconocimiento y adopción de medidas terapéuticas precoces de los estados de sepsis.	363. Creación del Grupo de Trabajo del proceso Sepsis Grave.
	50.175. Disminuir la incidencia de sepsis grave.	364. Elaboración del documento base del proceso sepsis grave.
		365. Implantación del Código Sepsis.
		366. Creación del Registro de casos.
		367. Proporción de pacientes con sepsis grave en los que se ha activado el código sepsis. Objetivo: > 90%.
		368. Proporción de pacientes con sepsis grave a los que se ha administrado una primera dosis de antibiótico, adecuado según las guías del Hospital, durante la primera hora tras el reconocimiento del estado de sepsis. Objetivo: > 90%.
	369. Proporción de pacientes con sepsis grave a los que se han extraído hemocultivos en la primera hora. Objetivo: > 90%.	

Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
		370. Proporción de pacientes con sepsis graves a los que se ha identificado el foco séptico en las primeras seis horas tras el reconocimiento del estado de sepsis. Objetivo: > 90%.
		371. Tasa de mortalidad por sepsis grave. Objetivo: reducción > 20%.
51. Disminuir la morbimortalidad atribuida a la infección VIH/SIDA.	51.176. Incrementar el número de nuevos diagnósticos de pacientes infectados por el VIH en nuestra Comunidad Autónoma.	372. Número anual de pruebas de detección de VIH realizadas.
	51.177. Disminuir al menos un 10% anual el retraso diagnóstico de los pacientes con infección por el VIH.	373. Porcentaje de pacientes diagnosticados de infección por el VIH con más de 350 CD4/ml.
	51.178. Promover la sensibilización sobre el problema del retraso diagnóstico y las enfermedades de transmisión sexual en la población general.	374. Tasa de mortalidad por VIH/dirigidas a la sensibilización para el SIDA.
		375. Tasa de incidencia de infecciones VIH/SIDA.
		376. Número de campañas u otras actividades realización voluntaria de la prueba de detección precoz.
52. Disminuir la morbimortalidad asociada a la infección por el VHC	52.179. Disminuir el número de pacientes que desarrollan hepatocarcinoma y/o cirrosis terminal.	377. Número de pacientes tratados anualmente con tasas de éxito.
	52.180. Aumentar el número de pacientes diagnosticados de infección por el VHC.	378. Número de pacientes que no llegan a desarrollar enfermedad terminal (muerte relacionada con el VHC y/o cirrosis avanzada y/o hepatocarcinoma) en comparación con los modelos predictivos.
		379. Número anual de nuevos diagnósticos de infección por el VHC.
		380. Elaboración del registro
53. Disminuir la morbimortalidad en el viajero.	53.181. Incrementar el número de diagnósticos precoces de infecciones relacionadas con los viajes.	380. Número de peticiones y diagnósticos relacionadas con las infecciones importadas más importantes.
	53.182. Sensibilización del riesgo inherente a viajar.	381. Número de consultas específicas del viajero, tanto en Atención Primaria como especializada.
		382. Número de cursos de formación profesional, incluyendo el número de alumnos desagregado por nivel de atención sanitaria.
Enfermedades raras		
54. Desarrollar un modelo de atención integral a las enfermedades raras, que incluya aspectos relacionados con su registro y codificación, atención sanitaria, acceso a terapias y atención social.	54.183. Diseñar y poner en marcha un registro poblacional de Enfermedades Raras en La Rioja.	383. Existencia de un protocolo normalizado de trabajo que recoja el diseño y características del Registro.
	54.184. Estimar la incidencia poblacional de las Enfermedades Raras que formen parte del registro.	384. Para cada enfermedad considerada la incidencia, en términos de incidencia acumulada, será un cociente entre el número de casos detectados de la enfermedad considerada en un periodo y el total de población susceptible de padecer la enfermedad en cuestión en el mismo periodo.
	54.185. Proporcionar la atención y cuidados integrales de calidad a los pacientes con ER mediante la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.	385. Existencia de guías asistenciales de las ER donde se aborde la prevención primaria, el acceso a servicios especializados para el diagnóstico y el tratamiento precoz, la continuidad asistencial primaria-especializada-primaria y la atención integral, continuada y coordinada a los pacientes con ER.
	54.186. Impulsar los procedimientos que faciliten el acceso equitativo a los medicamentos huérfanos, coadyuvantes y productos sanitarios disponibles para el tratamiento de las ER.	386. Existencia de un Plan de desarrollo de la genética en La Rioja.



