

Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud

Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud

Estrategia aprobada por el Pleno
del Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud
el 20 de diciembre de 2012

Este documento debe citarse como: Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

Los representantes del Comité Técnico y Comité Institucional declaran que no tienen intereses que puedan condicionar sus aportaciones en relación con los objetivos y recomendaciones de esta estrategia



Edita y Distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18, 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-13-033-6

Imprime: Cia. Europea Digital Press, S.L.

El copyright y otros derechos de la propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para su uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución

Catálogo general de publicaciones oficiales

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud

Estrategia aprobada por el Pleno
del Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud
el 20 de diciembre de 2012



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Índice

Presentación

Introducción

A. Aspectos generales	15
A.1 Enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas: definición y agentes implicados	15
A.2 Impacto sociosanitario y laboral de las ERYMEs	27
A.3 Atención sanitaria de las ERYMEs en España	30
A.4 Marco referencial	32
A.5 Metodología	34
A.6 Misión, Visión y Valores: Objetivo general	35
B. Líneas Estratégicas	36
B.1 Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad	36
B.2 Capacitación y autonomía	39
B.3 Atención sanitaria y social	41
B.3.1 Detección y acceso precoz	41
B.3.2 Coordinación y continuidad asistencial	43
B.3.3 Mejora de la Práctica Clínica	45
B.4 Gestión de la información sanitaria y sistemas de información	47
B.5 Formación e investigación	48
C. Evaluación	52
D. Glosario	67
E. Listado de abreviaturas y acrónimos	73
F. Bibliografía	75

COMITÉ INSTITUCIONAL

Andalucía: Enrique Raya Álvarez

Aragón: Concepción Delgado Beltrán

Asturias (Principado de): Luis Gago Argüello

Baleares (Islas): Eusebio Castaño Riera

Canarias: Miguel Ángel Hernández Rodríguez

Cantabria: Jaime Calvo Alen

Castilla-La Mancha: José Luis Cuadra Díaz

Castilla y León: Ana M^a Álvarez Requejo

Cataluña: Marta Larrosa Padró

Comunidad Valenciana: José Román Ivorra

Extremadura: César Morales Jurado

Galicia: Javier Ventosa Rial

Madrid: José Perianes Matesanz

Murcia (Región de): Josefa Marín López

Navarra (Comunidad Foral): Eduardo Loza Cortina

País Vasco: Alberto Alonso Ruiz

Rioja (La): Angel Fernando Elena Ibáñez

Ingesa (Ceuta y Melilla): M^a Antonia Blanco Galán

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación: M^a Mercedes Vinuesa Sebastián, Directora General

Subdirección General de Calidad y Cohesión: Sonia García de San José, Subdirectora General. Isabel Peña-Rey Lorenzo, Consejera Técnica. Celia Juárez Rojo, Jefa de Servicio. Esther Grande López, Apoyo administrativo y logístico

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación: M^a. de los Santos Ichaso Hernández Rubio, Subdirectora Adjunta. Pedro Arias Bohigas, Consejero Técnico

Observatorio de Salud de las Mujeres: Sonia Peláez Moya, Jefa de Servicio.

Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología: María Jiménez Muñoz, Técnica Superior. Begoña Merino Merino, Consejera Técnica. Vicenta Lizarbe Alonso, Jefa de Área

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral: Montserrat García Gómez, Jefa de Área

Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios: Mercedes Martínez Vallejo, Consejera Técnica

Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión: Dolores Gómez-Martino Arroyo, Jefa de Servicio

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas: Luis Sánchez Galán, Subdirector General

Coordinadora científica: Rosario García de Vicuña Pinedo

COMITÉ TECNICO

Asociación Española contra La Osteoporosis (AECOS): Carmen Sánchez Chicharro

AEPROSER: Laura Cano García

Asociación Española de Fisioterapeutas (AEFI): M^a Eugenia Sánchez Llanos

Confederación Española de Personas Afectadas por Reumatismos (CONFEPAR): Antonio Ignacio Torralba Gómez-Portillo

Coordinadora Española de Asociaciones de Espondilitis: Isabel Rivero Ramos

Coordinadora Nacional de Artritis (Conartritis): M^a Luisa Balado García

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP): M^a José Peña Gascón

Fundación Afectados Fibromialgia: Antonio Collado Cruz

OpenReuma: Milena Gobbo Montoya

Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor (SEFID): Rafael Torres Cueco

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen): Sergio Gimenez Basallote

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFCY): Alejandro Tejedor Varillas

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG): Rafael Belenguer Prieto

Sociedad Española de Reumatología: Manuel Castaño Sánchez

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): Ildelfonso Hernández Aguado

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF): Mariano Flórez García

Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica (SECOT): José Cordero Ampuero

PERSONAS EXPERTAS

Antonio Fernández Nebro

Loreto Carmona Ortells

Juan Angel Jover Jover

M^a Teresa Ruiz Cantero

GRUPO DE REDACCIÓN

Rosario García de Vicuña Pinedo

Loreto Carmona Ortells

Sara Santos Sanz

Isabel Peña-Rey Lorenzo

Celia Juárez Rojo

Nuestro especial agradecimiento a Concha Colomer, impulsora de la elaboración de esta Estrategia. Nos dejó en abril de 2011 cuando dábamos los primeros pasos pero tuvo tiempo para indicarnos el camino a seguir

Presentación

Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyMEs) incluyen un amplio espectro de condiciones que por lo general se asocian con dolor y limitación de la movilidad aunque presentan especificidades según la enfermedad de que se trate. Se caracterizan por su alta prevalencia en la población general, su tendencia frecuente a la cronicidad y su potencial de ocasionar discapacidad. Tienen un gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que las padecen. Están relacionadas con el envejecimiento progresivo de la población y con los cambios en los estilos de vida, por lo que se prevé que estas enfermedades irán en aumento en los próximos años. Además tienen importantes repercusiones en la esfera psicosocial de las personas que las padecen. Según la OMS, las enfermedades reumáticas en su conjunto suponen la primera causa de discapacidad física en el mundo occidental (de origen no mental).

Los factores que pueden facilitar la aparición o empeorar la evolución de muchas de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas más frecuentes, están relacionados con las condiciones de vida y de trabajo y las conductas de salud con ellas relacionadas. Estos factores son comunes a otras condiciones crónicas de salud. Por ello, las acciones dirigidas a promover la adquisición de hábitos de vida saludables y a fomentar un entorno social y medioambiental adecuado, en el que las opciones saludables sean las más fáciles de elegir, podrán prevenir el desarrollo y aparición de estas enfermedades. Este tipo de medidas tendrán asimismo efectos beneficiosos sobre otros problemas de salud.

Debido a la heterogeneidad de estas enfermedades y la diversidad de profesionales implicados en su atención es importante garantizar un abordaje integral e interdisciplinar, así como una adecuada coordinación y comunicación entre ámbitos asistenciales y con otros servicios socio-sanitarios. Solo así se podrá optimizar la prevención y atención a personas con ERyMEs y lograr un abordaje más eficiente y centrado en el paciente. La promoción del autocuidado posibilita que los pacientes adquieran un papel más activo, participando en la toma de decisiones más adecuadas en relación con su salud y enfermedad.

La Estrategia en ERyMEs del Sistema Nacional de Salud (SNS) establece un conjunto de objetivos y recomendaciones orientados a la promoción y prevención de estas enfermedades, al fomento de una atención integrada e interdisciplinar y a la mejora de la calidad de vida de las personas que ya las padecen. Dichos objetivos se enmarcan en 5 líneas estratégicas que abordan la equidad y salud en todas las políticas, la promoción de la

salud y prevención de la enfermedad, la capacitación y autonomía, la atención sanitaria y social, la gestión de la información y la formación e investigación. Al igual que todas las estrategias en salud del SNS, constituye una herramienta que promueve los principios de calidad, equidad y cohesión territorial.

En la elaboración de la Estrategia han participado expertos, sociedades científicas y asociaciones de pacientes junto a representantes de las Consejerías con competencias en materia de Sanidad de las Comunidades Autónomas y profesionales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Quisiera manifestar mi más sincero agradecimiento a todos ellos, en especial a la Dra. Rosario García de Vicuña, coordinadora científica de la Estrategia, por su dedicación y esfuerzo. Gracias al trabajo de todos los que han participado en su elaboración, ha sido posible disponer de esta Estrategia que será un instrumento que contribuirá a prevenir la aparición de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas y a mejorar la calidad de vida de las personas que ya las padecen.

Ana Mato Adrover
Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Introducción

Los cambios demográficos, sociales y tecnológicos de las últimas décadas han modificado el concepto de salud y de calidad de vida, e imponen un nuevo escenario, presidido por la globalización y la rápida generación y difusión de conocimientos. Este escenario, junto a cambios en los patrones de enfermar y de entender la salud, se enfrenta con los riesgos asociados al desarrollo de una economía global, donde los sistemas financieros internacionales imponen la supremacía de la economía frente a las políticas sociales. Nuestro sistema sanitario, al igual que muchos de nuestro entorno en Europa, debe hacer frente a nuevos retos para mantener su sostenibilidad: el envejecimiento de la población, cambios tecnológicos acelerados cada vez más costosos que modifican el diagnóstico y tratamiento, el aumento del nivel de información y expectativas de los ciudadanos y un gasto sanitario constantemente creciente. En una realidad marcada por la preponderancia de enfermedades crónicas, debemos explorar nuevas fórmulas de cuidado y formación sanitaria, en colaboración con otros profesionales y con la comunidad, para variar nuestro sistema de provisión de cuidados y transformarlo en un auténtico sistema de atención y coordinación sociosanitaria.

Idealmente, esta atención, y por lo tanto la práctica clínica, debe estar basada en evidencia y centrada en el paciente. En adaptación a las nuevas demandas por el actual concepto de salud, el centro del sistema se ha ido desplazando de la enfermedad al paciente y, cada vez más rápidamente, camina ahora hacia un sistema centrado en el ciudadano.

Todas estas demandas se han ido produciendo sin la implantación de una cultura generalizada de gestión de calidad (“evaluar para mejorar”) por lo que el sistema se enfrenta a nuevos retos para conseguir un incremento de la productividad sanitaria. Nunca como ahora es más necesaria la implantación de políticas y estrategias de efectividad reconocida, que rediseñen los procesos y las tareas de los profesionales de forma integradora, en las patologías de mayor repercusión. En estas condiciones, es importante evaluar correctamente el impacto de las enfermedades, no sólo en su vertiente individual, sino también epidemiológica y socioeconómica.

El primer rasgo destacable de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ER y MEs) es su alta prevalencia en la población general, con gran tendencia a la cronicidad y un gran riesgo de conducir a limitación funcional. No es difícil adivinar el impacto personal, laboral y familiar de estas enfermedades cuando producen dolor, dependencia y pérdida de autonomía personal, pero son los costes socioeconómicos directos

y los indirectos derivados de la falta de productividad y prestaciones sociales lo que lo convierten en un problema de salud de primera magnitud.

Afortunadamente, hay muchas situaciones en las que esta discapacidad es en gran medida prevenible. La carga de la enfermedad puede ser disminuida por un estilo de vida más saludable junto al diagnóstico e intervención precoz. Adicionalmente, los cambios en las estrategias y el arsenal terapéutico permiten cambiar los paradigmas vigentes hasta hace unos años: actualmente es razonable pensar en la remisión de muchas enfermedades y recuperar en gran medida la calidad de vida.

Sin embargo, estos avances en el abordaje de las enfermedades no se han trasladado de forma uniforme a todos los profesionales ni en todos los escenarios. Un mismo proceso dista mucho de ser atendido de forma estandarizada y ocurre, con cierta frecuencia, en las patologías más prevalentes y con mayor impacto. Por eso, es fundamental la formación de todos los agentes implicados, en todos los niveles (pregrado, postgrado y continuada) para disminuir la variabilidad en el manejo no justificada. No obstante, las fuentes de variabilidad pueden venir condicionadas por otros factores y hay que recordar que no toda variabilidad supone una inequidad. Por este motivo, es fundamental conocer los recursos disponibles y establecer la gestión por procesos, definiendo los roles de cada profesional en un entorno concreto y basados en criterios de eficiencia.

Básicamente el marco propuesto para una provisión de cuidados de excelencia en las ERYMEs se fundamenta en:

1. un público bien informado, autónomo y responsable, que pueda tomar medidas para prevenir la enfermedad, con facilitación de su acceso al sistema de salud cuando la desarrolle, y que pueda participar en la toma de decisiones;
2. unos profesionales altamente cualificados y formados, con una adecuada colaboración entre atención primaria y especializada, y capacidad para trabajar en distintos modelos organizativos que se hayan demostrado eficaces, multidisciplinarios, y que impliquen también a los pacientes y cuidadores;
3. decisiones basadas en el conocimiento de la situación y en la evaluación de tecnologías y tratamientos, con incorporación a la práctica diaria de las opciones de tratamiento más efectivo;
4. un servicio de respuesta sensible a las diferentes necesidades de los diferentes pacientes.

En este marco conceptual, el manejo más efectivo de las ERYMEs exige un esfuerzo de coordinación para integrar la participación de múltiples profesionales en torno a necesidades concretas del paciente en momentos concretos, sin que se produzcan redundancias ni déficits.

Por todo lo anterior, desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se reconoce como una prioridad la elaboración e implantación de una Estrategia en ERyMEs del SNS. Las recomendaciones que surjan del presente documento deben focalizarse fundamentalmente en intervenciones transversales que mantengan o mejoren la salud de los pacientes reumáticos independientemente de la enfermedad de base. Dada la gran heterogeneidad de las ERyMEs, algunos apartados especificarán qué prácticas o intervenciones son más adecuadas para cada grupo de enfermedades.

Txaro García de Vicuña

A. Aspectos generales

A.1 Enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas: definición y agentes implicados

Bajo el término *enfermedades reumáticas* se incluyen más de 200 enfermedades que tienen en común la presencia de manifestaciones clínicas en el aparato locomotor, si bien en buena parte de ellas subyace una alteración de la respuesta inmune/inflamatoria, por lo que la prevención, diagnóstico y tratamiento debe dirigirse tanto a sus aspectos locales como sistémicos. El término *enfermedades musculoesqueléticas* (de la traducción literal del inglés *musculoskeletal diseases*) describe bien las estructuras que afectan (huesos, articulaciones, estructuras periarticulares y músculos) e incluye todo tipo de artritis, dolor lumbar, enfermedades óseas, reumatismos de partes blandas con dolor regional o generalizado y enfermedades sistémicas del tejido conectivo. Sin embargo, el término refleja peor la capacidad de afectación sistémica y de órganos vitales que complica el abordaje de muchas de estas enfermedades. Esta limitación semántica, que dificulta en gran medida el conocimiento y verdadera naturaleza de este grupo de enfermedades, ha llevado a recoger ambas denominaciones, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyMEs) en esta Estrategia del Sistema Nacional de Salud.

Las ERyMEs incluyen un espectro amplio de condiciones que va desde enfermedades de inicio agudo o subagudo hasta otras de larga evolución. Por lo general se asocian con dolor y limitación de la movilidad con particularidades en sus manifestaciones clínicas, morbilidad y mortalidad. Comprenden las enfermedades articulares, las del tejido conectivo, los problemas de columna vertebral, los reumatismos de partes blandas, la artrosis y la osteoporosis entre otras.

Entre la población general, las enfermedades reumáticas son a menudo malinterpretadas como una parte inevitable del envejecimiento, y como enfermedades de personas de edad avanzada en las que no hay lugar para una intervención o tratamiento efectivo. Sin embargo, las intervenciones preventivas y de promoción de la salud pueden reducir el riesgo de desarrollar algunas de estas enfermedades o su carga de enfermedad, y la mejora en el diagnóstico y tratamiento precoz, conducen a una mayor calidad de vida en las personas que las padecen.

Las ERyMEs son atendidas por profesionales de distintas disciplinas y ámbitos de atención, heterogeneidad que demanda un abordaje integral,

e interdisciplinar para optimizar la atención a las personas afectadas. Como ejemplo, existen experiencias que organizan funcionalmente la atención integrada de varios profesionales en patologías concretas (uveítis, embarazo de alto riesgo en enfermedades reumáticas, dolor crónico idiopático, escuelas de espalda...).

Debido al carácter multidimensional de las ERYMEs, su gestión terapéutica requiere un abordaje desde una perspectiva biopsicosocial. En este sentido es importante destacar que los determinantes sociales de la salud (posición socioeconómica, ocupación, género...) condicionan de forma decisiva el desarrollo y curso de estas enfermedades y pueden generar inequidades. Adicionalmente, existen desigualdades por género, nivel educativo y socioeconómico en la carga de cuidados no profesionales dedicados a las personas con ERYMEs¹.

Diferentes experiencias de información y formación en el proceso de salud y en la autogestión de la enfermedad, tales como los programas de Paciente Experto o las Escuelas de Pacientes, entre otras, son instrumentos útiles para avanzar hacia una participación real de la ciudadanía y pacientes en el cuidado de su salud. Las administraciones públicas y los responsables de las empresas tienen un papel relevante en la configuración de las condiciones de vida que influyen en la mayor o menor probabilidad de desarrollar algunas de estas enfermedades. A su vez los medios de comunicación, el ámbito educativo y otros sectores (Medio Ambiente, Empleo, Deporte etc...) son fundamentales para mejorar el conocimiento de las ERYMEs y para sensibilizar sobre la necesaria participación de los ciudadanos que las padecen o pueden padecerlas, en su prevención y cuidado.

