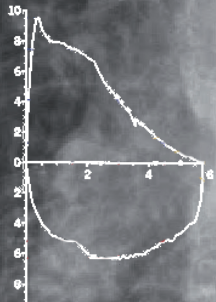


(PD)

Planificació i Avaluació
Pla director de les malalties de l'aparell respiratori

Pla director de les malalties de l'aparell respiratori



40



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

(PD)

Planificació i Avaluació
Pla director de les malalties de l'aparell respiratori

Pla director de les malalties de l'aparell respiratori



© 2010 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
Trav. de les Corts, 131-159
Edifici Ave Maria
08028 Barcelona
www.gencat.cat/salut

Edició:
Departament de Salut
Direcció de Planificació i Avaluació

Coordinació editorial:
Direcció General de Planificació i Avaluació

ISBN: 978-84-393-8706-0
Assessorament i correcció lingüística:
Secció de Planificació lingüística del Departament de Salut
Maquetació: Trivium Serveis Publicitaris, s.l.u.

Primera edició: Barcelona, novembre de 2010

Índex

Presentació de la Consellera.....	7
1. Resum executiu.....	10
2. Introducció.....	15
3. Finalitat	
3.1. Missió.....	18
3.2. Principis i valors.....	18
3.3. Objectius del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010.....	18
3.4. Objectius per al període 2011-2012.....	20
4. Organització	
4.1. Organigrama.....	23
4.2. Direcció del Pla director de malalties de l'aparell respiratori.....	23
4.3. Consell Assessor.....	23
4.4. Comissió Permanent.....	24
4.5. Grups de treball.....	24
5. Anàlisi de situació	
5.1. Morbiditat de les malalties de l'aparell respiratori: les hospitalitzacions.....	27
5.2. Mortalitat de les malalties de l'aparell respiratori.....	31
5.2.1. L'anàlisi territorial de la mortalitat.....	33
5.3. Percepció de l'estat de salut de la població en l'àmbit de les malalties respiratòries.....	35
5.4. Anàlisi de les dades sobre tabaquisme a Catalunya.....	36
5.5. Els indicadors relatius als dispositius d'atenció primària.....	38
5.6. Proves diagnòstiques i llistes d'espera.....	41
5.6.1. Espirometria.....	41
5.6.2. Estudis del son.....	43
5.6.3. Circuit de diagnòstic ràpid (CDR) del càncer de pulmó.....	45
5.7. Teràpies respiratòries domiciliàries.....	46
5.8. Impacte econòmic i costos sanitaris relacionats amb les malalties de l'aparell respiratori.....	46
6. Línies estratègiques	
6.1. Abordatge preventiu de les malalties de l'aparell respiratori.....	49
6.2. Accessibilitat i qualitat de les proves diagnòstiques, en especial de l'espirometria.....	50
6.3. Atenció als pacients amb MPOC durant l'agudització greu.....	51
6.4. Atenció a la patologia del son.....	51
6.5. Atenció al pacient asmàtic.....	52
6.6. Atenció als pacients amb patologia que requereix un abordatge especial i concret.....	53
7. Model assistencial i criteris de planificació.....	55
8. Objectius i avaluació.....	59
9. Bibliografia.....	66
10. Professionals que hi han participat.....	72
11. Annexos.....	81

Presentació de la Consellera

Presentació de la Consellera

La planificació sanitària és un dels eixos fonamentals de la política de Govern. El bon nivell de qualitat i l'eficàcia del sistema sanitari català fan que la salut dels ciutadans de Catalunya sigui una de les millors del món. En aquest marc, la planificació sanitària del Departament de Salut té com a objectiu marcar les directrius estratègiques per continuar avançant en la millora de l'estat de salut, la disminució de les desigualtats i l'eficàcia dels serveis de salut. Cal fer un èmfasi especial perquè els serveis de salut continuïn contribuint a millorar la salut i la qualitat de vida dels ciutadans, amb la incorporació de la nova evidència científica i la visió dels professionals i dels ciutadans.

El Pla de salut de Catalunya és l'eina amb què compta el Govern per marcar les prioritats en matèria de salut. El Govern de la Generalitat, fomentant el rol director del Pla de salut, el reforça creant els plans directors, els quals s'encarreguen de fer operatives les polítiques marcades en aquest pla.

Els plans directors, adaptats a la realitat del nostre país i al context econòmic i sanitari, defineixen les activitats i l'ordenació de serveis necessàries per assolir les polítiques plantejades, amb una visió integrada de la situació i fent un abordatge des de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia fins a la rehabilitació, amb les actuacions de diagnòstic i tractament. Els plans estableixen un model d'atenció i organització de serveis que parteixen de la realitat i permeten continuar avançant en l'eficàcia i la qualitat del sistema. Basant-se en l'anàlisi de la salut, dels serveis sanitaris i del context socioeconòmic del país, el Departament de Salut va prioritzar com a plans directors per al període 2005-2007 la salut mental i les addiccions, l'oncologia, les malalties vasculars, els problemes de salut socio-sanitaris, la immigració i la recerca en ciències de la salut. Amb aquestes línies us vull presentar un nou pla per al període 2008-2011, el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori (PDMAR).

La necessitat d'elaborar un pla director de malalties de l'aparell respiratori sorgeix pel fet contrastat que aquestes malalties són la tercera causa de mort a Catalunya i tenen un impacte molt important en la discapacitat i la disminució de la qualitat de vida dels qui les pateixen, especialment la malaltia pulmonar obstructiva crònica. Les malalties respiratòries cròniques afecten el conjunt del sistema sanitari, tant des del punt de vista econòmic (nombrosos ingressos hospitalaris, fàrmacs i teràpies respiratòries a domicili) com des del punt de vista organitzatiu, atès que es fa palesa la necessitat de minimitzar l'infradiagnòstic i millorar la continuïtat assistencial.

Per donar resposta a tots aquests reptes de la societat actual es crea aquest pla director, que fixa els objectius d'atenció a la població així com les accions que han de fer possible que aquests objectius s'assoleixin. La missió del Pla director és millorar la prevenció i l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori a tot el territori de Catalunya mitjançant la reordenació de recursos i les accions de promoció de la salut, la prevenció de les malalties, el diagnòstic precoç, el tractament adequat i la rehabilitació, sota una perspectiva territorial, de condició social i de gènere equitativa i sostenible, per tal de reduir-ne l'impacte sobre la salut de la població. Les intervencions de millora inclouen aspectes clínics i organitzatius, reforcen el paper fonamental que l'assistència primària té en el nostre sistema de salut i convergeixen amb les recomanacions del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària. Així doncs, el Pla director treballarà de ben a prop amb tots els professionals implicats en la gestió integral de les malalties respiratòries des d'una perspectiva sostenible, centrada en els pacients, i que afavoreixi la participació; i advoca també per la promoció i la difusió de la formació als professionals sanitaris així com als pacients i l'entorn familiar. El Pla director com a eina de treball anirà acompanyat

del desenvolupament dels processos preventius i assistencials i dels circuits necessaris per fer operatives les seves estratègies en les diferents regions i governs territorials de salut de Catalunya i adquirirà el compromís d'avaluar les estratègies endegades i de comunicar-ne els resultats.