Objetivos generales	Objetivos específicos	Indicadores
	54.187. Facilitar el acceso a los servicios de atención primaria, rehabilitación y logopedia a las personas afectadas de una ER de manera continuada.	387. Número de tratamientos farmacológicos aplicados a personas afectadas por una ER al año por cada cien mil habitantes.
	54.188. Coordinar a los distintos organismos involucrados en la atención integral de las personas afectadas por una ER.	388. Número de personas afectadas por una ER derivadas a los servicios de rehabilitación y logopedia por cada cien mil habitantes.
	54.189. Establecer la colaboración entre el ámbito sanitario y el socio-educativo para garantizar una atención adecuada a las personas afectadas por una ER.	389. Número de sesiones recibidas de rehabilitación y logopedia por cada cien mil habitantes.
	54.190. Facilitar el apoyo psicológico a las personas afectadas de una ER y sus familiares.	390. Existencia de una guía de atención socio-sanitaria para pacientes con ER.
	54.191. Facilitar el acceso a las ayudas a la discapacidad.	391. Número de intervenciones del servicio de salud mental a personas afectadas de una ER y/o sus familiares por cada cien mil habitantes.
	54.192. Fomentar las campañas de sensibilización en relación a las ER.	392. Número de campañas, cursos, jornadas realizadas en relación a las ER por cada cien mil habitantes.
	54.193. Fomentar el asociacionismo de los afectados por ER.	
55. Fomentar la formación y la investigación sobre enfermedades raras entre los profesionales sanitarios y socio-sanitarios en La Rioja.	55.194. Facilitar el diseño y el análisis de estudios de investigación epidemiológica, clínica o básica sobre enfermedades raras.	393. Existencia de una unidad de apoyo metodológico, bioestadístico y epidemiológico a la investigación en Enfermedades Raras.
	55.195. Facilitar la transferencia de los resultados de la investigación en enfermedades raras a la práctica clínica diaria, al diagnóstico y a su tratamiento.	394. Existencia, al menos, de un proyecto anual de investigación sobre ER que cuente con el dictamen positivo del Comité de Ética en Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR).
	55.196. Incrementar la producción científica sobre enfermedades raras en las revistas indexadas en Medline, con una tasa anual de número de documentos por 100.000 habitantes de 1 o más.	395. Tasa de artículos indexados en MedLine u otras bases de datos científicas por autores que pertenezcan al sistema sanitario o social de La Rioja que traten de enfermedades raras por cada cien mil habitantes.
	55.197. Favorecer el desarrollo de estructuras que permitan la realización de ensayos clínicos.	396. Existencia de protocolos de atención a pacientes con enfermedades raras donde se incluya la recomendación o sugerencia de inclusión en el registro de pacientes de enfermedades raras del Instituto de Salud Carlos III y donde se recojan los modelos de consentimiento informado específicos para el empleo de los datos clínicos, imágenes u otros documentos para la investigación y la docencia sobre ER.
	55.198. Garantizar la confidencialidad y el uso apropiado de datos clínicos sobre pacientes con ER.	397. Porcentaje de profesionales sanitarios que han contestado a la encuesta previa de necesidades formativas.
	55.199. Conocer las necesidades formativas en enfermedades raras de los profesionales sanitarios implicados en la asistencia a personas afectadas por una ER.	398. Número de cursos de formación en enfermedades raras incluidos anualmente en el Programa de Formación Continuada del SERIS.
	55.200. Diseñar y poner en marcha un plan de formación específico en enfermedades raras dirigido a los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial y social de estos pacientes.	399. Porcentaje de profesionales sanitarios de Atención Primaria que han participado en un curso de enfermedades raras.
	55.201. Evaluar anualmente la adecuación del plan de formación.	400. Porcentaje de profesionales de Atención Especializada que han participado en un curso de enfermedades raras.
		401. Porcentaje de encuestas de satisfacción cumplimentadas a la finalización de cursos sobre enfermedades raras en los que el participante valora satisfactoriamente la utilidad de los conocimientos adquiridos.