Carga de enfermedad

Las ERYMEs se caracterizan por su alta prevalencia en la población general, su tendencia frecuente a la cronicidad y su potencial para ocasionar discapacidad. Tienen un gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que las padecen y son una causa importante de consumo de recursos sanitarios y pérdida de productividad laboral. Con el envejecimiento progresivo de la población y los cambios en los estilos de vida se prevé que estas enfermedades vayan en aumento en los próximos años. La carga de enfermedad (CdE) atribuible al conjunto de las ERYMEs permite medir las pérdidas de salud que para una población representan tanto las consecuencias mortales como las no mortales de las enfermedades, y ofrece la posibilidad de sintetizar en un único valor el conjunto de datos epidemiológicos de cada enfermedad (mortalidad, incidencia y discapacidad)².

Las ERYMEs son una causa importante de morbilidad en Europa. Según el Eurobarómetro de 2007³, el 22 % de la población europea sufre o ha sufrido alguna enfermedad crónica musculoesquelética.

De la población europea que recibe algún tratamiento crónico, el 32 % de los casos es debido a estas enfermedades, sólo superadas por la hipertensión³. El dolor es un síntoma frecuente en las enfermedades musculoesqueléticas y uno de los principales motivos de discapacidad asociada. Según este mismo Eurobarómetro³, un tercio de las personas encuestadas (32 %) refería dolor en músculos, articulaciones, cuello o espalda hasta el punto de afectar a sus actividades de la vida diaria en la semana previa a la encuesta, y un 25 % habían experimentado dolor crónico musculoesquelético limitante.

El dolor de espalda representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia y su repercusión socioeconómica. Se estima que la prevalencia anual de dolor lumbar en población general oscila entre el 22 y el 65 %⁴. Según la Encuesta Europea de Salud en España (EES 2009), en los 12 meses anteriores a la encuesta, el dolor lumbar y el cervical se encuentran entre los trastornos más frecuentes padecidos por la población mayor de 16 años solo superados por la hipertensión arterial al igual que ocurre en el contexto europeo⁵. La prevalencia de estos problemas es más elevada en las mujeres, con una frecuencia en el caso del dolor cervical de más del doble que la declarada por los hombres (8,3 % hombres vs 20 % mujeres). Además, aumenta con la edad y a medida que se desciende en la escala social. Asimismo, se observa que los medicamentos frente al dolor osteoarticular o muscular son los consumidos por un mayor porcentaje de población en las últimas dos semanas.

En el ámbito laboral, los trastornos musculoesqueléticos se encuentran entre los problemas más importantes de salud en el trabajo⁶. La Encuesta Europea de Población Activa del año 2010 mostró que cerca del 60% de los trabajadores, tanto hombres como mujeres, manifestaba haber padecido trastornos musculoesqueléticos originados por el trabajo en los últimos doce meses, y el informe *Fit for work in Europe*⁷ del año 2009 concluía que uno de cada seis trabajadores europeos (44 millones en total) padecía un problema crónico de carácter musculoesquelético que afectaba a su capacidad para trabajar. En total, más de 100 millones de ciudadanos europeos padece dolor crónico de origen musculoesquelético, y este tipo de trastornos da lugar a la proporción registrada más alta de incapacidad temporal (IT) sobre cualquier otro tipo de dolencia.

En la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo se recoge un dato de percepción del riesgo entre la población trabajadora muy destacable: un 84% de los trabajadores encuestados señala que está expuesto “siempre o casi siempre” o “a menudo” a algún aspecto deficiente relativo a las demandas físicas de su puesto de trabajo⁸. Las demandas físicas más habituales son repetir los mismos movimientos de manos o brazos (59%) y adoptar posturas dolorosas o fatigantes (35,8 %)⁹.

La frecuencia de estas enfermedades varía según sexo y grupos de edad, dependiendo de la patología. En el Informe Mujer y Salud 2008-2009 en España, se señala que es 1,8 veces más probable que las mujeres presenten algún problema crónico y 1,5 veces más probable que vean limitada su actividad a causa de ese problema, en comparación a los hombres, independientemente de su edad, la clase social, el nivel cultural o la situación laboral. En relación con las ERYMEs que padecen las mujeres, se observa que la artrosis, artritis y osteoporosis aumentan con la edad y son más frecuentes entre los 45 y 64 años. Los dolores de espalda (cervical y lumbar) también aumentan con la edad, pero alcanzan prevalencias altas ya en el grupo de 30 a 44 años, y forman parte de los problemas crónicos más frecuentes en el grupo de mujeres jóvenes de 16 a 29 años¹⁰.

Aproximadamente un 23 % de la población española mayor de 20 años refiere estar diagnosticada de alguna ERYME, siendo el grupo diagnóstico más frecuente, seguido de la hipertensión (17 %) y la hipercolesterolemia (13,5 %)¹¹. En la Tabla 1 se pueden observar las prevalencias de algunas de estas ERYMEs, diferenciadas por sexo.

Tabla 1. Prevalencia por 100 habitantes de las principales ERYMEs en España, por sexos

Enfermedad	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza (IC) (95%)	Total población afectada (n)	Mujeres (%)	Hombres (%)
Lumbalgia puntual	14,8	[12,2-17,4]	6.000.000	17,8	11,3
Osteoporosis	10,5	[2,6-4,2]	4.320.000	15,6	8,4
Artrosis de rodilla	10,2	[8,5-11,9]	4.200.000	14,0	5,7
Artrosis de manos	6,2	[5,9-6,5]	2.500.000	9,5	2,3
Artrosis de cadera(1)	4,0		200.000	4,0	4,0
Fibromialgia	2,4	[1,5-3,2]	900.000	4,2	0,2
Artritis reumatoide	0,5	[0,3-0,9]	200.000	0,8	0,2
Espondilitis anquilosante(1)	0,1		41.000	0,01	1,0
Lupus eritematoso sistémico	0,009		4.000	0,01	0,0001

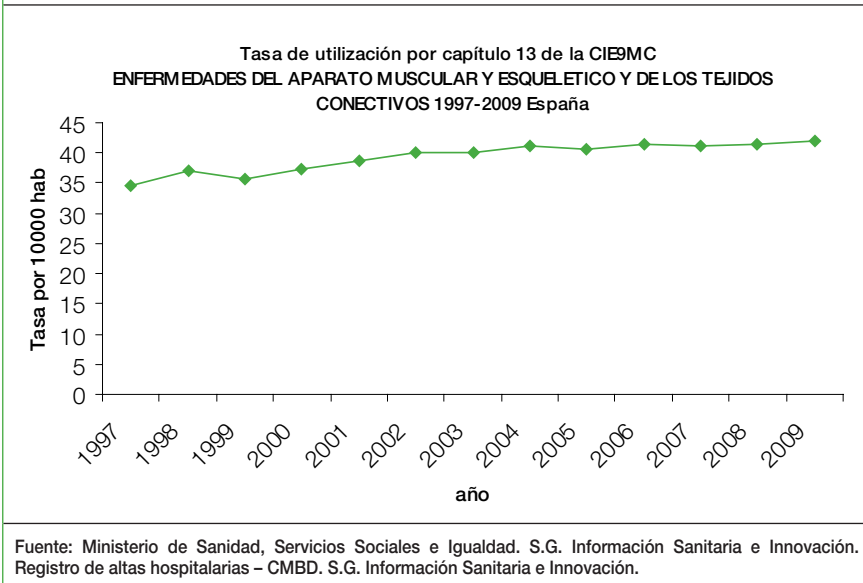
* Todos los datos son nacionales y provienen del estudio EPISER (Sociedad Española de Reumatología, 2000)(1) excepto los datos de artrosis de cadera y espondilitis anquilosante (2004) que son datos no publicados para población española, extrapolado de Dawson J, Linsell L, Zondervan K, Rose P, Randall T, Carr A, et al. Epidemiology of hip and knee pain and its impact on overall health status in older adults. Rheumatology (Oxford). 2004;43:497-504.

Respecto a la artritis reumatoide, su incidencia en nuestro país se estima en 10 casos por 10.000 habitantes¹².

Las ERYMEs tienden a considerarse enfermedades benignas en su conjunto porque presentan una baja morbilidad medida en número de ingresos hospitalarios y una baja mortalidad. Sin embargo, según datos de altas hospitalarias del CMBD de 2010, las enfermedades del aparato muscular y esquelético y del tejido conectivo supusieron el diagnóstico principal de ingreso en 192.681 casos, con 6 días de estancia media, que supone una incidencia de 41,8 ingresos por 10.000 habitantes¹³. Se estima que cada año se producen en España aproximadamente 7 fracturas osteoporóticas de cadera por cada 1.000 habitantes mayores de 60 años (74% en mujeres y 26 % en hombres; edad media de 80 años)¹⁴ y se registran 11 casos por 10.000 de hospitalización por fractura de fémur¹³.

Según datos de altas hospitalarias del CMBD, las tasas de ingresos por estas patologías se han ido estabilizando en los últimos años hasta donde hay datos disponibles (Gráfica 1).

Gráfica 1. Tendencia de la tasa de ingresos hospitalarios por 10.000 habitantes debido a causas incluidas en el capítulo 13 de la CIE-9MC (CMBD): Enfermedades del Aparato Muscular y esquelético y de los tejidos conectivos 1997-2009. España.



En cuanto a la gravedad, algunas enfermedades reumáticas como la esclerodermia, el lupus eritematoso sistémico o las vasculitis tienen un alto riesgo de mortalidad, y en otras, como la artritis reumatoide, la esperanza de vida está acortada respecto a la población general. En muchas ocasiones las ERyMEs no son causa de mortalidad directa pero sí indirecta. Así, el 5% de las personas ingresadas por fractura osteoporótica de fémur mueren durante la hospitalización y el 20-25 % a lo largo del año siguiente a la fractura, por complicaciones derivadas¹⁵. Las enfermedades reumáticas inflamatorias, sobre todo la artritis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico, disminuyen también la esperanza de vida al aumentar el riesgo de comorbilidades como la enfermedad cardiovascular o infecciones graves^{16,17}.

Determinantes de la salud

Los factores que pueden facilitar la aparición o empeorar la evolución de las ERyMEs más frecuentes están relacionados con las condiciones de vida y de trabajo y las conductas de salud con ellas relacionadas. Aunque estos factores varían de unas enfermedades a otras son, en general, modificables. La prevención de algunos grupos de ERyMEs está muy asociada con la identificación, prevención, eliminación y control de los riesgos laborales, y con la promoción de estilos de vida saludables, como el mantenimiento de una dieta adecuada y la realización de ejercicio físico. Es por tanto necesario promover unas condiciones de vida y un entorno físico y social en el que las elecciones saludables sean las más fáciles de tomar, así como desarrollar acciones efectivas de prevención de los riesgos laborales relacionados. Dado que los determinantes que influyen en la salud musculoesquelética son comunes a otras enfermedades crónicas estas medidas producirán efectos beneficiosos sobre otros problemas de salud.

La salud está condicionada no solo por determinantes sociales intermediarios, como las conductas relacionadas con la salud o estilos de vida, sino también por determinantes sociales estructurales como son la clase social (educación, situación laboral, renta), el género, entorno social, el territorio o la exclusión social. Se trata de factores ajenos al ámbito de la salud, por lo que su abordaje es necesariamente multisectorial y requiere de la participación de sectores no relacionados con el sistema sanitario.

Entre los determinantes intermediarios de la salud relacionados con las ERyMEs se incluyen la inactividad física, una dieta inadecuada, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol.

En este contexto, la artrosis está correlacionada con la edad y su localización en rodilla y cadera se relaciona con la obesidad¹⁸.

La aparición de lumbalgia se relaciona con la edad, el sedentarismo y la obesidad. El fortalecimiento de la musculatura y los ajustes ergonómicos pueden influir en su prevención. Los factores psicológicos y ocupacionales juegan un importante papel. Es relevante identificar de manera precoz a aquellas personas con lumbalgia que presentan riesgo de desarrollar dolor crónico y discapacidad.

Hábitos poco saludables como una mala higiene dental o el tabaquismo pueden contribuir al desarrollo de artritis crónicas en personas predispuestas^{19,20,21}. Aunque la artritis reumatoide está influenciada por factores genéticos, se han acumulado múltiples evidencias en los últimos años sobre el papel indiscutible del consumo de tabaco como factor de riesgo para la aparición de artritis reumatoide y en menor medida de lupus eritematoso sistémico. Igualmente se ha demostrado su influencia en la gravedad de la enfermedad y en la aparición de comorbilidades que ensombrecen el pronóstico^{22,23}.

Otras enfermedades como la osteoporosis se pueden prevenir en gran medida asegurando una buena masa ósea en el pico máximo (en torno a los 30-35 años), por lo que las medidas preventivas deben comenzar en la infancia y la adolescencia.

Adicionalmente, existen factores de riesgo no modificables como los genéticos, pero su influencia es muy heterogénea en estas enfermedades.

Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad, cada vez más frecuentes incluso desde la infancia, son un problema mundial en aumento. En España, la obesidad en la población infantil se encuentra entre las más altas de Europa. Según el estudio ALADINO España 2010-2011 se estima la prevalencia de obesidad en un 20,9 % en niños y un 15,5 % en niñas de entre 6 a 9 años y la prevalencia de sobrepeso en un 26,7 % en niños y un 25,7 % en niñas. Tanto el sobrepeso como la obesidad afectan más a los niños y niñas que se desarrollan en entornos más desfavorecidos desde el punto de vista educativo y económico²⁴.

Según datos de la EES 2009, la prevalencia de obesidad en población adulta de 18 y más años en nuestro país es de 17,3 % para hombres y 14,7 % para mujeres, siendo mayor entre las clases sociales más desfavorecidas⁵.

Sedentarismo

El sedentarismo es una de las causas de la obesidad y es reconocido como un determinante cada vez más importante de la salud. El ejercicio físico moderado y adaptado mejora la evolución de la artrosis y las artritis, ya que

reduce el dolor y aumenta la movilidad. La realización de ejercicio físico a partir de los 65 años, mejora la salud en general y reduce la fragilidad y el riesgo de caídas. Según datos de la EES 2009, el 12 % de la población adulta no realiza habitualmente actividad física, siendo esta cifra algo más alta en mujeres. Según la Encuesta Nacional de Salud 2006 (ENSE 2006), el 20 % de la población de 0 a 15 años no hace ejercicio y solo el 18 % hacen entrenamiento físico o deportivo varias veces a la semana (siendo en este último caso la cifra muy superior en hombres, 23 % respecto a un 12 % de mujeres)²⁵.

Tabaco

El consumo de tabaco sigue siendo una de las causas principales de mortalidad prematura aunque en los últimos años se ha observado una reducción progresiva del consumo de tabaco con la adopción de políticas de salud pública. Según datos de la EES 2009 en España, un 26,2 % de la población de 16 años y más afirma fumar a diario. La prevalencia del tabaquismo es superior en los hombres, a excepción del grupo de edad de 14-18 años, con un consumo más frecuente en mujeres. En hombres se observa un gradiente social en el porcentaje de fumadores diarios en el grupo de 16-44 años, con menor prevalencia a mayor nivel de estudios. En las mujeres no se aprecia un patrón tan marcado por nivel de estudios, donde por el contrario, la prevalencia es menor entre las de nivel de estudios más bajo⁵.

Alcohol

Además de numerosos problemas de salud, el consumo nocivo o perjudicial de alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de osteoporosis, artritis gotosa o enfermedades musculares.

Tanto la Estrategia de la UE para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol²⁶, como el Plan de Acción para reducir el uso nocivo de alcohol en la región europea de la OMS 2012/2020²⁷, marcan las líneas que deben de seguir los Estados miembros para reducir los daños relacionados con el consumo de riesgo y nocivo de alcohol. Entre ellas, la prevención mediante la identificación temprana y la intervención breve, son fundamentales para conseguir los objetivos propuestos en estas políticas, siendo los sistemas de salud y en especial la atención primaria, un pilar esencial en su desarrollo.

Clase social

Las personas de clases sociales más privilegiadas tienen una mejor salud percibida y una menor mortalidad que las personas de clases sociales más desfavorecidas²⁸. En la EES 2009, se observa que el 16,2 % de las personas con las rentas más bajas perciben su estado de salud como malo o muy malo, frente al 2,8 % entre los de rentas más altas. Según nivel de estudios, se observa que el 24 % de las personas que no saben leer o escribir o tienen los estudios primarios incompletos, perciben su salud como mala o muy mala, mientras que entre los que tienen estudios superiores esta cifra es del 1,7 %. Se ha descrito una mayor prevalencia de problemas crónicos musculoesqueléticos entre las personas con un menor nivel socioeconómico. Según patologías concretas padecidas en los últimos 12 meses, un 17 % de la población sin estudios sufre osteoporosis, un 31 % cervicalgia crónica y un 33,5 % lumbalgia crónica frente a un 2%, 11 % y 12 % respectivamente entre la población que tiene estudios superiores. Estas desigualdades han aumentado a lo largo del tiempo en la mayoría de países desarrollados debido a que la salud ha mejorado más en las clases sociales aventajadas.

Género

Se ha objetivado que entre las personas con artritis reumatoide, la percepción del estado de salud es peor en las mujeres que en los hombres sea cual sea el grupo de edad, clase social, nivel de estudios o situación laboral, llegando incluso a distorsionar las medidas de respuesta terapéutica²⁹. Las mujeres y los hombres en las edades centrales de la vida están expuestos a diferentes riesgos derivados de las condiciones de trabajo. En este ámbito y con cierta frecuencia las mujeres acumulan adicionalmente la confluencia de trabajo remunerado y no remunerado (doble o triple jornada). Las mujeres asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales, se responsabilizan de las tareas más pesadas y demandantes y dedican más tiempo a cuidar¹. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) 2008, tres de cada cuatro personas cuidadoras principales son mujeres³⁰.