A tots els qui han participat en l'elaboració del document, vull agrair-los la seva dedicació i esforç. Espero i desitjo que aquest pla sigui d'utilitat per a tots els professionals que treballen en el sistema sanitari i que contribueixi a millorar la salut i la qualitat de vida dels ciutadans de la Catalunya del segle XXI.

Marina Geli i Fàbrega

Consellera de Salut

1. Resum executiu

1. Resum executiu

Reduir la incidència i la mortalitat de totes les malalties respiratòries ha de ser un dels principals reptes de salut de la nostra societat. Per fer-hi front, el Departament de Salut ha elaborat el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori, que neix com a resultat de l'endegament d'un dels objectius fixats pel Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. El Pla director prioritza accions transversals i preveu causes que ultrapassin l'àmbit tradicionalment considerat sanitari, mitjançant un model d'abordatge integral que va des de la promoció i la prevenció fins a la rehabilitació, que té en compte el principi d'equitat davant de desigualtats territorials, de gènere o d'altres, i que contribueix a assolir els objectius del Pla de salut de Catalunya. Per fer realitat aquest model integral és necessària la implicació i la col·laboració de professionals de diferents àmbits i disciplines. La voluntat és garantir a tots els pacients de Catalunya l'accés i la qualitat de les mesures preventives i diagnòstiques així com de l'atenció integral de les malalties de l'aparell respiratori.

La col·laboració i la coordinació són dos dels eixos estratègics del marc de treball del Pla director. Així doncs, es treballarà molt de prop amb altres estratègies nacionals (Estratègia en malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) del Sistema Nacional de Salut) i eminentment amb les autonòmiques, col·laborant amb programes i professionals del Departament de Salut, com ara la Direcció General de Salut Pública (DGSP), per tal d'abordar aspectes preventius i de promoció de la salut en l'àmbit de les malalties respiratòries. També es col·laborarà amb altres plans i programes com el Pla director d'oncologia o el Programa de prevenció i control de la tuberculosi.

Conscient que l'atenció primària és la porta d'entrada dels ciutadans al sistema sanitari, el Pla director també aprofitarà les sinergies que pugui haver-hi després del treball realitzat pel Pla d'innovació de l'atenció primària i la salut comunitària així com amb el Pla director sociosanitari, a fi de reforçar aquest abordatge integral, la continuïtat assistencial i la gestió dels pacients fràgils, dependents o que requereixen atenció domiciliària.

Anàlisi de situació

Les malalties de l'aparell respiratori, després dels tumors i les malalties de l'aparell circulatori, són la tercera gran causa de mortalitat a Catalunya, amb 6.105 defuncions l'any 2008 (el 10,2% del total de causes de mortalitat). La proporció d'homos que moren a causa de malalties respiratòries és del 60%.

És molt evident la relació entre l'exposició al tabac i el deteriorament de la funció pulmonar. Deixar de fumar frena la progressió de l'MPOC i disminueix el nombre i la gravetat de les aguditzacions. Actualment, la prevalença de tabaquisme a Catalunya s'estima que és del 29,4% en la població de 15 anys en endavant; un 34% són homes i un 24% dones.

A Catalunya, el nombre de morts per totes les causes atribuïbles al tabaquisme és de 8.673 (6.984 homes i 1.689 dones). Això correspon a un 15,5% del total de morts en persones de 35 anys o més. En el període 1990-2006, la proporció de persones fumadores ha disminuït i ho ha fet més accentuadament entre els homes que entre les dones.

El 2008, el 10,1% (97.887) dels contactes hospitalaris van ser per malalties respiratòries. La taxa d'hospitalitzacions total a Catalunya l'any 2007 va ser de 122,5 pacients per cada 1.000 habitants, de 13 per cada 1.000 habitants a causa de malalties respiratòries i de 2,5 per cada 1.000 habitants a causa de l'MPOC.

Respecte a l'impacte econòmic de les malalties de l'aparell respiratori, val a dir que van representar, l'any 2008, un 9,3% del pressupost del CatSalut, un 24% del qual està destinat a la despesa farmacèutica.

L'MPOC és una afecció inflamatòria crònica que dificulta el pas de l'aire pels bronquis, que afecta el pulmó i que apareix lentament i de manera progressiva per culpa del consum del tabac. Es calcula que el 9,1% de la població entre 40 i 80 anys pateix aquesta malaltia. Un de cada cinc contactes hospitalaris per patologia respiratòria a Catalunya són per MPOC i cal destacar que, a diferència d'altres processos crònics, en l'MPOC no s'ha registrat un descens de la mortalitat.

L'asma és una malaltia crònica que ha augmentat pel que fa al nombre de persones que la pateixen; actualment, però, disposem de medicació efectiva per disminuir-ne la mortalitat i millorar-ne la qualitat de vida. S'estima que un 4,9% de la població entre 40 i 69 anys ha estat diagnosticada amb asma i que el percentatge dels infants afectats és del 9,4% (any 2002). L'asma relacionada amb les activitats laborals és la primera causa en les declaracions del Registre voluntari de malalties ocupacionals respiratòries (MOR) i s'estima que cada any hi ha entre 250 i 300 casos nous d'asma relacionada amb l'activitat laboral per cada milió d'habitants.

La patologia del son comprèn l'insomni, la narcolèpsia, l'epilèpsia i algunes parasòmnia, i afecta entre el 4 i el 6% de la població adulta. Tot i que és una patologia que deteriora molt la qualitat de vida de qui la pateix, és tractable i amb una alta eficàcia terapèutica. La prova diagnòstica per a la patologia del son és la polisomnografia. El darrer any 2009 s'han observat reduccions en les llistes i els temps d'espera en algunes regions de Catalunya. Malgrat tot, caldrà fer-ne un estudi més detallat per tal de detectar possibles millores en el flux de derivació d'aquests pacients.

L'abordatge de les malalties de l'aparell respiratori

El Pla director de les malalties de l'aparell respiratori ha de contribuir a l'assoliment dels objectius de salut que formula el Pla de salut de Catalunya i és l'eina que ha de permetre endegar aquests objectius amb visió territorial. El Pla pretén integrar les visions dels diferents professionals sanitaris que atenen els pacients amb malalties respiratòries, promoure el treball en equip, garantir la continuïtat assistencial entre els diferents àmbits i impulsar canvis organitzatius, a partir de la reordenació i la racionalització de l'ús dels recursos existents.

Els objectius específics del Pla director de les malalties de l'aparell respiratori s'han definit basant-se en l'evidència existent de les propostes del Consell Assessor i les dades de l'anàlisi de la situació que s'han obtingut a partir d'estudis preliminars:

a) Estudi sobre la funció pulmonar. L'espirometria és l'eina bàsica de diagnòstic per a les malalties de l'aparell respiratori. La disponibilitat d'aparells d'espirometria és bona en tot el territori. Tanmateix, a través d'enquestes sobre l'estudi de la funció pulmonar a l'atenció primària i als hospitals, s'ha observat que l'ús és molt variable i que es requereixen esforços per millorar la formació dels professionals que fan aquesta prova.

b) A partir de les dades del Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) s'ha pogut observar que les malalties de l'aparell respiratori representen el 10,1% de tots els

contactes hospitalaris. El 20% dels contactes hospitalaris per malaltia respiratòria es deuen a pacients amb MPOC. Hi ha una variabilitat significativa en l'estada mitjana hospitalària dels pacients amb MPOC, amb un 15% de reingressos abans de trenta dies, posteriors a l'alta del primer ingrés.

c) De l'estudi de les teràpies respiratòries a domicili es desprèn que cada setmana més de 100 pacients inicien el tractament amb pressió positiva contínua en les vies respiratòries (CPAP) per tractar la patologia del son. Avui en dia, es calcula que més de 50.000 pacients a Catalunya fan servir aquest tractament. Redefinir el circuit de seguiment és una de les prioritats del Pla director en aquesta línia estratègica.