Dirección y coordinación del III Plan de Salud

Acitores Augusto, José Miguel	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Cestafe Martínez, Adolfo	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Sáenz Ortiz, Pilar	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Ruiz Nicolás, Belén	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Khalil Kassem, Hassane	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Segura Martínez, Eulalia	Consejería de Salud y Servicios Sociales

Consejo de Dirección del III Plan de Salud

Nieto García, José Ignacio	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Acitores Augusto, José Miguel	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Aparicio Soria, Francisco Javier	Fundación Rioja Salud
Corcuera Briones, José María	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Corral Miguel, Carmen	Consejería de Salud y Servicios Sociales
de los Mártires Almingol, María Luz	Servicio Riojano de Salud
	Fundación Hospital Calahorra
Rojas Soto, Jesús Francisco	Consejería de Administración Pública y Hacienda
Sáenz Pastor, Carmen	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Cestafe Martínez, Adolfo	Consejería de Salud y Servicios Sociales

Comité Técnico de Redacción del III Plan de Salud

Acitores Augusto, José Miguel	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Alonso Pérez, Luis Javier	Servicio Riojano de Salud
Cestafe Martínez, Adolfo	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Díez Ripollés, María del Pilar	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Fernández Ares, José Ángel	Servicio Riojano de Salud
Garrido Uriarte, Rosa	Servicio Riojano de Salud
Khalil Kassem, Hassane	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Marín Méndez, Honorio Álvaro	Servicio Riojano de Salud
Martínez de Salinas Santamaria, María Angeles	Servicio Riojano de Salud
Martínez Ochoa, Eva	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Marzo Sola, María Eugenia	Servicio Riojano de Salud
Ortega Esteban, Miguel Ángel	Servicio Riojano de Salud
Ossola Lentati, Gustavo	Fundación Rioja Salud
Oteo Revuelta, José Antonio	Servicio Riojano de Salud
Pérez Muñoz, Jesús	Servicio Riojano de Salud
Piserra Bolaños, Carlos José	Servicio Riojano de Salud
Ramalle Gómara, Enrique	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Ruiz Nicolás, Belén	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Sáenz Ortiz, Pilar	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Segura Martínez, Eulalia	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Serrano Ponz, Marta	Servicio Riojano de Salud
Sola Lapeña, Carlos	Fundación Hospital Calahorra



Comité Científico

Vera Gil, Arturo	Universidad de Zaragoza
Bernal-Delgado, Enrique	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
Gaviria Benito, Jacinta	Consejería de Administración Pública y Hacienda
Carrasco Mallén, Manuel	Ascendo Consulting

Consejo Riojano de Salud

Nieto García, José Ignacio	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Acitores Augusto, José Miguel	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Alcalde Cabrero, Eduardo	Organizaciones empresariales
Antoñanzas Villar, Fernando	Universidad de La Rioja
Bazán Íñiguez, Rocío	Organizaciones empresariales
Cestafe Martínez, Adolfo	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Corcuera Briones, José María	Consejería de Salud y Servicios Sociales
de los Mártires Almingol, María Luz	Servicio Riojano de Salud
García Martínez, Tomás	Sociedades científicas sanitarias (SRMFyC-Rioja)
Gómez Sánchez, María Teresa	Organización sindical (UGT)
Martínez Torre, María Inmaculada	Colegio Oficial de Médicos
Romero Hernández, Antonio	Sociedades científicas sanitarias (SEMG)
Sáenz Pastor, Carmen	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Sanz Alcalde, Rebeca	Organizaciones Consumidores y Usuarios (ARCCO)
Vázquez Ramírez, José Javier	Colegio Oficial de Farmacéuticos
Vidal Hernández, Pedro José	Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería
Villanueva Narciso, Luz María	Colegio Oficial de Trabajadores Sociales
Bravo Ibáñez, Concepción	Ayuntamiento de Logroño
Varona Alonso, Roberto	Federación de Municipios
Loyo Mendoza, Jorge	Federación de Municipios
Piérola, Pilar	Organización sindical (CCOO)
Somalo del Castillo, Julián	Colegio Oficial de Veterinarios
Fuentes Santamaría, Nerea	Asociaciones de enfermos (Comisión Ciudadana Anti-Sida de La Rioja (CCASR))

Participantes en los grupos de trabajo

Coordinadores/as:

Alonso Pérez, Luis Javier	Servicio Riojano de Salud
Díez Ripollés, María del Pilar	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Fernández Ares, José Ángel	Servicio Riojano de Salud
Garrido Uriarte, Rosa	Servicio Riojano de Salud
Marín Méndez, Honorio Álvaro	Servicio Riojano de Salud
Martínez de Salinas Santamaria, María Angeles	Servicio Riojano de Salud
Martínez Ochoa, Eva	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Marzo Sola, María Eugenia	Servicio Riojano de Salud
Ortega Esteban, Miguel Ángel	Servicio Riojano de Salud
Ossola Lentati, Gustavo	Fundación Rioja Salud
Oteo Revuelta, José Antonio	Servicio Riojano de Salud
Pérez Muñoz, Jesús	Servicio Riojano de Salud
Piserra Bolaños, Carlos José	Servicio Riojano de Salud
Ramalle Gómara, Enrique	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Serrano Ponz, Marta	Servicio Riojano de Salud