Edad

Los cambios demográficos, en las últimas décadas, nos enfrentan al creciente peso de la población mayor en la sociedad. Según datos del INE, el 1 de enero de 2011 había 8.092.853 personas mayores de 65 años, el 17,2% sobre el total de la población, representando las personas de 80 y más años el 5,1% de toda la población. Se trata de una población frágil y en la que las ERyMEs son muy prevalentes por lo que es necesario

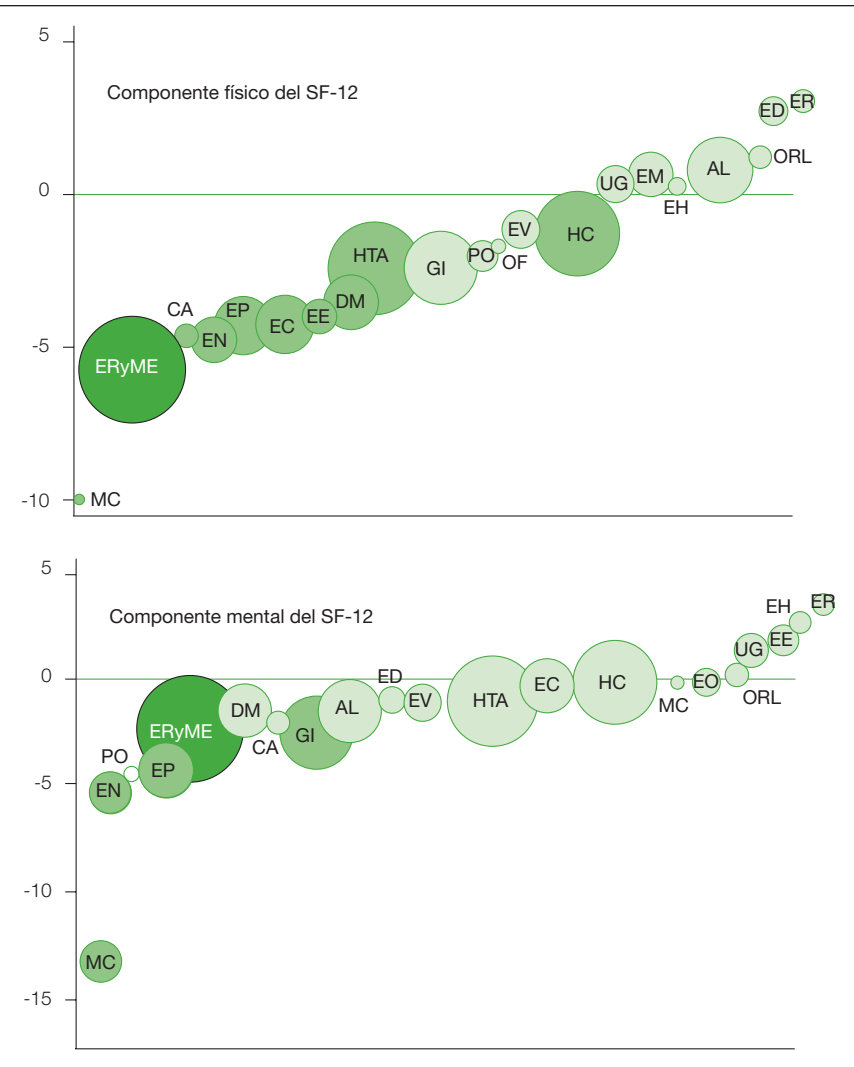
impulsar el envejecimiento activo y saludable y desarrollar actividades de prevención. No obstante hay que recordar que las ERYMEs pueden afectar a personas de todas las edades.

Discapacidad funcional y calidad de vida

Además de su repercusión física y biológica, las ERYMEs afectan también a la persona en su esfera psicosocial³¹. A su vez, se ha observado que estos factores psicosociales tienen una clara influencia en los resultados en salud y en la calidad de vida de los pacientes³². Existe evidencia que constata el gran impacto de estas enfermedades en el entorno familiar y social de las personas afectadas a través de la carga soportada por las personas que les cuidan³³. Esto es especialmente relevante cuando las ERYMEs afectan a personas de edades avanzadas que pueden estar en situación de dependencia, hecho que implica una gran repercusión sobre el desarrollo laboral y la calidad de vida de las personas cuidadoras. En nuestro país, la investigación sobre el ámbito de los cuidados ha puesto de manifiesto que existen numerosos factores determinantes de la calidad de vida de las personas cuidadoras, relacionados con las características sociodemográficas y de relación entre la persona cuidadora y la dependiente, el tipo, la duración y la intensidad de los cuidados, pero sobre todo, la disponibilidad de apoyo social y familiar y especialmente de los servicios sociales y sanitarios³⁴.

Este grupo de enfermedades causan un importante problema en la esfera física y mental de la persona y en el entorno social que la rodea. Según la OMS, las enfermedades reumáticas en su conjunto suponen la primera causa de discapacidad física en el mundo occidental (de origen no mental). Sólo la artrosis de rodilla supone la cuarta causa a nivel global de años perdidos por discapacidad³⁵. El impacto de estas enfermedades en la calidad de vida es muy llamativo sobre todo si se compara con otras enfermedades crónicas. El análisis de los datos de EPISER muestra que cuando la carga de enfermedad se mide teniendo en cuenta el impacto en la calidad de vida, en su dimensión tanto física como mental, las enfermedades reumáticas se sitúan entre las primeras debido a su frecuencia, a la misma altura que otras enfermedades crónicas prevalentes como las neurológicas, cardiovasculares y respiratorias³⁶ (Gráfica 2). Este estudio describe que el 1,5 % de la población española adulta está seriamente limitada para la realización de actividades cotidianas, siendo los determinantes sociales más relacionados el ser mujer, mayor, de clase social baja y la presencia de otras enfermedades crónicas.

Gráfica 2. Calidad de vida en enfermedades crónicas.



Los paneles muestran la puntuación media en el cuestionario de calidad de vida SF-12 (superior en el componente físico e inferior en el mental) de distintas enfermedades o grupos de enfermedades. El tamaño del círculo se corresponde con la prevalencia del problema. (Fuente: EPISER, Sociedad Española de Reumatología).

Abreviaturas: MC, malformaciones congénitas; ERyME, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas; CA, cáncer; EN, enfermedades neurológicas; EP, enfermedades pulmonares; EC, enfermedades del corazón; EE, enfermedades endocrinas; DM, diabetes mellitus; HTA, hipertensión arterial; GI, enfermedades gastrointestinales; PO, problemas ortopédicos; OF, enfermedades oftalmológicas; EV, enfermedades vasculares; HC, hipercolesterolemia; UG, problemas urogenitales; EM, enfermedades mentales; EH, enfermedades hematológicas; AL, alergias; ORL, problemas otorrinolaringológicos; ED, enfermedades dermatológicas; ER, enfermedades renales.

Dentro de las enfermedades reumáticas, el mayor impacto poblacional en la calidad de vida corresponde a la artritis reumatoide, la artrosis de rodilla, la lumbalgia o la fibromialgia. La discapacidad no sólo es física, sino que también se asocia a altas tasas de depresión y de pérdida de la autoestima, con una repercusión muy significativa en la esfera física, mental y emocional de la persona, incluida la esfera sexual que es importante abordar.

Esta discapacidad se puede prevenir o bien retrasar su progreso, tanto en procesos agudos como la lumbalgia aguda, como en crónicos como la artritis reumatoide^{37,38}. En las enfermedades inflamatorias es posible disminuir la carga de enfermedad, si se interviene dentro de un marco temporal muy temprano, llamado *ventana de oportunidad terapéutica*, antes de que se perpetúe el mecanismo lesivo y se produzca una lesión irreversible. Esta intervención temprana es hoy factible por los avances alcanzados en el diagnóstico precoz y la posibilidad de identificar personas con mayor riesgo de enfermedad o con una enfermedad más grave, que permiten adaptar el esquema terapéutico. Gracias a los avances en las estrategias y arsenal terapéutico se ha conseguido cambiar el paradigma vigente hasta hace unos años en las enfermedades inflamatorias y en la actualidad la remisión es un objeto factible. Por otro lado, un reto muy importante en el diagnóstico de procesos como la lumbalgia es diferenciar al 90 % cuyo origen son procesos musculoesqueléticos benignos, del 10 % cuya lumbalgia es producida por otras enfermedades específicas que precisan un rápido y adecuado tratamiento. En el manejo habitual de la lumbalgia, sería de interés conocer aquellos factores que predicen el paso de lumbalgia aguda a lumbalgia crónica para hacer una valoración precoz de aquellos pacientes en riesgo de cronicidad y adoptar una serie de medidas que disminuyan el riesgo. Los factores clínicos no han demostrado ser buenos predictores de cronicidad, por lo que en los últimos años se ha insistido en la influencia de los factores psicosociales y ocupacionales en la progresión de la lumbalgia de aguda a crónica. En este contexto y de forma global, el tratamiento del dolor crónico debe dirigirse a conseguir la recuperación funcional con la reanudación de las actividades diarias y la incorporación laboral lo antes posible³⁹.

Tras estas consideraciones podemos afirmar que actualmente es posible recuperar en gran medida la calidad de vida de las personas con ERyMEs e incluso alcanzar la remisión en gran parte de ellas.

Definido el marco de las enfermedades que se abordan en la estrategia, es importante destacar que las intervenciones que se proponen en ella van dirigidas a:

- Población general: cualquier persona es susceptible de padecer una ERyME.

- Personas con riesgo de padecer ERYMEs: aquellas con factores relacionados con las ERYMEs modificables (conductas relacionadas con estilos de vida, factores psicosociales, factores ergonómicos).
- Personas con características de enfermedad precoz: aquellos que manifiestan síntomas y signos tempranos de enfermedades con evidencia de eficacia de una intervención precoz.
- Personas con enfermedad establecida y personas con ERYMEs con alto riesgo de daño estructural o limitación funcional en cualquier estadio.

Si se identifican los pacientes que tengan un mayor riesgo de enfermedad progresiva se podrían beneficiar de un tratamiento más temprano y adecuado a su gravedad.

Según la evidencia científica disponible, sería prioritario identificar los siguientes grupos de pacientes, dado que en ellos se podría reducir la progresión a incapacidad o discapacidad y se podrían beneficiar de una intervención precoz:

- a. artritis y espondiloartritis de reciente comienzo^{37,38,40,41}.
- b. enfermedades autoinmunes sistémicas^{42,43,44,77}.
- c. procesos agudos con alto riesgo de discapacidad/incapacidad evitable⁴⁵.
- d. presencia de síntomas o signos de alarma^{*46,47,48,49,50}.

A.2 Impacto sociosanitario y laboral de las ERYMEs

Además del impacto individual sobre la salud, las enfermedades del aparato locomotor ocasionan un fuerte impacto sobre la sociedad, ya que se asocian a un importante uso de recursos sanitarios y, cuando afectan a la población con trabajo remunerado, ocasionan incapacidad para el trabajo, lo que genera pérdidas de productividad y costes sociales y laborales muy elevados.

Las ERYMEs son la segunda causa más frecuente de consulta médica en la Unión Europea, donde uno de cada 5 europeos recibe tratamiento crónico por una enfermedad reumática⁵¹, y en la mayoría de los países constituye entre el 10 y el 20% de las consultas en Atención Primaria⁵².

En España las ERYMEs producen un importante consumo de recursos sanitarios. Según la EES 2009, un 22% de la población consume medicamentos para el dolor en articulaciones (artritis, artrosis) y en cuello y espalda, con una proporción mayor de mujeres que de hombres y estas

* Síntomas o signos de alarma: sospecha de infección grave, tumor o enfermedad inflamatoria con compromiso vital o visceral, teniendo en cuenta las especificidades que para cada enfermedad correspondan.

diferencias aumentan con la edad. Se estima que un 20,6 % de la población española consume AINEs regularmente y un 33% de la población española acude anualmente a consulta médica por problemas osteomusculares, lo que supone que más de 10 millones de personas acuden a consulta médica en un año debido a una ERYME^{11,53,54}. Según el estudio ArtRoCad 2004, de la Sociedad Española de Reumatología (SER), una persona con artrosis de rodilla o cadera realiza de media una visita al mes al médico de atención primaria y la mitad de estas personas realizan además una visita a algún especialista del aparato locomotor en un plazo de 6 meses^{55,56}. Además, el 12 % de las personas con artrosis de rodilla y el 20% de las que tienen artrosis de cadera son portadoras de prótesis, y por cada dos personas operadas hay una en lista de espera para artroplastia, tanto de rodilla como de cadera. En este sentido, los costes totales de la artrosis de rodilla y cadera suponen el 0,5 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB)⁵⁵. Por otro lado, una enfermedad menos frecuente como es la artritis reumatoide, supuso en 2004 unos costes de más de 590 millones de euros⁵⁷. En el caso de la fibromialgia, se analizó el uso de recursos y gastos en asistencia sanitaria por parte de pacientes diagnosticados de esta enfermedad en España, observando que en el año 2006 la media del gasto total por paciente/año fue de 9.982 euros, de los cuales 3.245 (32.5 %) correspondían a gastos en asistencia sanitaria y 6.736 (67.5 %) a gastos indirectos debidos a pérdida de productividad⁵⁸.

Estas enfermedades son la causa del 40 al 50 % de todas las incapacidades por enfermedad y responsables de unos 450 millones de días de trabajo perdidos al año. Se estima que cerca del 60 % de las incapacidades permanentes (IP) en Europa tienen una ERYME como causa principal⁷.

Todo ello convierte a este conjunto de enfermedades en uno de los que mayor impacto sociosanitario tienen en Europa y se estima que su coste representa casi el 25 % del gasto por enfermedad en los países europeos⁵⁹.

En relación con el impacto laboral en España, las ERYMEs son responsables del 24 % de las IT y del 50 % de las IP. En 2010, se contabilizaron más de 800.000 bajas por IT en ERYMEs, se perdieron más de 21 millones de días de trabajo y el coste de las prestaciones de seguridad social por este concepto ascendió a más de 1000 millones de euros. El coste mensual de las prestaciones de IP por ERYMEs ronda los 400 millones de euros.

Si se hace referencia a afecciones concretas, la lumbalgia ocasiona importantes costes fundamentalmente derivados de la IT. Durante el año 2000, el 11,4 % del total de las IT que se tramitaron en España se debieron a dolor lumbar, cifra que ha ido aumentando paulatinamente hasta un 14,1 % del total de las IT que se tramitaron en 2004^{60,61}.

Se estima que la mitad de las personas con artrosis de rodilla o cadera necesita algún tipo de ayuda para realizar las actividades cotidianas más básicas y una tercera parte de las personas laboralmente activas están en

situación de baja laboral en un momento dado, la mayoría durante más de un mes, a causa de la artrosis⁵⁵. La espondilitis anquilosante (EA) es menos prevalente, aunque sus costes suponen un gran impacto sanitario y laboral. Los costes totales medios anuales por paciente con EA en España son de 20.328 euros; de ellos, los directos suponen un 22,8%, los relacionados con aparatos ortopédicos u otras necesidades materiales de adaptación al medio o cuidados informales suponen un 43,5 % y las pérdidas de productividad un 33,7 %⁶². Los trabajadores que sufren una EA, además de precisar frecuentes bajas laborales, experimentan con frecuencia limitaciones en su trabajo a causa de la enfermedad⁶³.

El proyecto paneuropeo *Fit for Work*, desarrollado por *The Work Foundation*, analiza el impacto socioeconómico de la artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, dolor lumbar y dolor de las articulaciones, músculos y tendones. Con este fin, en cada uno de los 23 países europeos que forman parte del proyecto se ha analizado la realidad de estas enfermedades, en colaboración con instituciones nacionales de primer nivel, dando lugar a los correspondientes informes nacionales, incluido el español⁷.

Paralelamente en España, con el apoyo de organizaciones sin ánimo de lucro y junto a la SER y el Foro Español de Pacientes se recogió el testigo de *The Work Foundation* para crear la plataforma *Salud y Trabajo* (www.fundacionabbott.es/saludytrabajo/salud_trabajo.html). Desde este foro multidisciplinar se han coordinado varios proyectos con el objetivo común de comprender el alcance del impacto laboral de las ERYMEs en nuestro país. Quizá el más relevante de ellos, realizado gracias a la colaboración del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), ha sido el estudio que ha estimado el coste anual de la IT ocasionada por las ERYMEs en España y en cada una de las CCAA³³. El informe del estudio “También está en tu Mano” concluye que las ERYMEs fueron la principal causa de IT en España durante el año 2007. En dicho informe se observa una amplia variabilidad entre CCAA tanto en número de episodios de IT como en costes.

En definitiva, el impacto y alcance de las consecuencias que las ERYMEs provocan en las personas y en su entorno familiar y laboral invita a plantear iniciativas de carácter global. Los resultados del informe europeo *Fit for Work*, establecen cinco recomendaciones en las que el personal sanitario, empresas, trabajadores y Administración Pública deberían concentrarse para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores que padecen ERYMEs⁷:

- La intervención precoz es esencial
- Concentrarse en la capacidad, no en la incapacidad
- El diseño imaginativo del trabajo es clave.
- Modelo biopsicosocial de la salud.
- Evaluar los costes directos e indirectos de las ERYMEs.