D'acord amb el Consell Assessor, a partir d'aquesta informació es proposen, per al període 2011-2012, els objectius següents:

1. Desenvolupar activitats preventives en els pacients amb malalties respiratòries. Des del Pla director de les malalties de l'aparell respiratori s'han de promoure les activitats preventives amb més impacte sobre les malalties respiratòries, com la deshabitució tabàquica i l'activitat física.

A més del suport a les campanyes de deshabitució tabàquica liderades per la DGSP, el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori també vol impulsar, en coordinació i col·laboració amb la DGSP, projectes específics per promoure la cessació tabàquica aprofitant les descompensacions greus de l'MPOC, fent un èmfasi especial en el moment del diagnòstic.

La formació de professionals per millorar l'expertesa en la implementació de les estratègies de deshabitució tabàquica serà una altra de les prioritats.

Quant a l'exercici físic, es vol promoure la incorporació de pacients amb MPOC al Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES).

2. Aconseguir espirometries de qualitat. L'accés a una espirometria de qualitat és l'eina clau per poder millorar el diagnòstic i el seguiment dels pacients amb malalties respiratòries i per això se centrarà en:
 - El disseny d'un programa de formació estandarditzat.
 - El desplegament d'un pla de formació de formadors que garanteixin l'aplicació dels plans formatius en cada territori.
 - L'estandardització de les dades de l'espirometria per tal de garantir-ne la reproductibilitat i l'emmagatzematge.
 - La creació de xarxes territorials per dur a terme el control de qualitat de les espirometries que es fan tant a l'hospital com a l'atenció primària.

L'objectiu final és que el clínic tingui accés a una espirometria de qualitat, independentment de l'àmbit on treballi.

3. Millorar el procés diagnòstic i el seguiment dels pacients asmàtics per tal de millorar-ne la salut. Es crearan grups de treball multidisciplinaris per millorar el procés diagnòstic i de derivació dels pacients amb asma. Un element clau en aquest procés és la difusió de les eines de suport en la presa de decisions i la promoció de la formació dels professionals així com l'educació dels pacients.

4. Millorar l'atenció dels pacients amb agudització greu de l'MPOC. L'atenció als pacients amb MPOC és molt complexa i requereix intervencions a diferents nivells. Des d'un punt de vista operatiu, el primer objectiu és millorar l'atenció als pacients que ingressen per agudització greu de l'MPOC. Aquest objectiu es justifica per l'impacte de la patologia sobre els pacients (mortalitat del 10% durant el procés agut) i sobre el sistema sanitari (utilització de llits i recursos d'atenció urgent i reingressos del 15%).
5. Redefinir i establir un model assistencial específic per a la patologia del son. Una patologia tan prevalent com la patologia del son actualment s'atén fonamentalment a l'hospital. És crucial definir el paper dels diferents àmbits assistencials en l'atenció d'aquests pacients (tant pel que fa al diagnòstic, com a l'inici del tractament i el seguiment a llarg termini).

Paral·lelament als cinc àmbits principals d'actuació, el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori haurà de donar resposta a objectius que afecten pocs pacients però que tenen un gran impacte personal i assistencial, com per exemple l'atenció als pacients amb malalties minoritàries (com la hipertensió pulmonar o les malalties intersticials).

En la segona fase del Pla director de les malalties de l'aparell respiratori caldrà pensar en el desenvolupament dels objectius que hem citat, especialment pel que fa a la rehabilitació respiratòria i l'abordatge de la patologia respiratòria des del vessant de l'atenció sociosanitària.

2. Introducció

2. Introducció

Les malalties de l'aparell respiratori es troben entre les primeres causes de mort i són un dels principals reptes de salut de la nostra societat. El Pla de salut de Catalunya les assenyala com un problema de salut rellevant i estableix que per fer-hi front cal actuar transversalment, tenint en compte causes que ultrapassen l'àmbit tradicionalment considerat sanitari. A més, a diferència d'altres processos crònics, en l'MPOC no s'ha constatat un descens de la mortalitat, tal com passa en les malalties cardiovasculars. A Catalunya, les malalties de l'aparell respiratori constitueixen la tercera causa de mortalitat, després del càncer i de les malalties cardiovasculars. Quasi el 30% de la població es declara fumadora activa i, tot i que sembla que s'ha trencat la tendència creixent en el percentatge de dones fumadores, el tabaquisme segueix sent un problema de salut important.

L'MPOC és una malaltia inflamatòria crònica que es produeix en persones genèticament susceptibles com a resposta a la inhalació del fum del tabac. La prevalença de l'MPOC en la població de 40 a 80 anys en el nostre medi s'ha estimat en un 9,1%. L'agudització de l'MPOC és un problema de salut rellevant, a causa del perill elevat per als pacients pel que fa a la supervivència i per l'alt percentatge de reingressos: el 38% dels pacients reingressen a l'any i la mitjana de temps des de l'alta fins al reingrés és de cinc mesos.

L'infradiagnòstic és un altre problema greu en relació amb les malalties respiratòries. A Espanya, la identificació dels pacients amb MPOC a l'atenció primària queda molt lluny del 9% de la població de 40 a 80 anys que pateix la malaltia. A més, únicament en el 24% dels diagnòstics consta el resultat de l'espirometria en la història clínica de l'atenció primària. D'altra banda, el 23% dels pacients que ingressen per exacerbació de l'MPOC afirmen que no els atén cap metge d'una manera específica per a la malaltia respiratòria.

L'asma és una malaltia respiratòria crònica que presenta un increment en el nombre de persones que la pateixen. Actualment, disposem de medicació efectiva que ha permès que disminueixi significativament la mortalitat i que la immensa majoria de persones que pateixen aquesta malaltia puguin tenir una vida normal. Malgrat tot, els resultats de què disposem apunten que el control de la malaltia no és l'òptim en la majoria dels afectats i que encara hi ha marge de millora respecte al nivell de compliment terapèutic actual per part dels pacients.

Els darrers anys la taxa de mortalitat per asma en totes les edats ha disminuït de manera considerable. Actualment, les malalties de l'aparell respiratori representen un 10,2% del total de defuncions a Catalunya i es constata que l'asma hi té un pes quasi inapreciable (l'any 2008 es van registrar nou defuncions per asma a Catalunya). Pel que fa als contactes hospitalaris, les malalties de l'aparell respiratori van representar l'any 2008 a Catalunya un 10,1% del total de contactes hospitalaris mentre que l'asma fou responsable d'un 5% dels 98.800 contactes hospitalaris produïts per causes respiratòries.