Consultores/as:

Khalil Kassem, Hassane	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Ruiz Nicolás, Belén	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Sáenz Ortiz, Pilar	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Segura Martínez, Eulalia	Consejería de Salud y Servicios Sociales

Expertos/as:

Acha Perez, Natalia	Servicio Riojano de Salud
Adán Gil, Francisco Manuel	Servicio Riojano de Salud
Antón Botella, Francisco	Servicio Riojano de Salud
Aparicio González, Sonia	Servicio Riojano de Salud
Arceiz Campos, Carmen	Servicio Riojano de Salud
Aretio Romero, María Antonia	Servicio Riojano de Salud
Arnedo Arnedo, Mari Cruz	Servicio Riojano de Salud
Ausejo Tudelilla, Milagros	Servicio Riojano de Salud
Azcona Gutiérrez, Jose Manuel	Servicio Riojano de Salud
Belio Blasco, Cristina	Servicio Riojano de Salud
Belloso Fontecha, Jorge	Consejería de Presidencia y Justicia
Blanco Hueto, Jesús	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Blanco Ramos, José Ramón	Fundación Rioja Salud
Blasco Muro, Nuria	Servicio Riojano de Salud
Bozalongo de Aragón, Ernesto	Servicio Riojano de Salud
Brea Hernando, Ángel	Servicio Riojano de Salud
Bujanda Chasco, Cecilia	Servicio Riojano de Salud
Calvo Martínez, Adolfo	Servicio Riojano de Salud
Cámara Balda, Alejandro	Servicio Riojano de Salud
Caro Berquilla, Yolanda	Servicio Riojano de Salud
Cestafe Martínez, Carmen	Servicio Riojano de Salud
Cevas Chopitea, Francisco Javier	Fundación Rioja Salud
Crespo Agustín, Francisco Javier	Servicio Riojano de Salud
de la Plaza Sánchez, Ana Belén	Servicio Riojano de Salud



de Pablo Chinchetru, Rita	Servicio Riojano de Salud
del Val Albertos, Teresa	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Delgado Bolton, Roberto Carlos	Servicio Riojano de Salud
Delpón Ormaechea, Begoña	Servicio Riojano de Salud
Díaz de Cerio Canduela, Pedro	Servicio Riojano de Salud
Díaz de Cerio Martínez Bujanda, Ana Belén	Servicio Riojano de Salud
Domínguez Garrido, Elena	Fundación Rioja Salud
Echeverría Cubillas, Purificación	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Enrech Larrea, Joaquín	Servicio Riojano de Salud
Ercilla Gil, María Victoria	Asociación Riojana de Familiares de Enfermos Psíquicos (ARFES Pro-Salud Mental)
Ezquerria García, María Jesús	Servicio Riojano de Salud
Fernández Torroba, María Begoña	Consejería de Educación, Cultura y Turismo
Forcada Sainz, José Manuel	Servicio Riojano de Salud
Gallardo Anciano, Jara	Fundación Hospital Calahorra
Gallardo Doménech, Miguel Ángel	Servicio Riojano de Salud
García García, Begoña	Consejería de Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente
García Romero, Carmen;	Servicio Riojano de Salud
Garraleta Calvo, Javier	Servicio Riojano de Salud
Gil de Gómez Barragán, María Josefa	Servicio Riojano de Salud
Gil Paraíso, Antonio	Servicio Riojano de Salud
Gil Redrado, Alejandra	Servicio Riojano de Salud
Gimeno Valios, María Esther	Servicio Riojano de Salud
Gómez Bezares, Paloma	Servicio Riojano de Salud
Gómez Eguílaz, María	Servicio Riojano de Salud
Gómez Sáenz, José Tomás	Servicio Riojano de Salud
González Díez, Silvia	Servicio Riojano de Salud
González Izquierdo, Ana	Consejería de Salud y Servicios Sociales
González Suárez, Celia	Servicio Riojano de Salud
Gutiérrez Gamarra, Carmen	Servicio Riojano de Salud
Herce Miguel, Carmen	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Hervías Camprovíñ, Montserrat	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Huarte Loza, Enma	Servicio Riojano de Salud
Isidoro Garijo, Itziar	Servicio Riojano de Salud
Izco Goñi, Natividad	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Jiménez Buñuales, María Teresa	Fundación Hospital Calahorra
Lasheras Maroto, Marina	Consejería de Salud y Servicios Sociales
León Medina, Enara	Servicio Riojano de Salud
Loma-Osorio Alonso del Real, Rocío	Servicio Riojano de Salud
López de Valdivielso, María José	Consejería de Salud y Servicios Sociales
López Pérez, María Ángeles	Servicio Riojano de Salud
Marco Aguilar, Pedro	Servicio Riojano de Salud
Marín Méndez, Honorio Álvaro	Servicio Riojano de Salud
Marín Palacios, Pilar	Servicio Riojano de Salud
Martínez Angulo, Josefina	Servicio Riojano de Salud
Martínez Ochoa, Eva	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Martínez Pascual, María Isabel	Servicio Riojano de Salud
Martínez Pérez, Ana Bella	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de La Rioja
Martínez Saenz, María Soledad	Servicio Riojano de Salud
Martínez Santamaría, María Cruz	Servicio Riojano de Salud
Martínez Torre, María Inmaculada	Servicio Riojano de Salud
Martínez Zárate, María Puy	Consejería de Salud y Servicios Sociales