A.3 Atención sanitaria de las ERYMEs en España

Habitualmente el primer punto de contacto de las personas con ERYMEs con el sistema sanitario es la Atención Primaria y es en este nivel asistencial donde se decide la necesidad de derivación a Atención Especializada. En el ámbito laboral, este primer contacto puede venir desde los Servicios Sanitarios de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Las actividades preventivas y de promoción de la salud llevadas a cabo son determinantes a la hora de mejorar la situación en cuanto a incidencia, prevalencia y mejora de la calidad de vida de una gran parte de estas enfermedades. Asimismo un diagnóstico y tratamiento precoz adecuados mejoran su pronóstico, por lo que es muy relevante favorecer una adecuada coordinación entre ámbitos asistenciales. Asimismo, resulta fundamental el abordaje interdisciplinar e integrado entre todos los agentes implicados en la prevención y atención de las ERYMEs, así como la continuidad asistencial, para lograr una atención adecuada y eficiente.

En la Atención Especializada de las personas con ERYMEs, la modalidad asistencial más frecuente son las consultas, actividad que va en aumento debido a la mejora de las técnicas diagnósticas y la posibilidad de resolución sin necesidad de hospitalización. En este mismo sentido, muchos procesos relacionados con las enfermedades inflamatorias y otras, se tratan en Hospitales de Día donde se administran tratamientos endovenosos y se hacen pruebas diagnósticas complejas, evitando ingresos convencionales. Una gestión adecuada de estas estructuras debe formar parte todo modelo organizativo en el cuidado de las ERYMEs.

El análisis de la provisión de salud revela una falta de homogeneidad, tanto a nivel nacional como internacional, en la atención sanitaria de las personas con ERYMEs. Esa variabilidad puede ser en ocasiones justificada y traduce la adaptación de los recursos y conocimientos de los sistemas a las necesidades particulares de cada paciente. Sin embargo, es importante analizar si las variaciones de la práctica clínica son injustificadas y pueden estar reflejando desigualdades en el acceso y en la atención prestada por los servicios de salud, y poner en marcha las actuaciones necesarias para reducirlas.

En el estudio sobre el manejo de la artritis reumatoide EmAR se objetiva una variabilidad importante, entre las diferentes CCAA, en cuanto a la utilización de diferentes servicios sanitarios, tanto en la artritis reumatoide como en la espondiloartritis⁶⁴.

En relación con otra patología muy prevalente en España, como es la artrosis de cadera y rodilla, el estudio ArtRoCad detectó una gran

variabilidad en el uso de recursos socio-sanitarios. Independientemente de la gravedad de la enfermedad, existían diferencias en cuanto al número de consultas en Atención Primaria, y además una tendencia a las consultas de rehabilitación en ciertos rangos de edad (60-79 años), y a la derivación a traumatología a partir de los 80 años. En el caso de las mujeres, también de forma independiente a las características de la enfermedad, se les solicitó mayor número de radiografías y tuvieron mayor número de ingresos hospitalarios por este motivo, aunque no se pudieron identificar las causas exactas de esta asociación⁵⁶.

Las variaciones geográficas en los procedimientos de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) han sido reconocidas en diversos estudios en muchos países. En España, el Grupo Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el SNS, ha llevado a cabo un estudio sobre la variabilidad en los procedimientos de Cirugía Ortopédica y Traumatología. En dicho estudio se destaca que la fractura de cadera se comporta como un proceso de baja variabilidad, la artroplastia de cadera, la de rodilla y la cirugía de espalda procesos de variabilidad moderada a alta y los procesos de hombro y la liberación del túnel carpiano como procesos de muy alta variabilidad.

Otro aspecto trascendental en la atención a los pacientes con ERYMEs es la gestión del riesgo en el uso de medicamentos. Muchas de las ERYMEs son crónicas, lo que hace que muchos pacientes tengan que tomar distintos medicamentos, con frecuencia simultáneos, durante la evolución de su enfermedad. En los últimos años, han aparecido nuevos medicamentos en este ámbito que han tenido un efecto muy positivo en las ERYMEs, pero también se han podido identificar acontecimientos adversos (AA) y estimar su riesgo en comparación con población no expuesta. Por lo tanto, es muy importante incorporar medidas que garanticen la seguridad del paciente para desarrollar una buena estrategia en salud sobre ERYMEs⁶⁵.

No es menos relevante recordar que la comorbilidad es un hecho frecuente en las personas con ERYMEs¹⁶. El estudio EPISER puso de manifiesto que en personas con ERYMEs distintas comorbilidades como la hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, enfermedades digestivas o cardíacas, son más frecuentes a mayor edad y difiere entre hombres y mujeres.

Toda la atención sanitaria que abarca las ERYMEs debe centrarse en el paciente, y un aspecto importante para conseguirlo es la educación para el autocuidado. Actualmente los pacientes son cada vez más activos, quieren participar en las decisiones en todo lo relacionado con su salud y enfermedad, demandan información, hacen uso de internet, esperan continuidad y exigen seguridad en su atención. Por todo ello, cualquier iniciativa o programa encaminado a promover y facilitar el autocuidado como el programa Paciente Experto⁶⁶, las escuelas de pacientes o la consulta

de enfermería y fisioterapia, entre otras, serán beneficiosos para el paciente, pero también para los profesionales y el sistema.

En este marco conceptual, el manejo más eficiente de las ERYMEs exige un esfuerzo de coordinación para integrar la participación de múltiples profesionales en torno a necesidades específicas del paciente en momentos concretos, sin que se produzcan redundancias ni déficits. Para una gran mayoría de personas con ERYMEs la provisión de cuidados proviene del ámbito de la Atención Primaria, pero muchos, por su mayor complejidad o la necesidad de recursos específicos, requerirán el manejo diagnóstico o terapéutico en Atención Especializada. El paradigma de esta complejidad son las patologías de carácter autoinmune e inflamatorio, pero también se refleja en aquellos procesos que requieren cirugía ortopédica y en los que la recuperación funcional requiera manejo especializado.

Finalmente, para la mejora de la atención de estos pacientes, se identifica un gran reto para el Sistema Nacional de Salud: el desarrollo de sistemas de información que aporten información y datos homogéneos y comparables, y el desarrollo de las Tecnología de la Información y la Comunicación (TICs), orientadas a aumentar la calidad y la eficiencia, ya que pueden favorecer una atención coordinada e integral de las personas con ERYMEs en todo el territorio español.

A.4 Marco referencial

Dentro de las iniciativas europeas sobre ERYMEs cabe destacar las Declaraciones Escritas 41/2005(67) y 08/2008(68) del Parlamento Europeo sobre estas enfermedades, en las que pide a la Comisión y al Consejo que:

- garanticen que el séptimo programa marco (7PM) de investigación de la Unión Europea incluya explícitamente las enfermedades reumáticas entre sus prioridades;
- garanticen que la nueva estrategia sanitaria de la Unión Europea incluya entre sus prioridades la artritis (afecciones musculoesqueléticas);
- se refuercen las normativas para prohibir la discriminación por discapacidad adoptando a tal fin una directiva relativa específicamente a las discapacidades;
- insten a los Estados miembros a tomar medidas que garanticen un mejor acceso a toda la gama de tratamientos en todos los Estados miembro de la Unión Europea;

En 2003, la Comisión Europea, junto con la Universidad de Oslo y el grupo auspiciado por la OMS, llamado la Década del Hueso y la

Articulación, elaboró un informe sobre la situación de las enfermedades musculoesqueléticas en Europa⁶⁷. En él se subraya la necesidad de impulsar planes de mejora en todos los países y un sistema de vigilancia del problema a través de indicadores específicos comunes, especialmente en el contexto de una Europa envejecida. En este sentido, el proyecto EUMUSC.NET (<http://www.eumusc.net>) iniciado en 2010 y auspiciado por la Comisión Europea, EULAR (European League Against Rheumatism) y distintas organizaciones científicas y asociaciones de pacientes tiene como fin armonizar los estándares de cuidados y desarrollar la vigilancia epidemiológica en enfermedades musculoesqueléticas en la UE. En dicho proyecto participan 22 organizaciones en 17 países, incluida España, con una participación muy activa.

En 2009 se estableció un Grupo de Interés en el Parlamento Europeo sobre las enfermedades reumáticas, que ha realizado la supervisión para que estas enfermedades estuvieran representadas en materia de investigación principalmente, pero también en los tratamientos, en el acceso a cuidados y en la cobertura laboral de la incapacidad.

En octubre de 2010 se realizó una Conferencia de la Presidencia de la Unión Europea sobre ERYMEs. Las recomendaciones abarcan seis áreas de intervención: las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas como una prioridad en las agendas de las políticas de salud; los derechos de los pacientes a una atención sanitaria de calidad y a la plena inclusión en la vida económica y social; la prevención precoz y la derivación a especialistas; el tratamiento basado en la evidencia y los estándares en la atención sanitaria; la participación del paciente en el diseño, implementación y evaluación de los servicios de salud, y el aumento de financiación de la investigación. La Conferencia culminó con una llamada a una Estrategia de enfermedades musculoesqueléticas en la Unión Europea urgiendo a planes nacionales de acción en cada Estado miembro. España es uno de los países que primero ha adoptado decisiones en este sentido (incluso anteponiéndose a la Conferencia Europea) liderando el diseño de una Estrategia Nacional integral.

Igualmente, en los últimos años se han organizado dos campañas^{68,69} europeas fomentando un enfoque de gestión integrado para hacer frente a los trastornos musculoesqueléticos en el mundo laboral. La primera de ellas, en el año 2000, se centró en los trastornos que afectaban a la espalda, y la segunda amplió las zonas del cuerpo afectadas por el trastorno musculoesquelético. Dentro de este contexto, el 23 de marzo de 2011 se acordó en reunión de la Comisión de Trabajo e Inmigración del Congreso de los Diputados la adopción de un plan de acción que permitiese reducir los trastornos musculoesqueléticos derivados del trabajo.

A5. Metodología

Durante la elaboración de la Estrategia en ERYMEs se ha empleado, como en el resto de las estrategias en salud, una metodología participativa, que se convierte en un valor añadido y de legitimación de la propia Estrategia, ya que se parte de la participación de la ciudadanía receptora, de la implicación de los sectores profesionales sanitarios relacionados y del compromiso del Estado y de las administraciones sanitarias autonómicas en mejorar la calidad de la prevención y atención a las ERYMEs.

La participación de las instituciones implicadas a lo largo del proceso de consenso y de elaboración de la documentación, se reconoce y oficializa el 12 de abril de 2011, con la constitución formal de los Comités, Institucional y Técnico, encargados de la elaboración, implantación y desarrollo de la Estrategia; se designa una persona que asume la coordinación científica, la Dra. Rosario García de Vicuña, y la S.G. de Calidad y Cohesión asume la coordinación técnica.

El Comité Institucional (CI) está constituido por las personas designadas de las consejerías de salud de las CCAA. El MSSSI, a través de la S.G. de Calidad y Cohesión, coordina institucional y técnicamente el trabajo. Así mismo están representadas las unidades ministeriales relacionadas (Salud Pública, Salud Laboral, Información Sanitaria e Innovación, Cartera Básica de Servicios, Farmacia, Observatorio de Salud de las Mujeres) así como el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA- en representación de Ceuta y Melilla), y el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

El Comité Técnico (CT) está formado por representantes de las principales sociedades científicas de este ámbito, asociaciones de pacientes y personas expertas.

El Comité Institucional (CI) está constituido por las personas designadas de las consejerías de salud de las CCAA.

Se identifica a un grupo redactor del borrador compuesto por la coordinadora científica, personas expertas y responsables del MSSSI. Partiendo de este trabajo, y bajo la coordinación institucional y técnica de la Subdirección de Calidad y Cohesión se trabaja con los comités sus aportaciones, los puntos críticos así como expectativas ante el reto de esta estrategia identificados desde su ámbito y con toda la información se definen los objetivos a alcanzar. Para cada objetivo se elaboraran las recomendaciones que permitan el alcance de los mismos y se construyen indicadores medibles, fiables y que permitan evaluar tendencias en el tiempo en la atención a las personas que padecen estas enfermedades.

A6. Misión, Visión y Valores

Misión

La Estrategia en ERyMEs del Sistema Nacional de Salud pretende establecer un conjunto de objetivos, recomendaciones e indicadores que contribuyan a mejorar la calidad de las intervenciones y los resultados en salud, de forma realista, en función de los recursos disponibles y del ámbito de competencias de las CCAA y en base a la información y evidencia científica disponibles.

Visión

Esta Estrategia aspira a convertirse en una herramienta de referencia y consenso de ámbito nacional, para la promoción, prevención y para la provisión de cuidado sanitario y social de las personas con ERyMEs, basada en la evidencia científica y en condiciones de equidad y sostenibilidad.

Valores

- Atención centrada en las necesidades de pacientes y usuarios y basada en evidencia
- Equidad
- Calidad y seguridad en la práctica clínica
- Integración y continuidad de cuidados
- Autonomía del paciente
- Eficiencia
- Compromiso ético
- Sostenibilidad
- Perspectiva de ciclo de vida

Objetivo

Prevenir la aparición de ERyMEs, disminuir la morbilidad asociada para reducir el deterioro de la capacidad funcional y mejorar la calidad de vida de las personas con ERyMEs, a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención integrada y multidisciplinar.

B. Líneas Estratégicas

B.1 Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son especialmente relevantes en el marco actual de predominio de enfermedades crónicas. Es importante contemplarlas en las políticas de salud al mismo nivel que las intervenciones asistenciales. Se puede actuar tanto sobre determinantes estructurales como sobre determinantes intermediarios, que influyen en la etiología o evolución de las ERYMEs más prevalentes. Por tanto es necesario realizar acciones que promuevan y faciliten la elección de estilos de vida saludables, que además producirán efectos beneficiosos sobre muchos otros problemas de salud. Entre las acciones relacionadas con la promoción de la salud cabe citar la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS), la Ley 42/2010, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, el acuerdo de colaboración entre el MSSSI y el Consejo Superior de Deportes con el objetivo de desarrollar programas formativos para profesionales en prescripción de actividad física para prevenir patologías asociadas al sedentarismo o el programa formativo “Mójate con el alcohol” que tiene como objetivo el facilitar la introducción del abordaje del consumo de riesgo de alcohol en la práctica asistencial rutinaria⁷⁰.

Por otra parte, no hay que olvidar que la promoción de la salud y la prevención efectiva de la enfermedad requieren coordinación de todos los agentes sociales y sanitarios, y acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales más estructurales de la salud, es decir sobre las políticas y los entornos sociales, físicos y económicos. La introducción de la perspectiva de salud transversalmente en todas las políticas tendría un impacto en la mejora de la salud de la población, colaborando en un sistema de salud más eficiente y sostenible.

La Ley 33/2011, General de Salud Pública recoge como uno de los principios generales de la salud pública el de Salud en todas las políticas, principio por el que las diversas actuaciones políticas de carácter no sanitario deben considerar la salud como uno de sus resultados, promoviendo así

entornos que favorezcan la adquisición de estilos de vida saludables. El diseño del entorno de vida debe tener en cuenta las necesidades de la población y especialmente de los colectivos más vulnerables⁷¹.

Las políticas han de ser cautelosas, ya que el coste-efectividad varía considerablemente según el contexto regional y las diferentes poblaciones. En este sentido, es preciso evaluar el impacto real de las actividades de prevención sobre las demandas de atención sanitaria y su efecto inductor de una excesiva medicalización social, evitando actuaciones de cribado poblacional indiscriminadas (por ejemplo la realización de densitometría ósea a población general).

En España, el conocimiento por parte de la población general de las ERYMEs y de los hábitos recomendados para salud ósea y articular es insuficiente. En 2009, la plataforma *Salud y Trabajo* presentó el estudio “*Conocimiento de la población española en enfermedades reumáticas*”³³ en el que se puso de manifiesto que uno de cada dos entrevistados se considera mal informado acerca de las ERYMEs, lo que refuerza la necesidad de desarrollar más campañas dirigidas a su conocimiento. La conciencia sobre el impacto físico y laboral de las ERYMEs está bastante extendida, pero el conocimiento específico sobre dichas enfermedades es limitado y existen aún falsos mitos sin base científica que se perpetúan e influyen en la búsqueda de atención sanitaria y en la comprensión del tratamiento médico por parte de las personas que presentan síntomas de una ERYME o con una ERYME ya diagnosticada.

En el ámbito laboral, siguiendo el mandato del Congreso de los Diputados, la prevención de los trastornos musculoesqueléticos está siendo abordada en el seno de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, órgano de participación y coordinación compuesto por representantes de la Administración General del Estado, de las CCAA, representantes de las organizaciones empresariales y sindicales del país, a través de la elaboración de un Plan Integral de prevención de trastornos musculoesqueléticos. Las recomendaciones que allí se formulen son el marco de trabajo para el abordaje de estas patologías en el ámbito laboral.

Objetivo general 1: Disminuir la carga de enfermedad de las ERYMEs.

Objetivos específicos:

1. 1. Promover la acción intersectorial para desarrollar actuaciones de promoción de la salud y de prevención de las ERYMEs.
1. 2. Promover espacios de participación social entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada.

1. 3. Aumentar el conocimiento de las ERyMEs y sus determinantes en la población general y por parte de las personas con responsabilidad en las administraciones públicas y en la población general.
1. 4. Aumentar el conocimiento de las ERyMEs y sus determinantes por parte de los responsables de las empresas y la población trabajadora.
1. 5. Reducir la prevalencia de los factores de riesgo relacionados con las ERyMEs mediante la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo de políticas que promuevan entornos saludables.
1. 6. Reducir la prevalencia de los factores de riesgo laborales que puedan causar o agravar las ERyMEs.