L'asma relacionada amb les activitats laborals és la primera causa en les declaracions del Registre voluntari de malalties ocupacionals respiratòries (MOR). Segons els estudis epidemiològics del Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL), cada any hi ha entre 250 i 300 casos nous d'asma relacionada amb l'activitat laboral per cada milió d'habitants.

Des del punt de vista organitzatiu i de prestació de serveis sanitaris, a Catalunya cada setmana 100 nous pacients comencen a usar aparells que generen pressió positiva contínua en les vies respiratòries (CPAP) per tractar la síndrome d'apnees del son.

Així doncs, a partir de dades locals i referències generals, sembla raonable ocupar-se específicament de les malalties respiratòries en el marc d'un pla director.

El propòsit del Pla director de les malalties de l'aparell respiratori és aconseguir un abordatge global de les malalties d'aquest grup, que en compregui tot l'espectre, des de la promoció i la prevenció fins a la rehabilitació, que tingui en compte el principi d'equitat davant de desigualtats territorials, de gènere o d'altres, i que contribueixi a assolir els objectius del Pla de salut de Catalunya. La voluntat és millorar les mesures preventives i diagnòstiques i l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori per a tots els ciutadans de Catalunya garantint-los l'accés i la qualitat.

L'aparició de noves eines diagnòstiques i terapèutiques ha fet que cada dia tinguin més pes els recursos tecnològics i, per tant, és funció del Pla contribuir a l'establiment dels criteris de necessitat, distribució i utilització d'aquestes tecnologies i l'anàlisi d'oportunitat i viabilitat en el camp de l'atenció a aquestes malalties.

Hi ha evidència de la relació entre l'exposició al tabac i el deteriorament de la funció pulmonar. Deixar de fumar frena l'MPOC i disminueix el nombre i la gravetat de les aguditzacions. Altres factors de risc associats menys freqüentment són: l'exposició laboral, la contaminació ambiental, els antecedents d'hiperreactivitat bronquial o les afeccions respiratòries infantils repetitives.

La detecció precoç de la malaltia crònica respiratòria mitjançant l'espirometria forçada és important en termes de cost-efectivitat. Així, en el cas de l'MPOC, el maneig ambulatori adequat de la malaltia inclou: establir pautes de deshabitació tabàquica, fer espirometries a atenció primària, abordar les aguditzacions des de l'atenció primària, i impulsar programes d'hospitalització a domicili i d'alta precoç per a malalts amb MPOC aguditzada. Això ha de repercutir en una important reducció de costos, ja que l'hospitalització és la partida més important de cost sanitari derivat de l'atenció a les aguditzacions de l'MPOC. L'oxigenoteràpia domiciliària juntament amb deixar de fumar són les dues úniques intervencions que canvien la història natural de l'MPOC.

3. Finalitat

3. Finalitat

3.1 Missió

Millorar l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori mitjançant la reordenació de recursos i el desenvolupament d'accions de promoció de la salut, prevenció de les malalties, diagnòstic precoç, tractament i rehabilitació adequats, amb una perspectiva territorial, de condició social i de gènere equitativa i sostenible, per tal de reduir-ne l'impacte sobre la salut de la població.

3.2 Principis i valors

Els principis d'aquest pla director, són els del Pla de salut de Catalunya, que se centren en les prioritats de salut de la població seguint els principis d'igualtat d'accés, equitat, efectivitat, eficiència, coordinació i qualitat dels serveis, participació comunitària i satisfacció dels usuaris. Els ciutadans són el centre d'un model d'atenció integral, tant des de la perspectiva de la història natural de la malaltia, com des d'una perspectiva multidisciplinària.

El Pla director vetllarà per aconseguir una distribució més racional dels recursos i l'assoliment dels objectius i satisfarà els principis esmentats. Els esforços per millorar la competència dels professionals i facilitar-los els mitjans adients són elements centrals del Pla director.

3.3 Objectius del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010

El Pla director de les malalties de l'aparell respiratori sorgeix amb el propòsit de contribuir a assolir els objectius de salut i disminució de risc que el Pla de salut de Catalunya ha formulat per a l'any 2010. Així doncs, el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori neix com a resultat de l'endegament d'un dels objectius fixats pel Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. En aquest sentit, el Pla director fa seus els objectius següents:

- Reduir la mortalitat per grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia en un 10% entre la població de 60 anys i més.
- Reduir la mortalitat per malaltia pulmonar obstructiva crònica entre la població de més de 40 anys en un 10%.
- Reduir la prevalença de tabaquisme fins al 28% entre la població de 15 anys i més.
- Reduir la prevalença de tabaquisme fins al 32% entre els joves de 15 a 24 anys.
- Reduir la prevalença de tabaquisme fins al 22% entre les dones de 15 anys i més.
- Reduir la prevalença de tabaquisme fins al 34% entre els homes de 15 anys i més.
- Assolir una proporció de cessació tabàquica del 35% en la població de 15 anys i més.
- Reduir per sota del 16% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys absolutament sedentàries.
- Disminuir en un 10% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que tenen un nivell insuficient d'activitat física durant el lleure.
- Augmentar en un 20% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que caminen 30 minuts al dia com a mínim.
- Augmentar per sobre del 14% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que realitzen activitats físiques de lleure d'intensitat moderada cinc cops o més per setmana o una quantitat equivalent.

Des de l'any 2000, l'evolució del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc proposats per a l'any 2010 en relació amb les malalties respiratòries és força positiva. Les taxes de mortalitat per malalties respiratòries observades l'any 2004 ja eren més baixes que les que preveia l'objectiu marcat per al 2010. La mortalitat per grip, la malaltia infecciosa aguda i la pneumònia en les persones de 60 anys i més s'ha reduït un 27,6% entre els anys 2000 i 2004, així com la mortalitat per MPOC en la població de 40 anys i més (14,6% de reducció). A continuació, es mostren els resultats en els indicadors

establerts per mesurar la consecució d'aquests objectius. Val a dir que la publicació de les dades oficials referents a la mortalitat (Registre de mortalitat del Departament de Salut) es realitza amb un decalatge de dos anys, amb la qual cosa en aquest document les dades més actuals corresponen a l'any 2008.

Taula 1. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb les malalties respiratòries

OBJECTIU INDICADOR	2000	2004	2010*	Valoració
1. Reduir la mortalitat per grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia en un 10% entre la població de 60 anys i més. <i>Taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 100.000 h. per grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia en població de 60 anys i més</i>	57,4	41,5	51,7	++
2. Reduir la mortalitat per malaltia pulmonar obstructiva crònica entre la població de més de 40 anys en un 10%. <i>Taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 100.000 h. per MPOC en població de més de 40 anys</i>	204,5	174,6	184,0	++

Font: elaboració del Pla de salut a partir de les dades del Registre de mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya del 1991.

*Estimació del valor esperat per a l'any 2010 en cas d'assolir els objectius plantejats.