Martínez-Zaporta Loscertales, Elvira	Servicio Riojano de Salud
Mayado Carbajo, Teresa	Servicio Riojano de Salud
Meléndez Laborda, Carmen	Servicio Riojano de Salud
Mirpuri Merino, Eduardo	Fundación Rioja Salud
Molpeceres García del Pozo, Julio	Servicio Riojano de Salud
Montiel Quiñones, María Soledad	Servicio Riojano de Salud
Mosquera Lozano, José Daniel	Servicio Riojano de Salud
Muñoz Castellano, Julián	Servicio Riojano de Salud
Musitu Pérez, Victoria	Fundación Hospital Calahorra
Nadal Ribelles, Roger	Servicio Riojano de Salud
Olloqui Mundet, Jorge	Servicio Riojano de Salud
Ortega Gómez de Garoña, Ignacio	Servicio Riojano de Salud
Oteo Revuelta, José Antonio	Servicio Riojano de Salud
Perucha González, Josefina	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Poch Olive, María Luisa	Servicio Riojano de Salud
Porres Gómez, Beatriz	Servicio Riojano de Salud
Portero Pérez, María Pilar	Servicio Riojano de Salud
Quiñones Rubio, Carmen	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Revilla Grande, Olga	Servicio Riojano de Salud
Revorio González, José Juan	Servicio Riojano de Salud
Rodríguez Méndez, José Ramón	Servicio Riojano de Salud
Rodríguez Regadera, Elena	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Rubio Lejardi, María Aránzazu	Servicio Riojano de Salud
Ruiz Clavijo, Maite	Servicio Riojano de Salud
Ruiz de Ocenda, Manuel	Servicio Riojano de Salud
Ruiz del Campo, María	Servicio Riojano de Salud
Ruiz del Prado, Yolanda	Servicio Riojano de Salud
Ruiz Martínez, Carlos	Servicio Riojano de Salud
Ruiz Ruiz, Elena	Consejería de Salud y Servicios Sociales
Sacristán Terroba, Begoña	Servicio Riojano de Salud
Sainz Bretón, Gonzalo	Servicio Riojano de Salud
Santolalla Arnedo, Iván	Servicio Riojano de Salud
Sedano García, José Ignacio	Servicio Riojano de Salud
Sequera Pérez, Laura	Asociación Riojana de Daño Cerebral Adquirido.
Sierra Hierro, Eduardo	Servicio Riojano de Salud
Sola Lapeña, Carlos	Fundación Hospital Calahorra
Truchuelo Espinosa, Rubén	Servicio Riojano de Salud
Vázquez García, José Antonio	Diabéticos Asociados Riojanos
Vélez de Mendizábal García de Iturriaga, Edelmira	Servicio Riojano de Salud
Villar García, Gonzalo	Servicio Riojano de Salud

Relación de entidades participantes en los grupos de trabajo

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de La Rioja
Asociación Riojana de Daños Cerebral Adquirido
Asociación Riojana de Familiares de Enfermos Psíquicos (ARFES Pro-Salud Mental)
Consejería de Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente
Consejería de Educación, Cultura y Turismo
Consejería de Presidencia y Justicia
Consejería de Salud y Servicios Sociales
Diabéticos Asociados Riojanos
Fundación Hospital Calahorra
Fundación Rioja Salud
Servicio Riojano de Salud