Recomendaciones:

1. Trabajar de forma intersectorial junto a otros sectores en el desarrollo de políticas educativas, laborales, urbanísticas, de nutrición, de movilidad y transporte, y otras que tengan impacto en los determinantes de la salud.
2. Desarrollar actividades de promoción de la salud desde el ámbito sanitario en colaboración con los centros docentes, con especial énfasis en la higiene postural y ergonomía.
3. Potenciar el funcionamiento de los Consejos de Salud como foro de encuentro de los diversos agentes implicados en la salud.
4. Promover la realización de actividades de sensibilización e información dirigidas a la población general sobre los estilos de vida saludables: prevención del tabaquismo, prevención del consumo de riesgo de alcohol, promoción de la actividad física, de la alimentación saludable y de factores psicosociales positivos incorporando las recomendaciones de las estrategias en salud relacionadas.
5. Promover la realización de campañas de información y prevención dirigidas al empresariado y a la población trabajadora.
6. Fomentar actuaciones de promoción de la salud relacionadas con las ERyMEs que favorezcan la adquisición y mantenimiento de estilos de vida saludables basadas en la evidencia científica, desde un enfoque integral y abarcando las distintas etapas de la vida.
7. Incorporar las recomendaciones de los programas de promoción de la actividad física de ámbito nacional, autonómico y local; entre ellas, la prescripción de la actividad física dirigida a la población promoviendo la utilización de todos los recursos comunitarios disponibles (espacios públicos con aparatos deportivos, centros culturales, espacios verdes...).
8. Desarrollar programas específicos de prevención de lesiones en cada etapa de la vida que integren componentes de modificación del entorno: prevención de caídas en personas de edad avanzada; prevención de

lesiones no intencionales en los lugares de ocio y en el ámbito doméstico, recomendaciones ergonómicas, prevención de riesgos laborales, deportivos,...

9. Las actividades preventivas en relación con los programas de cribado poblacional dirigidos a la detección precoz de enfermedades se adecuarán a lo dispuesto en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Objetivo general 2: Disminuir las desigualdades sociales en salud desde un enfoque de los determinantes sociales de las ERyMEs.

Objetivos específicos:

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

Recomendaciones:

1. Analizar y monitorizar la magnitud y las tendencias de las desigualdades sociales en salud y de los determinantes sociales relacionados con las ERyMEs, mediante la adecuación de los sistemas de información disponibles.
2. Desarrollar acciones encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad teniendo en cuenta dichos determinantes sociales de la salud y prestando especial atención a los grupos vulnerables.

B.2 Capacitación y autonomía

La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación en el autocuidado para prevenir y tratar las enfermedades crónicas. El nuevo modelo de cuidados crónicos promueve el apoyo en el autocuidado, pues hace que el paciente se sienta el principal responsable de su salud, que aprenda a sobrellevar mejor su enfermedad, que quiera y sepa adquirir habilidades y destrezas en el autocuidado y mantener hábitos saludables, y que confíe en que puede encontrarse mejor sea cual sea la gravedad de su enfermedad. Aumentando el conocimiento sobre estas patologías podría conseguirse que las personas reduzcan su riesgo personal, busquen ayuda si presentan síntomas de estas enfermedades y asesoren a otros en la prevención o diagnóstico de su enfermedad. Estos objetivos se pretenden lograr en colaboración estrecha con los profesionales sanitarios, sociales y

personas cuidadoras y familiares encargadas de su atención. El autocuidado se basa en un enfoque diferente de educación para la salud donde el paciente adquiere un papel activo, participando en la toma de decisiones más adecuadas en relación con su salud y enfermedad.

Además, el autocuidado se ha mostrado eficiente en la medida en que ayuda a disminuir el número de ingresos en el hospital y las consultas en urgencias, y promueve un uso más racional de recursos y una mejora en la relación entre profesional sanitario y paciente.

Con este y otros objetivos, se han desarrollado consultas de enfermería en muchas unidades de Reumatología con notables ventajas⁷², siendo básico que el personal esté suficientemente entrenado y esté imbricado en la organización de la unidad a la que pertenece⁷³. Su participación es básica para evaluar la actividad inflamatoria de la enfermedad, facilitar la detección precoz de efectos secundarios y comorbilidad, la adherencia y seguimiento del tratamiento y mejorar la educación para la salud⁷⁴ y para proporcionar un cuidado holístico de las personas con ERYMEs⁷⁵.

En este contexto, el creciente desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ofrece nuevas oportunidades para que los pacientes adquieran, ofrezcan y usen información de una manera personalizada e integrada con el sistema de prevención y provisión de cuidados. Esto les permitirá participar de una manera más activa, informada y responsable en su propio cuidado, contribuyendo al mismo tiempo a la sostenibilidad del sistema.

Objetivo general 3: Fortalecer la capacidad de los enfermos y sus cuidadores para hacerles corresponsables en la gestión de su salud y proporcionarles mayor autonomía.

Objetivos Específicos:

- 3.1. Promover programas de educación para la salud dirigidos a enfermos y personas cuidadoras, específicos según patologías y a personas sanas sobre estilos de vida saludables, con especial atención a grupos sociales vulnerables.
- 3.2. Promover la educación por pares: fomentar la participación de los enfermos y asociaciones de enfermos en la educación dirigida a ellos mismos y a sus cuidadores.

Recomendaciones:

1. Fomentar la corresponsabilidad y autonomía a través del autocuidado para el mantenimiento de la salud y formas de vida saludables y la prevención de la enfermedad.

2. Capacitar al personal de enfermería, fisioterapia y otros agentes (terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, educadores sociales, psicólogos, asociaciones de pacientes) para el desarrollo de actividades de educación para la salud y autocuidado dirigidas a los enfermos y familiares con estas patologías.
3. Fomentar el impulso, difusión y utilización de la Red de Escuelas de Salud para ciudadanos, Escuelas de Pacientes, Programas Paciente Activo Experto, redes de formadores y otros instrumentos de apoyo al autocuidado en el ámbito de las ERyMEs.
4. Promover la accesibilidad y transparencia en la información a las personas sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas y autocuidados basados en la evidencia y promover su participación en la toma de decisiones considerando la atención específica a la diversidad por características sociales de los pacientes.
5. Promover programas de apoyo a las personas cuidadoras que no perpetúen las desigualdades por género y por clase social generadas por la desigual distribución de la carga de cuidados entre mujeres y hombres.

B.3 Atención sanitaria y social

B.3.1 Detección y acceso precoz

La mayoría de las personas con enfermedades reumáticas son atendidas en el ámbito de la Atención Primaria, siendo remitidos a Atención Especializada aquellos casos que revisten un cierto grado de complejidad diagnóstica o terapéutica. Esta complejidad se ve plenamente reflejada en las patologías de carácter autoinmune e inflamatorio (10 %-15 % de las primeras visitas), que suelen comenzar entre los 30 y 50 años. La introducción precoz del manejo específico y especializado y el posterior seguimiento tienen como objetivo alcanzar el mayor número de remisiones de la enfermedad y evitar tanto la discapacidad como la incapacidad, minimizando al mismo tiempo el impacto de los eventos adversos farmacológicos, que constituyen la primera causa de fracaso terapéutico, de morbilidad y de mortalidad. Asimismo es importante incidir en la adherencia terapéutica como determinante del fracaso del tratamiento en las personas con condiciones crónicas de salud⁷⁶.

Si se identifican los enfermos que tengan un mayor riesgo de enfermedad progresiva y grave se podrían beneficiar de un tratamiento más temprano. Con esta intención se podrían priorizar cuatro grupos de enfermos susceptibles de esta intervención precoz, en los cuales se reduciría la progresión e impacto de la enfermedad según la evidencia científica: artritis

y espondiloartritis de reciente comienzo^{37,38,40,41} enfermedades autoinmunes sistémicas^{42,43,44,77}, procesos agudos con discapacidad/incapacidad evitable⁴⁵, pacientes con síntomas o signos de “alarma”^{46,47,48,49,50}.

Desde hace dos décadas se ha acumulado evidencia suficiente sobre la importancia en la artritis reumatoide y otras artritis crónicas sobre la importancia del inicio precoz del tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), en un marco temporal que se llama “ventana de oportunidad terapéutica”³⁷ en el que la enfermedad responde mucho mejor que si se demora su instauración aumentando además las probabilidades de remisión⁷⁸. En este sentido, numerosos estudios realizados en los últimos años han demostrado que la destrucción articular evidenciada por daño radiológico, discapacidad y pérdida de masa ósea axial y periférica se produce ya en los 2 primeros años de enfermedad⁷⁹, y es en el primer año de evolución en el que se evidencia una tasa de progresión radiológica más acelerada⁸⁰. Sin embargo, también hay evidencias de que la intervención precoz con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) reduce sustancialmente el daño radiológico y preserva la función⁸¹. Por lo tanto, es importante reconocer la enfermedad lo antes posible. Entre un 30-40 % de los enfermos atendidos en primera visita padecen patologías que no revisten gravedad desde el punto de vista vital, pero que cursan con elevados niveles de dolor, discapacidad y dependencia social, requiriendo una asistencia inmediata e intensiva a corto y medio plazo. En estos enfermos con gran discapacidad aguda, el objetivo terapéutico sería la mejoría sintomática y funcional.

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

Objetivos Específicos:

- 4.1. Garantizar equidad en el acceso a los recursos asistenciales según las necesidades.
- 4.2. Facilitar un sistema de derivación urgente o preferencial para los procesos en relación con ERYMEs que esté centrado en el paciente.
- 4.3. Establecer mecanismos y modelos de estratificación y predicción que permitan la identificación de subgrupos de población con diferentes niveles de necesidad y riesgo.
- 4.4. Preservar la capacidad y reducir el impacto que producen las ERYMEs sobre la IT e IP.

Recomendaciones:

1. Realizar el mapa de recursos asistenciales existentes relacionados con la atención sanitaria y social de los enfermos afectados de ERyME en cada CCAA.
2. Difundir esta información sobre recursos asistenciales existentes y sus funciones en las webs oficiales de la administración sanitaria.
3. Establecer estándares de calidad que garanticen una atención clínica adecuada, eficiente y segura de las ERyMEs.
4. Promover la implantación de programas de acceso diferenciado (consultas de Alta Resolución...).
5. Desarrollar vías de acceso para personas con enfermedad de reciente comienzo en las que una intervención precoz puede mejorar el pronóstico.
6. Promover acuerdos, en el marco de los Convenios de la Secretaría de Estado de la SS y del INSS con las CCAA en materia de IT, con el objeto de fomentar el desarrollo de consultas de alta resolución en materia de ERyMEs para personas que se encuentran en situación de IT.
7. Promover actuaciones específicas de intervención rápida en colaboración con las Unidades Médicas del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y servicios médicos de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS).

B.3.2 Coordinación y continuidad asistencial

La atención de las ERyMEs se ajusta a los modelos de atención a personas con condiciones crónicas de salud. Se trata de un marco multidimensional, que trasciende la atención segregada en niveles asistenciales y debe permitir estructurar la atención a la población estratificando los pacientes con enfermedades crónicas en función de su complejidad y riesgo de complicaciones para ajustar la intervención en cada caso.

Las intervenciones deben ir destinadas a personas sanas con el fin de prevenir las enfermedades, a personas con alto riesgo de desarrollar ERyMEs y a personas que ya hayan desarrollado una ERyME para reducir el impacto que puedan tener.

La Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario. Las actividades preventivas y de promoción de la salud llevadas a cabo en este ámbito asistencial son determinantes a la hora de mejorar la situación en cuanto a incidencia, prevalencia y mejora de la calidad de vida de una gran parte de ERyMEs. Una adecuada coordinación y comunicación entre ámbitos asistenciales y con otros servicios socio-sanitarios da como resultado una atención más eficiente y centrada en el paciente, que facilita su atención integral y continuada.

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

Objetivos específicos

- 5.1. Establecer mecanismos de comunicación fluida orientada a compartir información clínica y de pruebas complementarias que garanticen la coordinación efectiva entre ámbitos asistenciales.
- 5.2. Consensuar y coordinar los circuitos asistenciales entre los profesionales implicados para los procesos de las ERYMEs de mayor magnitud (mayor prevalencia y/o gravedad).
- 5.3. Aumentar la capacidad resolutoria de Atención Primaria para los procesos más prevalentes de ERYMEs.
- 5.4. Promover la capacidad resolutoria de los servicios sanitarios de los servicios de prevención de riesgos laborales para los procesos más prevalentes de ERYMEs.

Recomendaciones:

1. Promover el modelo de atención no presencial a través del desarrollo de Partes de Inter-Consulta (PIC) virtual entre otros recursos o herramientas.
2. Definir circuitos de derivación en cada área sanitaria que supongan una disminución de las demoras existentes y eviten redundancias en las citas de los enfermos.
3. Potenciar la coordinación sociosanitaria para ofrecer una atención integral y adaptada a las necesidades de los pacientes con ERYMEs.
4. Fomentar las consultas de enfermería en Atención Primaria y Especializada para optimizar el cuidado y la prevención y coordinar la atención integrada.
5. Fomentar el abordaje interdisciplinar y entre ámbitos asistenciales para optimizar la prevención y el cuidado de las ERYMEs de manera integral y coordinada.
6. Fomentar la coordinación entre AP, AE y fisioterapeutas para definir los procesos de derivación a fisioterapia y garantizar un acceso ágil.
7. Implicar a los servicios sanitarios de los servicios de prevención de riesgos laborales, coordinar con ellos los recursos disponibles y necesarios para la atención sanitaria y social de los enfermos con ERYME.
8. Promover programas de reinserción laboral de las personas con ERYMEs en coordinación con los servicios de prevención de las empresas que potencien centrarse en la capacidad no en discapacidad.

B.3.3. Mejora de la Práctica Clínica

Actualmente se dispone de distintas herramientas de apoyo a la decisión clínica y de mejora de la gestión que pueden servir de gran ayuda en la toma de decisiones. Entre ellas las guías de práctica clínica (GPC) del Programa de GPC del SNS (<http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>), y los informes de evaluación de la Red Española de Agencias de Evaluación y Prestaciones del SNS. También existen Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica de los trabajadores expuestos a Manipulación manual de cargas, Movimientos repetidos, Posturas forzadas, trabajo con Pantallas de visualización de datos y riesgo de Neuropatías por presión, aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm>). En 2011 se publicó el documento Fibromialgia elaborado por un Grupo de trabajo formado por personas expertas (algunas de ellas presentes en el Comité de esta Estrategia) designadas por las CCAA, Mutualidades y el entonces Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y con la participación de sociedades científicas y asociaciones de pacientes implicadas. En dicho documento se establecen pautas comunes de actuación en el Sistema Nacional de Salud para una atención sanitaria más equitativa y de mayor calidad a las personas afectadas por esta patología con el fin de mejorar su calidad de vida⁸².

Por otra parte, se han desarrollado algunas vías clínicas, aunque son escasas. En el ámbito de la artritis reumatoide, se han desarrollado vías de acceso para personas con enfermedad de reciente comienzo, proyecto SERAP⁸³. Este proyecto ha demostrado que la correcta puesta en marcha y funcionamiento de unidades de artritis precoz en los centros hospitalarios (lo que se podría denominar como “modelo de atención de la artritis”), mejora el pronóstico de los enfermos con artritis reumatoide de reciente comienzo al facilitar el diagnóstico y tratamiento precoz, optimizando a medio y largo plazo, el uso de recursos (tanto humanos como materiales) destinados al manejo de estos enfermos, respecto a la práctica clínica habitual. De la misma manera, en el territorio nacional se ha puesto en marcha el programa ESPERANZA para personas con espondiloartritis precoz que ha permitido reducir considerablemente el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, permitiendo un manejo de la enfermedad en sus estadios iniciales⁴⁰.

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

Objetivos Específicos:

- 6.1. Homogeneizar la práctica clínica, los procesos de diagnóstico y el tratamiento en las ERyMEs evitando la variabilidad no justificada.
- 6.2. Mejorar la intervención terapéutica precoz de las ERyMEs en las que se ha demostrado evidencia de su efectividad.
- 6.3. Mejorar la seguridad de los enfermos con ERyMEs en los tratamientos crónicos.
- 6.4. Identificar las necesidades de los pacientes en la esfera biopsicosocial.