Amb el propòsit de millorar la salut de les persones malaltes amb patologies respiratòries, el Pla de salut de Catalunya defineix unes propostes estratègiques que el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori assumeix com a pròpies:

- Fomentar estils de vida saludables, especialment entre els pacients amb MPOC, la deshabitació tabàquica i l'activitat física.
- Desenvolupar a l'atenció primària accions per a la detecció i el tractament del tabaquisme, per a la vacunació antigripal i antipneumocòccica en la població de risc.
- Detectar i tractar precoçment l'MPOC i l'asma en tots els nivells assistencials.
- Promoure circuits clars i àgils per a la indicació i el seguiment de l'oxigenoteràpia domiciliària.
- Establir mesures de coordinació entre l'hospital i l'atenció primària per al seguiment i el control de l'MPOC per tal de donar una resposta integral a les necessitats dels pacients.
- Reduir la variabilitat de la pràctica clínica en l'agudització de l'MPOC.
- Impulsar programes d'hospitalització a domicili i d'alta precoç per a malalts amb MPOC aguditzada.

Malgrat que els objectius fixats amb vista al 2010 estan molt dirigits a les malalties infeccioses i a la grip, el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori ampliarà l'espectre d'intervenció amb una perspectiva més global.

Col·laboració del Pla director amb altres programes, serveis i unitats del Departament de Salut

Atesa la complexitat que requereix l'atenció integral dels pacients amb patologies cròniques, com és el cas de moltes de les malalties respiratòries, el Pla director treballarà molt de prop amb altres programes, estratègies i plans del Departament de Salut. La col·laboració i la coordinació són dos dels eixos estratègics del marc de treball del Pla director. Així doncs, es treballarà juntament amb la Direcció General de Salut Pública amb vista a abordar aspectes preventius i de promoció de la salut en l'àmbit de les malalties respiratòries. També es col·laborarà amb el Pla director d'oncologia o el Pla director d'immigració o el Programa de prevenció i control de la tuberculosi del Departament de Salut en cas que sigui necessari fer una recomanació o un abordatge puntual del càncer de pulmó o la tuberculosi, respectivament.

L'atenció primària és la porta d'entrada dels ciutadans al sistema sanitari. El caràcter multidisciplinari i transversal del professional d'atenció primària afavoreix un abordatge integral de les patologies i, a més, adquireix una rellevància especial en aquelles patologies que esdevenen cròniques i en les quals la continuïtat assistencial i la gestió dels pacients fràgils, dependents o que requereixen atenció domiciliària són crucials. En aquest sentit, el Pla director també aprofitarà les sinergies que pugui haver-hi del treball dut a terme pel Pla d'innovació de l'atenció primària i la salut comunitària així com pel Pla director sociosanitari.

3.4 Objectius per al període 2011-2012

3.4.1. Desenvolupar activitats preventives en els pacients amb malalties respiratòries.

- 3.4.1.1. Estendre les intervencions per a la cessació tabàquica en els pacients respiratoris.
- 3.4.1.2. Promoure intervencions per incrementar la pràctica d'activitat física en els pacients respiratoris.
- 3.4.1.3. Promoure la vacunació en malalts respiratoris d'acord amb les recomanacions del Programa de vacunacions del Departament de Salut.

3.4.2. Aconseguir la realització homogènia d' espirometries de qualitat.

L'infradiagnòstic és un dels problemes més greus en l'entorn clínic i assistencial de les malalties respiratòries, especialment en el cas de l'MPOC. Per abordar aquesta problemàtica, el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori es planteja assolir els objectius següents:

- 3.4.2.1. Conèixer la situació de la pràctica de l'espirometria en els diferents nivells assistencials (hospitalari i atenció primària).
- 3.4.2.2. Crear xarxes territorials entre l'hospital i l'atenció primària per fer efectiu el control de qualitat de les espirometries.
- 3.4.2.3. Garantir la formació dels professionals que han de fer espirometries.
- 3.4.2.4. Generalitzar la disponibilitat d'una espirometria de qualitat per a tots els clínics i garantir-ne l'accés a tots els pacients.

3.4.3. Millorar l'atenció dels pacients amb agudització greu de l'MPOC. L'agudització greu de l'MPOC té un impacte immediat sobre els pacients (risc de mort) i a mitjà termini (disminució de la qualitat de vida). A més, té un gran impacte sobre

el sistema sanitari. Els objectius plantejats per fer front a l'agudització de l'MPOC són els següents:

- 3.4.3.1. Identificar els factors que poden millorar l'atenció a l'agudització greu de l'MPOC en l'àmbit de l'atenció primària.
- 3.4.3.2. Emmarcar aquestes accions en un model d'atenció integrada de l'MPOC per garantir la continuïtat assistencial en els casos d'agudització.
- 3.4.3.3. Fomentar estils de vida saludables en malalts amb MPOC, fent un èmfasi especial en el desenvolupament i l'aprofundiment de l'abordatge de la cessació tabàquica en tot tipus de malalt respiratori.
- 3.4.3.4. Impulsar programes d'hospitalització a domicili i d'alta precoç per a malalts amb MPOC aguditzada.

3.4.4. Redefinir i establir un model assistencial específic per a la patologia del son. La patologia del son té un impacte notable sobre el sistema sanitari: es calcula que a Catalunya almenys 100 pacients nous inicien setmanalment el tractament. A més, actualment tot el seguiment es centralitza en l'hospital. Per aquests motius, el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori creu que caldrà centrar els esforços a assolir els objectius següents:

- 3.4.4.1. Definir el model de diagnòstic específic per a la patologia del son.
- 3.4.4.2. Establir criteris per tal d'identificar els casos greus.
- 3.4.4.3. Descriure un nou model assistencial basat en els dispositius comunitaris.

3.4.5. Establir recomanacions per millorar l'atenció dels pacients asmàtics a Catalunya:

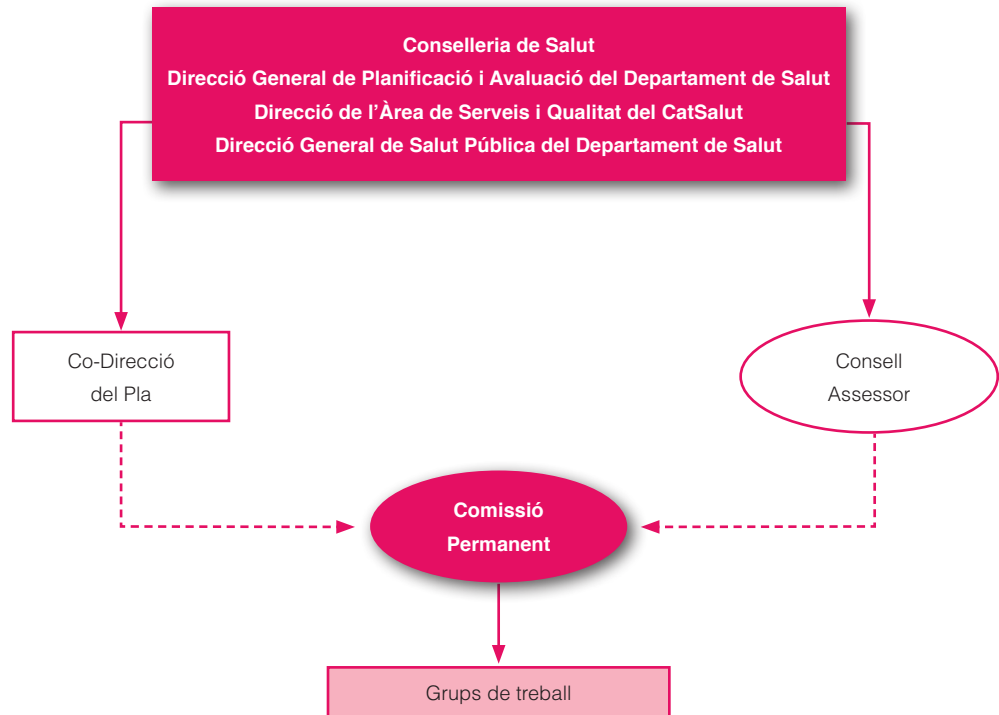
- 3.4.5.1. Crear un grup de treball d'asma.
- 3.4.5.2. Elaborar propostes específiques per millorar el diagnòstic i el procés de derivació en relació amb l'asma de l'adult i l'asma infantil.
- 3.4.5.3. Millorar l'educació sanitària dels pacients i la formació dels professionals.

3.4.6. Efectuar recomanacions específiques sobre àrees d'actuació concretes. Hi ha un nombre considerable de pacients amb problemes respiratoris que no són de la magnitud dels que es descriuen en els objectius anteriors, però que poden beneficiar-se de recomanacions específiques. En aquest context, el PDMAR resta obert a altres plans directors i programes del Departament de Salut per col·laborar amb tots en aspectes com: establir un model d'atenció als malalts amb hipertensió pulmonar, analitzar els resultats derivats del circuit de diagnòstic ràpid del càncer de pulmó, millorar l'atenció als malalts amb fibrosi quística i als afectats de malalties neuromusculars amb afectació respiratòria, així com establir els criteris per tal que alguns pacients puguin beneficiar-se de les teràpies respiratòries a domicili amb circuits àgils de diagnòstic i seguiment. El Pla director també treballarà en l'elaboració de recomanacions sobre un model per al maneig dels pacients amb al·lèrgia a Catalunya.

4. Organització

4. Organització

4.1 Organigrama



4.2 Direcció del Pla director de les malalties de l'aparell respiratori

Correspon al director del Pla director:

- Impulsar, dirigir i coordinar els treballs tècnics del Consell Assessor en el procés d'elaboració del Pla, fixar-ne els objectius generals i específics i les prioritats, la programació d'actuacions així com els calendaris d'execució.
- Formular la proposta del Pla director en cadascun dels camps d'actuació i elevar-la a la Direcció General de Planificació i Avaluació perquè la proposi al conseller o la consellera de Salut.
- Definir i concretar les actuacions que cal executar sobre la base dels objectius fixats i proposar-les als òrgans competents, així com efectuar l'avaluació del procés d'aplicació del Pla.
- Proposar els criteris per a la coordinació dels principals aspectes del procés d'elaboració del Pla director.
- Impulsar i fer el seguiment de la implantació del Pla en les diferents regions sanitàries de Catalunya.

Per desenvolupar les funcions encomanades, cadascun dels directors comptarà amb el suport tècnic i administratiu del Departament de Salut i amb l'assessorament del Consell Assessor.

4.3 Consell Assessor

Format per representants de totes les organitzacions rellevants de la societat catalana que tinguin implicació o vinculació en l'atenció de les malalties respiratòries (societats científiques, associacions professionals i de pacients, sindicats, indústria i administracions).

4.4 Comissió Permanent

El Pla director de les malalties de l'aparell respiratori té una Comissió Permanent formada per persones designades per la Direcció General de Planificació i Avaluació i pels coordinadors dels diferents grups de treball creats en el si del Pla director, que es consideren adients per la seva expertesa en els diferents camps de les malalties de l'aparell respiratori.

La funció de la Comissió Permanent és estudiar i elaborar les accions i les propostes. El director del Pla es reserva la facultat de consultar puntualment persones de la seva confiança amb l'aprovació de la Direcció General de Planificació i Avaluació i d'organitzar els grups de treball específics que consideri necessaris per tal de desenvolupar tasques concretes.

4.5 Grups de treball

En el Consell Assessor es constituïran els grups de treball que el president o la presidenta del Consell, per suggeriment del director del Pla, per iniciativa pròpia o de qualsevol vocal, consideri necessaris per desenvolupar millor les funcions d'aquest òrgan.

Els grups de treball estan constituïts per persones externes expertes en l'àmbit específic que es tracta. Al capdavant de cada grup de treball hi ha una persona responsable, que serà membre de la Comissió Permanent, amb les funcions de dirigir i coordinar el grup, de fixar el pla de treball i la proposta d'actuacions, que s'han d'ajustar als continguts i al calendari de treball que determini el plenari. Les propostes que cada grup de treball elabori s'han de recollir en un informe tècnic, que s'eleva al ple perquè l'aprovi.

4.5.1. Principals grups de treball per al desenvolupament del Pla director de les malalties de l'aparell respiratori en l'horitzó del 2011

A continuació, s'exposen molt breument les línies principals que abordarà el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori en cadascun dels principals grups de treball que es crearan progressivament fins a l'any 2011. No obstant això, el Pla director també tractarà a través d'una estratègia més intensiva i de curta durada, altres patologies respiratòries amb un perfil i unes característiques demogràfiques i de requeriments assistencials que fan necessari un abordatge específic.

Així doncs, s'exposen els grups de treball principals a banda de les activitats que es desenvolupen en col·laboració amb la Direcció General de Salut Pública, d'importància cabdal des del punt de vista preventiu (tabac, activitat física o vacunació) i de promoció de la salut, així com aquells que per la seva especificitat i peculiaritat requereixen grups de treball molt específics i especialitzats i de tasques puntuals (la hipertensió pulmonar, la fibrosi quística o les teràpies respiratòries domiciliàries).

4.5.1.1. Espirometria forçada. Grup creat per definir uns criteris de qualitat en la realització de l'espirometria forçada en els hospitals i en l'atenció primària de Catalunya.

4.5.1.1.1. Subgrup de l'enquesta adreçada a la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) de Catalunya.

4.5.1.1.2. Subgrup de l'enquesta adreçada a l'atenció primària de Catalunya.

4.5.1.1.3. Subgrup de formació de professionals que efectuen proves d'espirometria forçada.

4.5.1.2. Asma. Grup creat per elaborar propostes de diagnòstic estructurat i dels criteris de derivació i les exploracions complementàries per al diagnòstic i el seguiment dels pacients amb asma en l'edat adulta i la infantesa. Aquest grup també tractarà a banda, específicament, i si s'escau en col·laboració amb altres plans del Departament de Salut, les necessitats existents en l'àmbit de l'asma al·lèrgica.

4.5.1.2.1. Subgrup del diagnòstic estructurat de l'asma en l'adult.

4.5.1.2.2. Subgrup del diagnòstic estructurat de l'asma infantil.

4.5.1.2.3. Subgrup de seguiment dels pacients amb asma.

4.5.1.3. MPOC. Grup que tractarà amb especial atenció l'agudització greu de l'MPOC i la revisió del model assistencial.

4.5.1.4. Síndrome de l'Apnea obstructiva del son (SAOS). Grup creat amb l'objectiu principal de dissenyar un model per al diagnòstic i el seguiment dels pacients amb apnea del son.