Recomendaciones:

1. Implantar protocolos de actuación comunes entre AP y AE utilizando herramientas de apoyo a la decisión clínica basadas en la evidencia.
2. Promover mecanismos para la implantación de las guías de práctica clínica u otras herramientas de apoyo a la toma de decisiones.
3. Elaborar protocolos y guías que definan los criterios de uso racional de pruebas diagnósticas en Atención Primaria y Atención Especializada.
4. Promover el uso racional de medicamentos destinados al tratamiento de las ERyMEs basadas en la evidencia científica disponible.
5. Potenciar el uso de medidas no farmacológicas basadas en la evidencia científica en la atención a las ERyMEs, garantizando una intervención rápida y accesible.
6. Promover la implicación activa de las alternativas a la hospitalización convencional allá donde ya existan o donde se desarrollen ex novo, en la asistencia integral a las ERyMEs.
7. Identificar grupos de riesgo de desarrollar dolor crónico e incorporar su valoración y planificación individualizada desde un enfoque biopsicosocial y multidisciplinar^{84,85,86,87}
8. Promover la atención multidisciplinar en pacientes con ERyMEs en base a la evidencia científica.
9. Incluir la evaluación del impacto en salud de las intervenciones que se llevan a cabo en la atención de las ERyME, incluyendo evaluaciones económicas.
10. Difundir y compartir la información y experiencias sobre buenas prácticas aplicadas en la atención de las ERyMEs entre las CCAA.
11. Adecuar tratamiento a las guías y recomendaciones de “tratamiento dirigido a objetivo terapéutico” y “monitorización estricta y frecuente”

12. Incorporar a enfermería especializada en la evaluación, monitorización y administración de los tratamientos crónicos, fundamentalmente los dirigidos a enfermedades inflamatorias y autoinmunes.
13. Implantar las prácticas seguras recomendadas según la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS.
14. Garantizar la conciliación de la medicación en todas las transiciones entre ámbitos asistenciales y/o profesionales sanitarios.
15. Difundir y promover la aplicación de vigilancia sanitaria específica dirigida a trabajadores expuestos a factores de riesgo laboral de ERYMEs por parte de los servicios sanitarios de los servicios de prevención.
16. Incorporar aspectos funcionales y psicosociales a la valoración individualizada de las personas con ERYMEs.

B.4 Gestión de la información sanitaria y sistemas de información

La adopción de decisiones en políticas de salud depende de forma decisiva de la posibilidad de disponer oportunamente de información actualizada y comparable. Los sistemas de información sanitaria, cuya finalidad es generar, analizar y difundir dicha información han de funcionar de manera sencilla e integrada y responder a las necesidades. Para ello es clave la interoperabilidad, entendida como la capacidad de los sistemas de información, y de los procedimientos a los que éstos dan soporte, de compartir datos y posibilitar el intercambio de información y conocimiento entre ellos⁸⁸.

La provisión de servicios sanitarios es una actividad con un alto contenido de conocimiento y la continua generación y aplicación de dicho conocimiento se basa en un manejo intensivo de distintos tipos de datos e información. Las TIC representan una oportunidad clara de que el avance tecnológico contribuya de manera sustancial a la mejora en la calidad y productividad.

El sistema de la Historia Clínica Digital es un elemento crítico para crear una infraestructura tecnológica de provisión de cuidados de salud, representando la forma en que la información y los datos relevantes de los enfermos deben estar disponibles de manera inmediata, en cualquier punto de contacto del paciente con el sistema de salud. Igualmente importante es la posibilidad de incorporar herramientas de apoyo en la toma de decisiones y la capacidad de generar e incorporar conocimiento de manera inmediata, convirtiéndolo en un sistema de aprendizaje.

La mayoría de las ERYMEs son enfermedades crónicas donde es frecuente la comorbilidad múltiple y la polimedicación y donde las TIC se

convierten en una herramienta muy valiosa para contribuir a garantizar la seguridad de los pacientes.

Objetivo general 7: Promover la adecuación y desarrollo de las TIC aplicadas a la gestión y la atención sanitaria y social de las ERyMEs.

Objetivos Específicos:

- 7.1. Promover la consolidación de la Historia Clínica Digital compartida e interoperable para facilitar la coordinación en cada ámbito asistencial y entre ellos en tiempo real.
- 7.2. Reforzar la existencia de herramientas de apoyo a la decisión clínica en formato electrónico para garantizar la calidad de la atención de los pacientes.
- 7.3. Reforzar los sistemas de información electrónicos para garantizar la seguridad de los pacientes.

Recomendaciones:

1. Desarrollar sistemas electrónicos de comunicación para la gestión de la atención de las ERyMEs de acuerdo a la prioridad clínica.
2. Implantar protocolos de derivación consensuados con Atención Primaria en formato electrónico (PIC virtual o similar).
3. Integrar en la Historia Clínica Digital herramientas de ayuda para la toma de decisiones basados en la evidencia para las ERyMEs más prevalentes.
4. Incorporar sistemas de alerta electrónicos a la Historia Clínica Digital para garantizar la seguridad del paciente.
5. Promover el registro estandarizado con capacidad de explotación de los procesos desarrollados en la consulta externa y en hospital de día.
6. Integrar los datos relativos al historial de IT e IP de los trabajadores activos en la Historia Clínica Digital
7. Incluir la perspectiva del paciente en la Historia Clínica Digital a través de indicadores de calidad de vida.

B.5 Formación e investigación

Formación

El aumento del conocimiento sobre las ERyMEs, y sobre todo del entrenamiento de los profesionales de Atención Primaria y Medicina del Trabajo en habilidades

para la valoración y el diagnóstico de los problemas musculoesqueléticos, sería de gran efectividad para aumentar la capacidad resolutoria en las consultas. Además, la formación continuada de los profesionales de Atención Especializada completa las necesidades para un buen manejo experto de las ERYMEs acorde a la complejidad de las enfermedades que se atienden en cada ámbito asistencial, con la puesta al día de los conocimientos para su aplicación clínica. En esta línea, la formación de enfermería especialmente capacitada para la atención de ERYMEs ha demostrado tener un gran impacto en la respuesta clínica del paciente y la calidad percibida⁷².

Objetivo general 8: Mejorar la formación de los profesionales implicados en el cuidado de las ERYMEs.

Objetivos específicos:

- 8.1. Sensibilizar a los profesionales y administraciones sanitarias acerca de la importancia de la prevención y adecuada atención de las ERYMEs.
- 8.2. Promover y facilitar actividades de formación continuada de los profesionales implicados en la prevención y atención sanitaria y social de las ERYMEs desde un modelo biopsicosocial y una perspectiva multidisciplinar.
- 8.3. Mejorar las habilidades de comunicación de todos los agentes implicados en el cuidado de las ERYMEs.
- 8.4. Incorporar la perspectiva de determinantes sociales de la salud, incluido el género, en todos los ámbitos de formación en estas enfermedades.
- 8.5. Promover actividades de formación y capacitación de los profesionales implicados en materia de IT e IP y otras prestaciones de la Seguridad Social.

Recomendaciones

1. Promover desde las diferentes especialidades la realización de talleres prácticos para la resolución de problemas concretos en relación con las ERYMEs (ejercicios de rehabilitación, exploraciones diagnósticas y terapéuticas, infiltraciones básicas...).
2. Reforzar la formación continuada de los profesionales sanitarios en la prevención de comorbilidad, especialmente problemas cardiovasculares, osteoporosis en pacientes en tratamiento con glucocorticoides, infecciones y problemas de salud mental como los asociados a dolor crónico.
3. Promover la capacitación del personal de enfermería y otros terapeutas (terapia ocupacional, fisioterapia,...) en metodología de investigación-participativa aplicada a la educación para la salud con familiares y pacientes.

4. Promover la realización de talleres prácticos, coordinados entre personal médico y personal de enfermería y fisioterapia, sobre el entrenamiento en herramientas de medidas objetivas para la valoración de los enfermos con ERyMEs.
5. Promover la capacitación de los profesionales dedicados a las ERyMEs, en la evaluación y tratamiento del dolor, especialmente el dolor crónico.
6. Potenciar la participación en cursos o talleres de adquisición de habilidades de comunicación en la relación tanto de médico-paciente como con el equipo de salud.
7. Potenciar la formación en equidad y determinantes sociales de la salud relacionados con las ERyMEs y evaluación del impacto en salud para el mejor abordaje de estas patologías.
8. Fomentar programas formativos de coordinación para la gestión de IT e IP y otras prestaciones de la Seguridad Social entre todos los agentes implicados (Atención Primaria, Atención Especializada, INSS y MATEPSS).

Investigación

A pesar de algunos avances notables, las ERyMEs plantean problemas científicos y de investigación sanitaria de enorme magnitud. La heterogeneidad de las enfermedades, generalmente de curso individualmente variable, sigue planteando problemas diagnósticos y sobre todo pronósticos. La autoinmunidad, inflamación crónica, y los procesos de deterioro articular asociados al envejecimiento, son procesos fisiopatológicamente complejos, incompletamente conocidos, para los que a veces sólo se dispone de terapias paliativas y de efecto transitorio, reapareciendo el proceso crónico de forma recurrente. Además de enfermedades muy prevalentes como la artrosis, existen enfermedades menos comunes como la esclerodermia, lupus o vasculitis, de enorme impacto individual, que se benefician solo de manera secundaria de la investigación farmacéutica procedente de enfermedades más prevalentes.

Dentro de las 20 redes temáticas de investigación cooperativa (RETICs) financiadas por el Instituto de Salud Carlos III, se creó a finales de diciembre de 2008, la Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER)⁸⁹. Está constituida por un conjunto de centros distribuidos por todo el territorio nacional que vienen realizando investigación de calidad en el ámbito de la inflamación y las enfermedades reumáticas. Otra RETIC, la de investigación cooperativa en envejecimiento y fragilidad (RETICEF)⁹⁰ que incluye grupos de investigación en metabolismo mineral y óseo y un centro de investigación biomédica en red (CIBER) el de Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina

(CIBER-BBN)⁹¹ que incluye un grupo de ingeniería tisular para cartílago y menisco articular de la rodilla. Por último, el Cíber de epidemiología y salud pública (CIBERESP) desarrolla estudios sobre varios de los condicionantes sociales de las ERyMEs así como las desigualdades sociales⁹².

El Parlamento Europeo declaró en 2005 y 2009 a través de la European Parliament declaration on rheumatic diseases la necesidad de asegurar la inclusión de la investigación en las enfermedades musculoesqueléticas y del tejido conjuntivo en el contexto europeo del VII y VIII Programa Marco.

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

Objetivos específicos

- 9.1. Potenciar redes de centros y/o grupos de excelencia en investigación en ERyMEs, que estén interconectados de una manera coordinada y cooperativa.
- 9.2. Promover las líneas de investigación sobre genética, bases celulares y moleculares con traslación de los resultados a la práctica clínica.
- 9.3. Favorecer los estudios epidemiológicos incluyendo la investigación sobre determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud que estén relacionados con las ERyMEs en los diferentes grupos de población y la evaluación del impacto en salud.
- 9.4. Promover la investigación clínica y de resultados en salud de estas patologías.

Recomendaciones

1. Impulsar proyectos de investigación multicéntricos y multidisciplinarios en relación con las ERyMEs.
2. Desarrollar líneas de colaboración AP-AE en investigación biopsicosocial especialmente aquellas relacionadas con los problemas clínicos más prevalentes en relación con estas enfermedades.
3. Promover la realización de estudios coste-efectividad de los tratamientos farmacológicos relacionados con las ERyMEs.
4. Promover la investigación en intervenciones no farmacológicas.
5. Incorporar la perspectiva de los pacientes en las líneas de investigación.
6. Promover la investigación en prevención de la limitación funcional y discapacidad y en valoración de la limitación funcional biomecánica.
7. Incluir la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, incluido el género en todas las líneas de investigación para evitar las inequidades en salud.

C. Evaluación

La evaluación, entendida como un proceso sistemático y continuo que diseña y proporciona información científicamente válida, fiable y útil para la toma de decisiones constituye un elemento indispensable dentro de la Estrategia en ERYMEs del SNS y se entiende como parte integrante de la misma para la mejora continua e imprescindible en el camino hacia la excelencia.

Las estrategias son documentos dinámicos, que tienen una periodicidad determinada. La evaluación de la Estrategia en ERYMEs permitirá establecer los cambios necesarios para mejorar la atención a los pacientes en la siguiente etapa.

Acorde con la desagregación por sexo de los indicadores, la evaluación de la Estrategia integrará la perspectiva de género de manera que se pueda ir avanzando en la identificación y explicación de las diferencias entre mujeres y hombres en este ámbito. Cuando la fuente de información lo permita, el análisis de los datos estará desagregado por variables socioeconómicas, como la clase social, nivel de estudios, u otras que permitan identificar diferencias o desigualdades en la salud de las personas.

Se proponen, a continuación, un conjunto de indicadores medibles, fiables y que permiten el análisis temporal de estas enfermedades a través de fuentes de información de ámbito nacional. Otros indicadores deberán ser proporcionados por las CCAA y en ocasiones por las sociedades científicas participantes y las asociaciones de pacientes. Para la recogida de esta información se elaborará un cuestionario específico.

Objetivo	Indicadores	Fuente
Indicadores Globales		
General	Prevalencia de enfermedad osteoarticular autodeclarada: % personas que declaran tener al menos una de las siguientes: Artritis reumatoide, Osteoporosis, Dolor de espalda crónico (cervical), Dolor de espalda crónico (lumbar).	Encuesta Nacional de Salud
	Prevalencia registrada de enfermedad osteoarticular en AP	BDCAP
	Tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular	CMBD
	Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera	CMBD
	Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla	CMBD
	Tasa de altas por fractura de cadera en ≥ 65 años	CMBD
	Tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cadera en personas de 65 años y más	CMBD
	Tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular ajustada por edad	INE
	Tasa de mortalidad prematura por enfermedad osteoarticular	
	% población con discapacidad asociada a enfermedad osteoarticular autodeclarada (artritis/artrosis, artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética)	Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia

B.1 Equidad y salud en todas las políticas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad		
Objetivo 1.3 Objetivo 1.4	Campañas, programas, planes o iniciativas para promoción de la salud musculoesquelética	CCAA
Objetivo 1.5 Objetivo 2	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población general	Encuesta Nacional de Salud
	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas con enfermedad osteoarticular declarada	
	Prevalencia de sedentarismo en población general	
	Prevalencia de sedentarismo en personas con enfermedad osteoarticular declarada	
Objetivo 1.6	Prevalencia de trabajadores expuestos a factores de riesgo ergonómicos	Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo
B.2 Capacitación y autonomía		
Objetivo 3.1	Programas de educación para la salud que incorporan a personas cuidadoras de pacientes con ERYMEs por CCAA	CCAA
Objetivo 3.2	Programas de educación por pares relacionados con ERYMEs.	CCAA
B.3. Atención sanitaria y social		
B.3.1 Detección y acceso precoz		
Objetivo 4.2	Unidades y mecanismos de acceso diferenciado (consultas de artritis precoz...)	CCAA
	Nº de fisioterapeutas y médicos especialistas de rehabilitación adscritos a equipos de Atención Primaria ¹	CCAA
1 Existencia de consultas de Medicina Física y Rehabilitación en los Centros de Salud.		

B.3.2 Coordinación y continuidad asistencia		
Objetivo 5.1 Objetivo 5.2	Herramientas de coordinación AP-AE: especialista consultor, sesiones compartidas AP-AE, PIC virtual, consultas no presenciales, protocolos de ERyMEs.	CCAA
B.3.3 Mejora de la Práctica Clínica		
Objetivo 6.1	Guías integradas de práctica clínica y otras iniciativas de mejora de la práctica clínica (procesos asistenciales integrados, protocolos, consensos) con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS.	CCAA
Objetivo 6.4	Planes que incorporen el abordaje psicosocial de las ERyMEs	CCAA
B.4 Gestión de la información		
Objetivo 7.3	Herramientas de apoyo a la decisión clínica integradas en la Historia clínica electrónica para ERyMEs.	CCAA
B.5 Formación e Investigación		
Objetivo 8.1	Jornadas formativas realizadas en relación con ERyMEs	CCAA
Objetivo 8.2	Nº profesionales que han recibido formación continuada acreditada en relación con las ERyMEs	CCAA
Objetivo 8.4	Número de profesionales formados en determinantes sociales de la salud	CCAA
Objetivo 9.1	Nº de redes acreditadas y grupos de investigación sobre ERyMEs	ISCIII
Objetivo 9.3	Porcentaje de publicaciones que incluyan la investigación en determinantes sociales de entre los publicados en ERyME	MSSSI/ISCIII/ CCAA
	Porcentaje de proyectos de investigación en ERyMEs que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género	MSSSI/ISCIII/ CCAA
Objetivo 9.4 Objetivo 9.2	Porcentaje de proyectos de investigación multicéntricos y pluridisciplinarios en relación con patologías musculoesqueléticas de alto impacto social.	MSSSI/ISCIII/ CCAA

C.1 Descripción de los indicadores.

Fichas técnicas

Indicadores globales

Prevalencia de enfermedad osteoarticular autodeclarada

Fórmula: $[a / b] * 100$

- a) Número de personas encuestadas que manifiestan padecer algún tipo de enfermedad osteoarticular.
- b) Número de personas incluidas en la Encuesta.

Definiciones: las preguntas de la encuesta se dirigen a la población de 16 y más años (cuestionario del adulto), se pregunta si “padece o ha padecido”, este problema. En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si “lo ha padecido en los últimos 12 meses” y si “le ha dicho un médico que lo padece”.

Se contabilizarán todas aquellas respuestas que cumplan estos dos últimos requisitos.

Desagregación: por CCAA, por grupos de edad y por sexo.

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (EES). MSSSI e INE.

Prevalencia registrada de enfermedad osteoarticular en Atención Primaria

Fórmula: $[a / b] * 100$

- a) Número total de personas con diagnóstico de enfermedad osteoarticular, registradas en Atención Primaria.
- b) Población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) asignada a Atención Primaria.

Definiciones: se incluirán en el numerador todas aquellas personas en las conste en su historia clínica el diagnóstico de enfermedad osteoarticular.

Desagregación: por CCAA, por grupos de edad y por sexo.

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

Observaciones: La BDCAP se encuentra en fase de construcción.

Tasa de altas hospitalarias por enfermedad osteoarticular

Fórmula: $[a / b] * 1000$

- a) Número de altas por enfermedad osteoarticular, en un año.
- b) Población en ese año.