5. Anàlisi de situació

5. Anàlisi de situació

Les dades que es presenten a continuació provenen de l'anàlisi de la situació actual dels principals diagnòstics que constitueixen l'ampli grup de malalties de l'aparell respiratori des d'una perspectiva tant de salut com de serveis, i dels principals factors de risc coneguts relacionats amb aquestes malalties.

Els resultats que es presenten fan referència bé a dades de caràcter general, o bé a una anàlisi específica efectuada exclusivament per a aquest document, amb la qual cosa les dades es refereixen al període amb informació disponible fins al moment de l'anàlisi.

5.1 Morbiditat de les malalties de l'aparell respiratori: les hospitalitzacions

Les malalties respiratòries en general i les cròniques en particular, especialment l'MPOC, presenten una alta morbiditat i un alt cost sanitari i social.

Les malalties de l'aparell respiratori van causar, l'any 2007, 98.803 contactes hospitalaris (el 10,4% del total de contactes), un 12% més respecte als 88.228 contactes hospitalaris enregistrats l'any 2006 (aquest any els contactes hospitalaris representaven un 9,7% del total de contactes). D'aquests 98.803 contactes, el 18,8% (18.522 contactes) van ser per MPOC. Durant el període 2003-2008, les malalties respiratòries han representat sobre el total de contactes un percentatge força estable que se situa, al voltant del 10% (taula 2). L'any 2007 la taxa bruta d'hospitalització per cada 1.000 habitants a Catalunya era de 122,5 contactes, mentre que la taxa d'hospitalització per malalties respiratòries se situava en els 13 pacients per cada 1.000 habitants. En el cas de l'MPOC, la taxa bruta d'hospitalització va ser de 2,5 contactes per cada 1.000 habitants (taula 3).

Taula 2. Evolució dels contactes hospitalaris per malalties de l'aparell respiratori. Catalunya, 2003-2008

Any	Contactes	%
2003	86.913	10,1
2004	84.020	9,6
2005	93.331	10,5
2006	88.228	9,7
2007	98.803	10,4
2008	97.887	10,1

Font: Servei Català de la Salut. Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBDAH), 2008.

Taula 3. Taxes brutes d'hospitalització per 1.000 habitants. Total, malalties respiratòries i MPOC. Catalunya, 2007

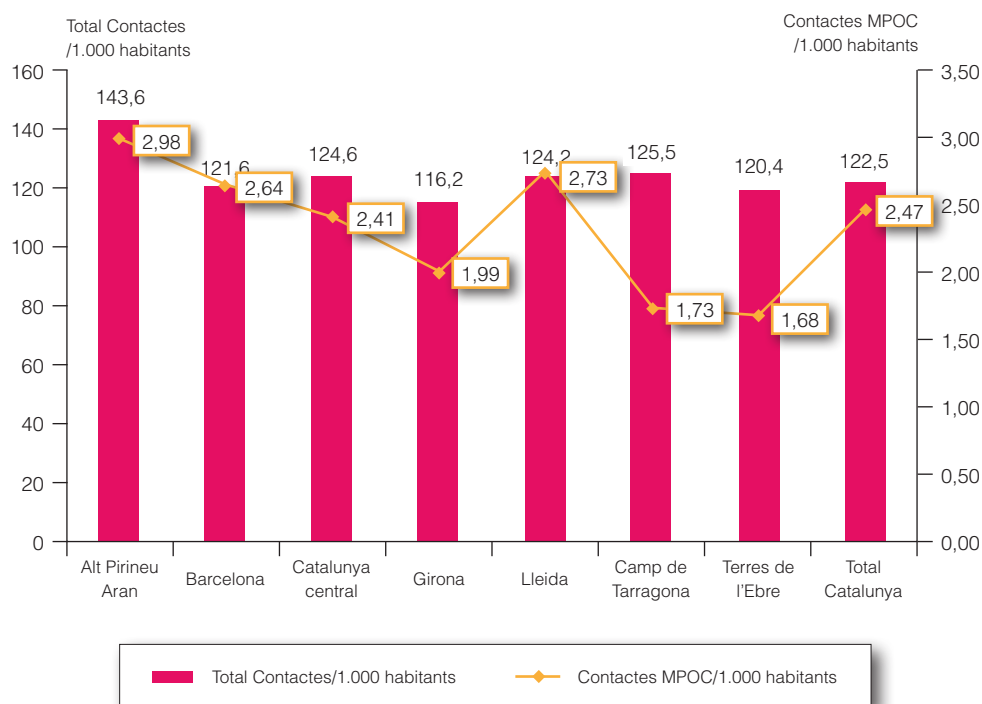
Taxa bruta d'hospitalització per cada 1.000 habitants		
Taxa bruta total	Per malalties de l'aparell respiratori	Per MPOC
122,5	13,2	2,47

Font: Servei Català de la Salut. Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBDAH), 2007.

Pel que fa a la distribució dels contactes hospitalaris segons la regió sanitària on és atès el pacient, s'observa una clara heterogeneïtat en la taxa d'hospitalització que oscil·la entre

els 116,2 contactes per cada 1.000 habitants a Girona i els 143,6 contactes de l'Alt Pirineu i Aran. Un patró similar s'observa en el cas dels contactes per MPOC, tot i que la taxa més baixa en aquesta ocasió s'observa a Camp de Tarragona. En qualsevol cas, la raó entre el valor màxim i el mínim és d'1,73 per al total de contactes hospitalaris i 1,72 en el cas de l'MPOC (gràfic 1).

Gràfic 1. Taxes d'hospitalització total de contactes hospitalaris i contactes per MPOC. Catalunya, 2007



Font: Servei Català de la Salut. Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBDAH), 2007. Criteris de selecció: Diagnòstic principal: codis "491.2, 492.8, 493.2, 494 i 496" i Diagnòstic principal codis "518.81 i 518.84" amb primer diagnòstic secundari codis "491.2, 492.8, 493.2, 494 i 496" de la Classificació Internacional de Malalties; novena revisió; modificació clínica: CIM-9 MC.

La mitjana de l'estada hospitalària a causa de malalties de l'aparell respiratori als hospitals de Catalunya l'any 2007 va ser de quasi 6 dies, amb una mediana de 4. El perfil del pacient ingressat és majoritàriament el d'un home (en el 59,5% dels casos) de 55,6 anys d'edat mitjana. Dels contactes per malalties de l'aparell respiratori el 5% (4.481 contactes) van acabar en mort intrahospitalària. És a dir, 2.530 pacients van reingressar per MPOC al cap de 30 dies de l'alta hospitalària més d'un cop, d'entre el total de 16.800 contactes amb codi d'identificació personal (CIP) registrat.

En el cas de l'MPOC, s'observa una estada mitjana hospitalària de 7 dies i el pacient ingressat té com a mitjana uns 74 anys. El 15,5% dels malalts ingressats per MPOC han reingressat 30 dies després de l'alta hospitalària. És a dir, 2.530 pacients van reingressar per MPOC al cap de 30 dies de l'alta hospitalària més d'un cop, d'entre el total de 16.800 contactes amb codi d'identificació personal (CIP) registrat. El 30,6% dels pacients amb MPOC ho han fet als 60 dies (als 30 dies del primer reingrés).