Definiciones: El numerador incluye todas aquellas altas hospitalarias codificadas con los códigos: 003.23, 003.24, 036.83, 056.71, 15, 095.5, 095.6, 095.7, 098.5, 099.3, 102.6, 274.0, 696.0, 710-729 de la clasificación internacional de enfermedades CIE9-MC, como diagnóstico principal.

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI.

Desagregación: por CCAA y por sexo.

Periodicidad: Anual.

Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de cadera

Fórmula: $[a / b] * 1000$

a) Número de altas por artroplastia de cadera, en un año.

b) Población en ese año.

Definiciones: El numerador incluye todas aquellas altas hospitalarias con código de procedimiento 81.51 de la clasificación internacional de enfermedades CIE9-MC.

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI.

Desagregación: por CCAA y por sexo.

Periodicidad: Anual.

Tasa de altas hospitalarias por artroplastia de rodilla

Fórmula: $[a / b] * 1.000$

a) Número de altas por artroplastia de rodilla, en un año

b) Población en ese año.

Definiciones: El numerador incluye todas aquellas altas hospitalarias con códigos de procedimiento 81.54 de la clasificación internacional de enfermedades CIE9-MC

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI.

Desagregación: por CCAA y por sexo.

Periodicidad: Anual.

Tasa de altas por fractura de cadera en ≥ 65 años

Fórmula: $[a / b] * 1.000$

a) Número de altas por fractura de cadera en persona mayores de 64 años de edad, en un año.

b) Población mayor de 64 años.

Definiciones: El numerador incluye todas aquellas altas hospitalarias codificadas, tanto como diagnóstico principal como secundario, con códigos 820 de la clasificación internacional de enfermedades CIE9-MC.

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI.

Desagregación: por CCAA y por sexo.

Periodicidad: Anual.

Tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cadera en personas de 65 años y mas

Fórmula: $[a / b] * 100$

a) Número de altas hospitalarias por fallecimiento en pacientes con fractura de cadera en personas mayores de 64 años en un año.

b) Número por fractura de cadera en personas mayores de 64 años, en ese mismo año.

Definiciones: El numerador y el denominador incluyen aquellas altas hospitalarias codificadas, tanto como diagnóstico principal como secundario, con código 820 de la clasificación internacional de enfermedades (CIE 9-MC).

El numerador añade, a los códigos anteriores, el criterio de Éxitus como motivo del alta.

Fuente: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI.

Desagregación: por CCAA y sexo.

Tasa de mortalidad por enfermedad osteoarticular ajustada por edad

Fórmula: $[a / b] * 100.000$

a) Número de defunciones por enfermedad osteoarticular, en un año.

b) Población en ese año.

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

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

Desagregación: por CCAA y por sexo.

Tasa de mortalidad prematura por enfermedad osteoarticular

Fórmula: $[a / b] * 100.000$

a) Número de defunciones en personas menores de 75 años por enfermedad osteoarticular, en un año.

b) Población de 0 a 74 años en ese año.

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

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

Desagregación: por CCAA y por sexo.

Porcentaje de población con discapacidad asociada a enfermedad osteoarticular autodeclarada

Fórmula: $[a / b] * 1.000$

- a) Número de personas que declaran padecer una discapacidad debida a enfermedad osteoarticular.
- b) Población.

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

Fuentes: Componentes:

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

Desagregación:

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

Periodicidad: Aproximadamente, cada 10 años.

B.1 Salud y equidad en todas las políticas: promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad

Prevalencia de sobrepeso

Fórmula: $[a / b] * 100$

- a) Número de personas encuestadas con un Índice de Masa Corporal (IMC) considerado como sobrepeso.
- b) Total de personas incluidas en la Encuesta.

Definiciones: el IMC se calcula a partir de los datos de talla y peso declarados, de la siguiente manera:

Para el caso de adultos, según la fórmula estándar (peso en kilogramos / estatura en metros al cuadrado).

Para los menores de 18 años se utilizarán los puntos de corte establecidos según subgrupos de edad y sexo, publicados por Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6).

Se considera sobrepeso cuando el IMC se sitúa entre 25 y 29,9 kg/m².

Desagregación: se diferenciará entre población menor de 18 años y población de 18 y más años. Para cada una de ellas: Por CCAA, por grupos de edad y por sexo.

Fuentes de información: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (EES) MSSSI e INE (esta última exclusivamente para la población de 18 y más años).

Prevalencia de sobrepeso en personas >18 años con enfermedad osteoarticular autodeclarada

Fórmula: $[a / b] * 100$

a) Número de personas con un índice de masa corporal considerado como sobrepeso

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

Definiciones: El IMC está entre 25 y 29,9 Kg. / m² para el caso de 18 o más años.

Fuente: Encuesta de Salud (Nacional o Europea).

Desagregación: por CCAA y por sexo.

Prevalencia de sobrepeso en población infantil con enfermedad osteoarticular autodeclarada

Fórmula: $[a / b] * 100$

a) Número de personas con un índice de masa corporal considerado como sobrepeso

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

Definiciones: El IMC aplicable de 2 a 17 años, se calcula en función del sexo y la edad y está situado entre los puntos de corte establecidos por Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. (Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6).

Fuente: Encuesta de Salud (Nacional o Europea).

Desagregación: por CCAA y por sexo.

Prevalencia de obesidad

Fórmula: $[a / b] * 100$

a) Número de personas encuestadas con un Índice de Masa Corporal (IMC) considerado como obesidad.

b) Total de personas incluidas en la encuesta.

Definiciones: el IMC se calcula a partir de los datos de talla y peso declarados, de la siguiente manera:

Para el caso de adultos, según la fórmula estándar (peso en kilogramos / estatura en metros al cuadrado).

Para los menores de 18 años se utilizarán los puntos de corte establecidos según subgrupos de edad y sexo, publicados por Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6).

Se considera obesidad cuando $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Desagregación: se diferenciará entre población menor de 18 años y población de 18 y más años. Para cada una de ellas: por CCAA, por grupos de edad y por sexo.

Fuentes de información: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (EES), MSSSI e INE (esta última exclusivamente para la población de 18 y más años).

Prevalencia de obesidad en personas >18 años con enfermedad osteoarticular autodeclarada

Fórmula: $[a / b] * 100$

a) Número de personas con un índice de masa corporal considerado como obesidad.

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

Definiciones: El IMC es igual o superior a 30 Kg. / m², para 18 o más años.

Fuente: Encuesta de Salud (Nacional o Europea).

Desagregación: por CCAA y por sexo.

Prevalencia de obesidad en población infantil con enfermedad osteoarticular autodeclarada

Fórmula: $[a / b] * 100$

a) Número de personas con un índice de masa corporal considerado como obesidad.

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

Definiciones: El IMC aplicable de 2 a 17 años, está en función del sexo y el grupo de edad y es igual o superior al punto de corte establecido por Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. (Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6)

Fuente: Encuesta de Salud (Nacional o Europea).

Desagregación: por CCAA y por sexo.

Prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre

Fórmula: $[a / b] * 100$

a) Número de personas con un grado de actividad física considerado sedentario.

b) Total de personas encuestadas.

Desagregación: por CCAA, por grupos de edad y por sexo.

Fuentes de información: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud (EES), MSSSI e INE (esta exclusivamente para la población de 18 y más años).

Desagregación: por CCAA y por sexo.

Prevalencia de sedentarismo en personas con enfermedad osteoarticular declarada

Fórmula: $[a / b] * 1.000$

a) Número de personas de 16 y más años con un grado de actividad física considerado sedentario.

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

Fuentes de información: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud (EES), MSSSI e INE (esta exclusivamente para la población de 18 y más años).

Desagregación: por CCAA y por sexo.

B.2 Capacitación y autonomía

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

Programas de educación por pares relacionados con ERyMEs por CCAA.

B.3. Atención sanitaria y social

B.3.1 Detección y acceso precoz

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

Nº de fisioterapeutas y médicos especialistas de rehabilitación adscritos a equipos de Atención Primaria por CCAA.

B.3.2 Coordinación y continuidad asistencial

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

B.3.3 Mejora de la Práctica Clínica

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

Planes que incorporen el abordaje psicosocial de las ERYMEs

B.4 Gestión de la información

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

B.5 Formación e Investigación

Jornadas formativas realizadas en las CCAA en relación con ERYMEs

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

Nº de profesionales formados en determinantes sociales de la salud por CCAA.

Nº de redes acreditadas y grupos de investigación sobre ERyMEs

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

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

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

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

Glosario

Artritis reumatoide: Enfermedad inflamatoria sistémica, aunque se caracteriza fundamentalmente por provocar inflamación crónica y deterioro progresivo de las articulaciones, puede ocasionar manifestaciones extraarticulares y comorbilidad asociada.

Artroplastia: Sustitución quirúrgica de una articulación por una prótesis para aliviar el dolor o recuperar la función.

Autocuidado: Es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. El autocuidado se explica así como una contribución constante del individuo a su propia existencia.

Años de vida ajustados por discapacidad: Indicador que integra en una sola medida los años de vida perdidos debidos a muerte prematura, con los vividos en un estado menos saludable o con discapacidad. Permite estimar, no sólo los años perdidos por muerte antes de una edad determinada (años de vida potencial perdidos o VPP) sino también el equivalente en años saludables, de los años vividos con discapacidad debido a enfermedad.

Colaboración intersectorial: Relación, reconocida por una parte del sector salud con parte de otro sector, que se ha constituido para llevar a cabo acciones en un tema con el fin de conseguir resultados de salud de una forma más efectiva, eficiente y sostenible de lo que sería posible con la sola acción del sector salud.

Comorbilidad: La coexistencia de enfermedades adicionales con referencia a un diagnóstico inicial o a la enfermedad índice que es sujeto de estudio. La comorbilidad puede afectar a la capacidad de los individuos afectados para funcionar y también para su supervivencia; puede ser utilizado como un indicador pronóstico de la duración de estancia hospitalaria, factores de costes, y resultados o supervivencia.

Consulta de alta resolución: Es una consulta, primera o sucesiva, en la que en un mismo día se realizan al paciente las exploraciones complementarias solicitadas y en consecuencia, este recibe diagnóstico y orientación terapéutica (y alta si procede).

Costes directos: Son esencialmente transacciones monetarias que implican servicios y productos tanto sanitarios como no sanitarios.

Costes indirectos: Se trata de costes producidos por la morbilidad o la mortalidad prematuras asociada a una enfermedad. Los costes indirectos

de la morbilidad suelen estar relacionados con el consumo adicional de servicios sanitarios a causa de enfermedades que aparecen como consecuencia de una mayor longevidad debida a la intervención inicial (costes indirectos sanitarios), o con la reducción de la productividad debida al absentismo laboral y al coste de oportunidad del tiempo invertido en el tratamiento (reducción de la capacidad de generar ingresos o necesidad de cambiar de trabajo) (costes indirectos no sanitarios). Los costes indirectos de la mortalidad son los debidos a una muerte prematura (p. ej., estimados a través del cálculo del valor actual de la productividad perdida que el individuo hubiera tenido de no haber muerto prematuramente).

Determinantes sociales de la salud: Se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud.

Desigualdades sociales en salud: Son las diferencias en salud injustas y evitables que se dan, de forma sistemática, entre los grupos socioeconómicos de una población y que son resultado de la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud a lo largo de la escala social.

Discapacidad: Es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Educación para la salud: Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Educación terapéutica del paciente: Tiene por objeto ayudar a los pacientes a adquirir o mantener las competencias que les son necesarias para gestionar mejor su vida con una condición crónica de salud. La educación terapéutica del paciente forma parte integrante de la atención al paciente. Se trata de actividades organizadas, incluido el apoyo psicosocial, y concebidas para que los pacientes estén conscientemente informados sobre su enfermedad, los cuidados, la organización, los procedimientos y los determinantes relacionados con la salud y la enfermedad. Todo ello para ayudar a los pacientes (y a sus familiares) a comprender su enfermedad y su tratamiento, colaborar juntos y asumir sus responsabilidades en cuanto a su propia atención con el objetivo de ayudarles a mantener y mejorar su calidad de vida.

Equidad en salud: Significa que todas las personas pueden desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. Desde el punto

de vista de las políticas públicas, la equidad en salud implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas y asegurar la equidad en los resultados en salud para todos los grupos sociales.

ERyMEs: Todas aquellas enfermedades que afectan a articulaciones, tendones, ligamentos, huesos o músculos, y que adicionalmente pueden producir afectación sistémica extraarticular. Por lo general se asocian con dolor y limitación de la movilidad con especificidades en sus manifestaciones clínicas, morbilidad y mortalidad. Comprenden las enfermedades articulares, las del tejido conectivo, los problemas de columna vertebral, los reumatismos de partes blandas, la artrosis y osteoporosis entre otras.

Espondilitis anquilosante: Es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones de la columna vertebral, las cuales tienden a soldarse entre sí, provocando una limitación de la movilidad. Como resultado final se produce una pérdida de flexibilidad de la columna, quedándose rígida y fusionada.

Estrategia de control estricto y frecuente: Estrategia de tratamiento en artritis reumatoide, basada en la monitorización estricta y frecuente de la actividad inflamatoria, según índices objetivos con el fin de alcanzar un bajo nivel de actividad, o preferiblemente remisión, en un periodo de tiempo razonable.

Estrategia de tratamiento dirigido a objetivo terapéutico: Estrategia para cualquier tipo de tratamiento para la artritis reumatoide, en el que la medicación es ajustada periódicamente y de acuerdo a un protocolo, hasta conseguir un objetivo (desenlace clínico) predefinido.

Gota: Enfermedad metabólica caracterizada por hiperuricemia y depósito de urato monosódico en el interior de las articulaciones o en los tejidos, manifestada por artritis aguda recurrente y posible evolución a crónica poliarticular.

Guías de práctica clínica: Son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Gradiente social: Deterioro gradual o lineal de la salud que se observa a medida que se desciende en la escala de la posición social.

Incapacidad (laboral): es la situación de un trabajador cuando por causa de una enfermedad común o profesional, o por un accidente está temporalmente incapacitado para trabajar por indicación médica, y precisa asistencia sanitaria.

Incidencia: Cuantifica el número de casos nuevos de enfermedad que se desarrollan en una población de individuos a riesgo durante un intervalo

de tiempo especificado. Usualmente se expresa como la proporción de personas en una población inicialmente libres de enfermedad que desarrollan la enfermedad dentro de un intervalo de tiempo especificado.

Índice de masa corporal: es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Interdisciplinario: Que se realiza con la cooperación de varias disciplinas.

Lupus eritematoso sistémico: Enfermedad autoinmune crónica del tejido conjuntivo que se caracteriza por afección inflamatoria de la piel, serosas, articulaciones, riñón, sistema nervioso central, vasos y huesos, entre otros; estos pacientes desarrollan síntomas generales como fatiga y alteraciones inmunológicas características, además de autoanticuerpos circulantes con diferente especificidad.

Multidisciplinario: Que abarca o afecta a varias disciplinas.

Prevalencia: Número de veces en que una enfermedad o evento de salud ocurre en una población y un tiempo determinados.

Procesos asistenciales: Herramientas de mejora de la calidad dirigida a facilitar el trabajo de los profesionales y la gestión sanitaria. Detallan el itinerario de los pacientes y el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial en su atención por un motivo asistencial específico.

Protocolo clínico: Documento dirigido a facilitar el trabajo clínico, elaborado mediante una síntesis de información que detalla los pasos a seguir ante un problema asistencial específico. Está consensuado entre los profesionales, con carácter de “acuerdo a cumplir” y se adapta al entorno y a los medios disponibles.

Salud en todas las políticas: Estrategia gubernamental que busca mejorar la salud a través de estructuras, mecanismos y acciones planeadas y gestionadas principalmente por sectores distintos de salud, que se sustenta en el abordaje de determinantes sociales como un puente entre políticas y resultados en salud, y en donde la reducción de las desigualdades en salud es uno de los productos principales y centrales.

Tasa de mortalidad: Mide la frecuencia relativa de las muertes en una población dada en un intervalo de tiempo específico.

Vasculitis: Conjunto de enfermedades clínica y patogénicamente diversas, caracterizadas por inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos, que producen fenómenos isquémicos y con frecuencia se solapan entre sí.

Ventana terapéutica: Período de enfermedad en fases muy tempranas, en el cual la respuesta al tratamiento es mucho mayor que cuando se demora el diagnóstico y tratamiento adecuado, y por lo tanto mejoran el pronóstico.

Vía clínica: Instrumento dirigido a estructurar las actuaciones ante situaciones clínicas que presentan una evolución predecible. Describe los pasos que deben seguirse, establece las secuencias en el tiempo de cada una de ellas y definen las responsabilidades de los diferentes profesionales que van a intervenir.

Listado de abreviaturas y acrónimos

- AA:** Acontecimientos adversos
- AINEs:** Antiinflamatorios no esteroideos
- AR:** Artritis Reumatoide
- Estudio **ArtRoCad:** evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera.
- BDCAP:** Base de datos clínicos de Atención Primaria
- CCAA:** Comunidades Autónomas
- CdE:** Carga de Enfermedad
- CIBER:** Centros de investigación Biomédica en Red.
- CIBER-BBN:** Centro de investigación biomédica en Red. Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina
- CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios
- EA:** Espondilitis anquilosante
- Estudio **EmAR:** Variabilidad en el tratamiento de la artritis reumatoide
- EES:** Encuesta Europea de Salud
- ENSE:** Encuesta Nacional de Salud de España
- ERyMEs:** Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas
- Estudio **EPISER:** prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española
- GPC:** Guías de Práctica Clínica
- INSS:** Instituto Nacional de la Seguridad Social
- INE:** Instituto Nacional de Estadística
- IT:** Incapacidad temporal
- IP:** Incapacidad permanente
- MATEPSS:** Mutuas de Accidentes ed Trabajo y Enfermedades profesionales de la Seguridad Social
- MSSSI:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- Estrategia **NAOS:** Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad
- PIB:** Producto Interior Bruto
- PIC:** Parte de Interconsulta
- RETICs:** Redes temáticas de Investigación Cooperativa Sanitaria
- RETICEF:** Red temática de investigación Cooperativa en Envejecimiento y Fragilidad
- RIER:** Red de investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas

SER: Sociedad Española de Reumatología

SNS: Sistema Nacional de Salud

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

UE: Unión Europea

F. Bibliografía

- 1 García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (Supl.1): 132-9
- 2a Pereira J, Cañón J, Álvarez E, Génova R. La medida de los problemas de salud en el ámbito internacional: los estudios de carga de enfermedad. *Rev Admin Sanitaria* 2001;V(19): 441-66
- 2b Murray CJL. Rethinking DALYs. En: Murray CJL, López A, editors. *The Global Burden of Disease*. Vol I. Boston: Harvard University Press 1996; p. 1-98.
- 3 European Commission. *Health in the European Union*. Special Eurobarometer 272e. 2007.
- 4 Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord* 2000; 13:205-17.
- 5 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Europea de salud 2009. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>.
- 6 Riihimäki H, Viikari-Juntura E. Sistema musculoesquelético (capítulo 6). *Enciclopedia de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1998. p: 6.2.
- 7 Quadrello T, Bevan S, McGee R. Fit for Work? Musculoskeletal disorders in the Spanish Labour Market. <http://www.fitforworkeurope.eu/>.
- 8 Fichero informatizado de la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2011. Disponible en: <http://www.oect.es/portal/site/Observatorio/menuitem.1a9b11e0bf717527e0f945100bd061ca/?vgnnextoid=d16d7b71cf1e8310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=ebe314a00b539210VgnVCM1000008130110aRCRD>.
- 9 Departamento de Investigación e Información. Coordinación de Información y Observatorio. El trastorno musculoesquelético en el ámbito laboral en cifras 2012 [monografía]. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo 2012.
- 10 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de la Mujer. Informe Salud y Mujer en España 2008.
- 11 Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001 Nov;60(11):1040-5.
- 12 Carbonell J, Cobo T, Balsa A, Descalzo MA, Carmona L. The incidence of rheumatoid arthritis in Spain: results from a nationwide primary care registry. *Rheumatology (Oxford)* 2008 Jul;47(7):1088-92.
- 13 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm>.
- 14 Herrera A, Martínez AA, Ferrández L, Gil E, Moreno A. Epidemiology of osteoporotic hip fractures in Spain. *Int Orthop* 2006 Feb;30(1):11-4.

- 15 Benet-Travé J, Domínguez-García A, Sales-Pérez JM, Orozco-Delclós R, Salleras-Sanmartí L. In-hospital case-fatality of aged patients with hip fracture in Catalonia, Spain. *Eur J Epidemiol* 1997 Sep;13(6):681-6.
- 16 Loza E, Jover JA, Rodríguez-Rodríguez L, Carmona L. Observed and expected frequency of comorbid chronic diseases in rheumatic patients. *Ann Rheum Dis* 2008 Mar;67(3):418-21.
- 17 Loza E, Jover JA, Rodríguez L, Carmona L. Multimorbidity: prevalence, effect on quality of life and daily functioning, and variation of this effect when one condition is a rheumatic disease. *Semin Arthritis Rheum* 2009 Feb;38(4):312-9.
- 18 Davis MA, Neuhaus JM, Ettinger WH. Body fat distribution and osteoarthritis. *Am J Epidemiol* 1990; 132 (4); 701-707.
- 19 Chen HH, Huang N, Chen YM, Chen TJ, Chou P, Lee YL, et al. Association between a history of periodontitis and the risk of rheumatoid arthritis: a nationwide, population-based, case-control study. *Annals of the rheumatic diseases* 2012.
- 20 Farquharson D, Butcher JP, Culshaw S. Periodontitis, porphyromonas, and the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Mucosal immunology* 2012; 5(2):112-20.
- 21 Keller JJ, Kang JH, Lin HC. Association between ankylosing spondylitis and chronic periodontitis: A population-based study. *Arthritis & Rheumatism* 2012.
- 22 Källberg H, Ding B, Padyukov L, Bengtsson C, Rönnelid J, Klareskog L, et al. Smoking is a major preventable risk factor for rheumatoid arthritis: estimations of risks after various exposures to cigarette smoke. *Ann Rheum Dis* 2011 Mar;70(3):508-11.
- 23 Stolt P, Bengtsson C, Nordmark B, Lindblad S, Lundberg I, Klareskog L, et al. Quantification of the influence of cigarette smoking on rheumatoid arthritis: results from a population based case-control study, using incident cases. *Ann Rheum Dis* 2003 Sep;62(9):835-41.
- 24 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio de prevalencia de obesidad infantil, ALADINO 2011.
- 25 Ministerio de Sanidad y Política Social. (ENSE 2006) Encuesta Nacional de Salud en España
- 26 Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol. COM (2006) 625. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/COMIndex.do>.
- 27 Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para reducir el consumo nocivo de alcohol. Resolución CD51.R14, 2011.
- 28 Borrell C, Ferrando J. Desigualdades en salud en la población anciana. *Jano* 2003; 63 (1474): 25-33.
- 29 Castrejón F, I, Martínez-López JA, Ortiz AM, Carmona L, García-Vicuña R, González-Álvaro I. Influence of gender on treatment response in a cohort of patients with early rheumatoid arthritis in the area 2 of Madrid. *Reumatol Clin* 2010 May;6(3):134-40.
- 30 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia. INE 2008
- 31 Woolf AD, Akesson K. Understanding the burden of musculoskeletal conditions. The burden is huge and not reflected in national health priorities. *BMJ* 2001 May 5;322(7294):1079-80.

- 32 Geuskens GA, Burdorf A, Evers AW, Hazes JM. Clear associations between demographic and psychosocial factors and health-related quality of life in patients with early inflammatory joint complaints. *J Rheumatol* 2008 Sep;35(9):1754-61.
- 33 Lázaro P, Parody E, Méndez Rubio J, Alfaro N. También está en tu mano. Impacto de las enfermedades reumáticas en España. Un análisis de técnicas avanzadas de investigación en Servicios de Salud (TAISS) para la Fundación Abbot. 2009.
- 34 García Calvente M, La Parra D. La investigación sobre cuidados informales en salud desde una perspectiva de género. 5º Monografía Sociedad Española de Epidemiología. Investigación en género y salud. Barcelona 2007.
- 35 World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2011.
- 36 Loza E, Abásolo L, Jover JA, Carmona L. Burden of disease across chronic diseases: a health survey that measured prevalence, function, and quality of life. *J Rheumatol* 2008 Jan;35(1):159-65.
- 37 O'Dell JR. Treating rheumatoid arthritis early: a window of opportunity? *Arthritis Rheum* 2002 Feb;46(2):283-5.
- 38 Quinn MA, Conaghan PG, Emery P. The therapeutic approach of early intervention for rheumatoid arthritis: what is the evidence? *Rheumatology (Oxford)* 2001 Nov;40(11):1211-20.
- 39 Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia. Osakidetza y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco 2007.
- 40 Muñoz-Fernández S, Carmona L, Collantes E, Mulero J, García-Yébenes MJ, de ME, et al. A model for the development and implementation of a national plan for the optimal management of early spondyloarthritis: the Esperanza Program. *Ann Rheum Dis* 2011 May;70(5):827-30.
- 41 Vermeer M, Kuper HH, Hoekstra M, Haagsma CJ, Posthumus MD, Brus HL, et al. Implementation of a treat-to-target strategy in very early rheumatoid arthritis: Results of the Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring remission induction cohort study. *Arthritis Rheum* 2011 Oct;63(10):2865-72.
- 42 Doria A, Zen M, Canova M, Bettio S, Bassi N, Nalotto L, et al. SLE diagnosis and treatment: when early is early. *Autoimmun Rev* 2010 Nov;10(1):55-60.
- 43 Hachulla E, Denton CP. Early intervention in pulmonary arterial hypertension associated with systemic sclerosis: an essential component of disease management. *Eur Respir Rev* 2010 Dec 1;19(118):314-20.
- 44 Schmidt D, Vaith P, Hetzel A. Prevention of serious ophthalmic and cerebral complications in temporal arteritis? *Clin Exp Rheumatol* 2000 Jul;18(4 Suppl 20):S61-S63.
- 45 Abásolo L, Blanco M, Bachiller J, Candelas G, Collado P, Lajas C, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders. *Ann Intern Med* 2005 Sep 20;143(6):404-14.
- 46 Avouac J, Fransen J, Walker UA, Riccieri V, Smith V, Muller C, et al. Preliminary criteria for the very early diagnosis of systemic sclerosis: results of a Delphi Consensus Study from EULAR Scleroderma Trials and Research Group. *Ann Rheum Dis* 2011 Mar;70(3):476-81.
- 47 Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. *J Clin Epidemiol* 2008 Feb;61(2):110-8.
- 48 Jensen S. Back pain-clinical assessment. *Aust Fam Physician* 2004 Jun;33(6):393-401.

- 49 Lurie JD. What diagnostic tests are useful for low back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005 Aug;19(4):557-75.
- 50 Miller NR. Visual manifestations of temporal arteritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2001 Nov;27(4):781-97, vi.
- 51 Woolf AD, Zeidler H, Haglund U, Carr AJ, Chaussade S, Cucinotta D, et al. Musculoskeletal pain in Europe: its impact and a comparison of population and medical perceptions of treatment in eight European countries. *Ann Rheum Dis* 2004 Apr;63(4):342-7.
- 52 Rasker JJ. Rheumatology in general practice. *Br J Rheumatol* 1995 Jun;34(6):494-7.
- 53 González CM, Moreno AC, López-Longo FJ, Monteagudo I, Carreño L. Patología reumática en el servicio de urgencias de un hospital general. Estudio prospectivo. *Revista española de reumatología* 2011;22(8):350.
- 54 Hortas C, Castrillo JL. Enfermedades reumáticas en un servicio de urgencias. *Revista española de reumatología* 2011;22(8):346.
- 55 Batlle-Gualda E, Carmona L, Gavrilu D, García Criado, Ruiz R, Carbonell J. ArtRoCad: health resources utilization and socioeconomic impact of knee and hip osteoarthritis. I. Methods and population characteristics. *Reumatol Clin* 2006 Sep;2(5):224-34.
- 56 Loza E, López-Gómez JM, Abásolo L, Maese J, Carmona L, Batlle-Gualda E. Economic burden of knee and hip osteoarthritis in Spain. *Arthritis Rheum* 2009 Feb 15;61(2):158-65.
- 57 Ruiz-Montesinos MD, Hernández-Cruz B, Riza-Ariza R, Carmona L, Ballina J, Navarro-Sarabia F. [Cost analysis in a cohort of rheumatoid arthritis patients managed in rheumatology units in Spain]. *Reumatol Clin* 2005 Dec;1(4):193-9.
- 58 Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo MA. Resource utilisation and health care costs in patients diagnosed with fibromyalgia in Spain. *Clin Exp Rheumatol* 2009 Sep;27(5 Suppl 56):S39-S45.
- 59 Jacobson L, Lindgren B. Vad kostar sjukdomarna? (What are the costs of illness?). Stockholm, Socialstyrelsen 1996.
- 60 González MA, Condón MJ. Disability from low back pain in Spain. *Med Clin (Barc)* 2000 Apr 8;114(13):491-2.
- 61 Salvans MM, González-Viejo MA. Disability by low back pain in Spain from 2000 to 2004. *Med Clin (Barc)* 2008 Sep 13;131(8):319.
- 62 Kobelt G, Sobocki P, Mulero J, Gratacos J, Pocovi A, Collantes-Estevez E. The burden of ankylosing spondylitis in Spain. *Value Health* 2008 May;11(3):408-15.
- 63 Boonen A, Brinkhuizen T, Landewé R, van der Heijde D, Severens JL. Impact of ankylosing spondylitis on sick leave, presenteeism and unpaid productivity, and estimation of the societal cost. *Ann Rheum Dis* 2010 Jun;69(6):1123-8.
- 64 Loza E, Abásolo L, Clemente D, López-González R, Rodríguez L, Vadillo C, et al. Variability in the use of orthopedic surgery in patients with rheumatoid arthritis in Spain. *J Rheumatol* 2007 Jul;34(7):1485-90.
- 65 Carmona L, Descalzo MA, Ruiz-Montesinos D, Manero-Ruiz FJ, Perez-Pampin E, Gomez-Reino JJ. Safety and retention rate of off-label uses of TNF antagonists in rheumatic conditions: data from the Spanish registry BIOBADASER 2.0. *Rheumatology (Oxford)* 2011 Jan;50(1):85-92.

- 66 The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. Department of Health. [http:// www.dh.gov.uk/en/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/index.htm).
- 67 The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium. Report of a WHO Scientific Group. Geneva: WHO Technical Report Series, 919, 2003, pp. 218. ISBN: 92-4-120919-4
- 68 Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo [sede web]. Bilbao: Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo [acceso el 5 de noviembre de 2012]. Campañas. Aligera la carga: trastornos musculoesqueléticos. Disponible en: <http://osha.europa.eu/en/campaigns/ew2007>.
- 69 Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo [sede web]. Bilbao: Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo [acceso el 5 de noviembre de 2012]. Campañas. Da la espalda a los trastornos musculoesqueléticos. Disponible en: <http://osha.europa.eu/en/campaigns/ew2007>.
- 70 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde la atención primaria "Mójate con el Alcohol" 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/mojateAlcohol.htm>.
- 71 Avanzando hacia la equidad. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior Ministerio de Sanidad y Política Social 2010.
- 72 Carbonell Jordá A, Mínguez Veja M, Panadero Tendero G, Bernabeu González P. [Clinical role for the professional nurse in rheumatology]. *Reumatol Clin* 2008 Dec;4(6):228-31.
- 73 Ryan S, Hassell AB, Lewis M, Farrell A. Impact of a rheumatology expert nurse on the wellbeing of patients attending a drug monitoring clinic. *J Adv Nurs* 2006 Feb;53(3):277-86.
- 74 Sociedad Española de Reumatología, GUIPCAR: guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España 2007, Sociedad Española de Reumatología. Madrid.
- 75 Hill J and NetLibrary Inc., *Rheumatology nursing a creative approach* 2006, Chichester, England; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- 76 Adherence to long term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003
- 77 Avouac J, Fransen J, Walker UA, Riccieri V, Smith V, Muller C, et al. Preliminary criteria for the very early diagnosis of systemic sclerosis: results of a Delphi Consensus Study from EULAR Scleroderma Trials and Research Group. *Ann Rheum Dis* 2011 Mar;70(3):476-81.
- 78 Cush JJ. Early rheumatoid arthritis -- is there a window of opportunity? *J Rheumatol Suppl* 2007 Nov;80:1-7.
- 79 Van der Heijde DM. Joint erosions and patients with early rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1995 Nov;34 Suppl 2:74-8.
- 80 Albers JM, Paimela L, Kurki P, Eberhardt KB, Emery P, van 't Hof MA, et al. Treatment strategy, disease activity, and outcome in four cohorts of patients with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2001 May;60(5):453-8.
- 81 Lard LR, Visser H, Speyer I, vander Horst-Bruinsma IE, Zwinderman AH, Breedveld FC, et al. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med* 2001 Oct 15;111(6):446-51.

- 82 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Fibromialgia 2011.
- 83 Villaverde V, Descalzo MA, Carmona L, Bascones M, Carbonell J. Characteristics of early arthritis units that may be associated with better referral efficiency: survey of SERAP units. *Reumatol Clin* 2011 Jul;7(4):236-40.
- 84 Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centres: a meta-analytic review *Pain* 1992;49:221-230.
- 85 Cutler RB et al. Does Nonsurgical Pain Center treatment of Chronic Pain Return Patients to Work? A Review and meta-analysis of Literature *Spine* 1994;19:643-652.
- 86 Guzman J, Smail R, Karjalainen K. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic lowback pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 2 CD000963.
- 87 Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD001822. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD001822
- 87 Ley 11/2007 de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/06/23/pdfs/A27150-27166.pdf>.
- 89 Red de inflamación y enfermedades reumáticas. <http://www.rier.es/> 2011.
- 90 Red de investigación cooperativa en envejecimiento y fragilidad. <http://www.reticef.es/> 2011.
- 91 Centro de Red de Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina. <http://www.ciber-bbn.es/2011>
- 92 Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública. <http://www.ciberesp.es>.

Esta Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (ERyMEs) del Sistema Nacional de Salud (SNS) constituye una herramienta de referencia y consenso de ámbito nacional, para la promoción, prevención y para la provisión de cuidado sanitario y social de las personas con ERyMEs. Al igual que todas las estrategias del SNS está basada en la evidencia científica y promueve los principios de calidad, equidad y cohesión territorial. Es fruto del acuerdo y consenso entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, representantes de las Comunidades Autónomas, profesionales expertos, sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

El presente documento establece objetivos y recomendaciones a asumir por las administraciones públicas, los servicios de salud y los y las profesionales sanitarios para la prevención y promoción de la salud y para la mejora de la calidad de la atención sanitaria a las personas con ERyMEs y sus familiares.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

www.mssi.gob.es