L'estudi de la distribució territorial i els fluxos de pacients amb MPOC en les regions sanitàries mostra un nivell de cobertura alt per a cadascuna de les regions. En tots els casos, més del 90% dels pacients amb MPOC són atesos en la seva regió sanitària de residència (taula 4).

Taula 4. MPOC. Distribució percentual i nombre de contactes d'hospitalització convencional dels residents en cada regió sanitària depenent de la regió sanitària de l'hospital. Catalunya, 2007

Regió sanitària de l'hospital	Regió sanitària de residència						Altres residències					
	Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona	Catalunya no especialitzada	Estat espanyol	Estranger	Desconegut	Total
Lleida	9	0,3	0,3	0,0	0,1	1,5	0,0	2,3	29,8	0,0	2,1	5,3
	903	3	1	0	1	3	4	2	56	0	2	975
Camp de Tarragona	0,3	93,2	3,2	0,2	0,4	0,5	0,3	4,6	7,4	11,9	14,7	5,2
	3	863	10	4	5	1	36	4	14	5	14	959
Terres de l'ebre	0,0	0,2	90,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9	4,8	14,7	1,7
		2	286				3	0	11	2	14	318
Girona	0,1	0,1	0,0	93,9	0,2	0,5	0,6	0,0	10,1	59,5	1,1	8,8
	1	1		1.514	2	1	73		19	25	1	1.637
Catalunya Central	0,8	0,2	0,0	0,2	94,7	2,0	0,3	0,0	3,2	4,8	1,1	6,4
	8	2		3	1.122	4	42	0	6	2	1	1.190
Alt Pirineu i Aran	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	91,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	1,1
	1	2			1	183	5		9	0	0	200
Barcelona	2,9	5,7	6,3	5,6	4,6	4,5	98,7	93,1	38,8	19,0	66,3	71,5
	27	53	20	91	54	9	12.784	91	73	8	63	13.243
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	943	926	317	1.612	1.185	200	12.917	87	188	42	95	18.522

Residents a Catalunya	18.197	98,2%
espanyol	188	1,0%
Residents a l'estranger	42	0,2%
Residència desconeguda	95	0,5%
Total contactes	18.522	100,0%

Font: Servei Català de la Salut. Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBDAH), 2007.

Criteris de selecció: Diagnòstic principal codis "491.2, 492.8, 493.2, 494 i 496" i Diagnòstic principal codis "518.81 i 518.84" amb primer diagnòstic secundari codis "491.2, 492.8, 493.2, 494 i 496" de la Classificació Internacional de Malalties; novena revisió; modificació clínica: CIM-9 MC.

En el cas de l'MPOC, l'estudi del perfil de la població que ingressa amb aquesta patologia a Catalunya mostra una característica força comuna i transversal a l'hora d'analitzar els comportaments d'un indicador arreu del territori, la variabilitat. De mitjana, un pacient que ingressa per primera vegada en un centre hospitalari de Catalunya a causa d'una MPOC o bé per una agudització d'MPOC, té 74 anys, i en un 77% dels casos és un home.

L'estada mitjana hospitalària al conjunt de Catalunya per un pacient que ingressa amb MPOC és de 7 dies (amb un mínim de 6 dies a les Terres de l'Ebre, i un màxim de quasi 9 dies a Lleida). La taxa bruta d'hospitalització de Catalunya per MPOC és de

24,7 contactes per 10.000 habitants, amb territoris que mostren xifres bastant superiors (com l'Alt Pirineu i Aran, amb una taxa bruta d'hospitalització de quasi 30 contactes per 10.000 habitants, i un mínim de 17 contactes per 10.000 habitants a les Terres de l'Ebre). En total, l'any 2007 van produir-se a Catalunya fins a 18.522 contactes hospitalaris a causa de l'MPOC (taula 5).

Taula 5. Característiques de l'hospitalització aguda per MPOC per regió sanitària de residència del pacient. Catalunya, 2007

Regió sanitària	Edat mitjana	Estada mitjana (dies)	Taxa bruta d'hospitalització*	Contactes hospitalaris per n (%)
Alt Pirineu i Aran	74,1	6,2	2,98	200 (1%)
Barcelona	74,4	6,9	2,64	13.273 (72%)
Catalunya Central	75,5	7,7	2,41	1.190 (6%)
Girona	74,3	7,3	1,99	1.637 (9%)
Lleida	73,8	8,7	2,73	975 (5%)
Camp de Tarragona	73,8	7,2	1,73	959 (5%)
Terres de l'Ebre	75,1	6,0	1,68	318 (2%)
Catalunya	74,4	7,1	2,47	18.522 (100%)

Font: Servei Català de la Salut. Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBDAH), 2007.

Criteris de selecció: Diagnòstic principal codis "491.2, 492.8, 493.2, 494 i 496" i Diagnòstic principal codis "518.81 i 518.84" amb primer diagnòstic secundari codis "491.2, 492.8, 493.2, 494 i 496" de la Classificació Internacional de Malalties; novena revisió; modificació clínica: CIM-9 MC.

* Taxa bruta d'hospitalització: contactes per cada 1.000 habitants.

Si fem una subanàlisi de la població de 40 anys o més amb MPOC, segons els mateixos criteris diagnòstics, es confirma novament l'existència de variabilitat territorial segons mostren les dades de la taula 6.

Taula 6. Característiques de l'hospitalització aguda de la població ≥ 40 anys amb MPOC. Catalunya, 2008

Regió sanitària	Edat mitjana	Homes (%)	Estada mitjana (dies)	Taxa bruta d'hospitalització*	Mortalitat intrahospitalària	Contactes hospitalaris (nre.)	
Alt Pirineu i Aran	76	104 (78)	8 \pm 11	0,13	9 (7)	134	
Garraf i Alt Penedès	74	274 (82)	8 \pm 8	0,33	21 (6)	334	
Llobregat	74	1.259 (80)	6 \pm 6	1,6	101 (6)	1.571	
Barcelona	Barcelonès nord i Maresme	74	1.096 (74)	7 \pm 6	1,5	101 (7)	1.481
	Barcelona ciutat	76	2.228 (71)	7 \pm 7	3,14	197 (6)	3.144
	Vallès Oriental i Occidental	75	1.740 (76)	7 \pm 7	2,27	85 (4)	2.274
Catalunya central	76	600 (75)	8 \pm 7	0,81	66 (8)	806	
Girona	75	851 (76)	7 \pm 6	1,12	78 (7)	1.124	
Lleida	75	507 (71)	9 \pm 7	0,71	38 (5)	711	
Camp de Tarragona	74	408 (70)	8 \pm 7	0,58	24 (4)	580	
Terres de l'Ebre	76	185 (78)	7 \pm 8	0,23	20 (8)	237	

Font: Servei Català de la Salut. Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBDAH), 2008.

Criteris de selecció: pacients amb ≥ 40 anys i diagnòstic principal codis "491.2, 492.8, 493.2, 494 i 496" i Diagnòstic principal codis "518.81 i 518.84" amb primer diagnòstic secundari codis "491.2, 492.8, 493.2, 494 i 496" de la Classificació Internacional de Malalties; novena revisió; modificació clínica: CIM-9 MC.

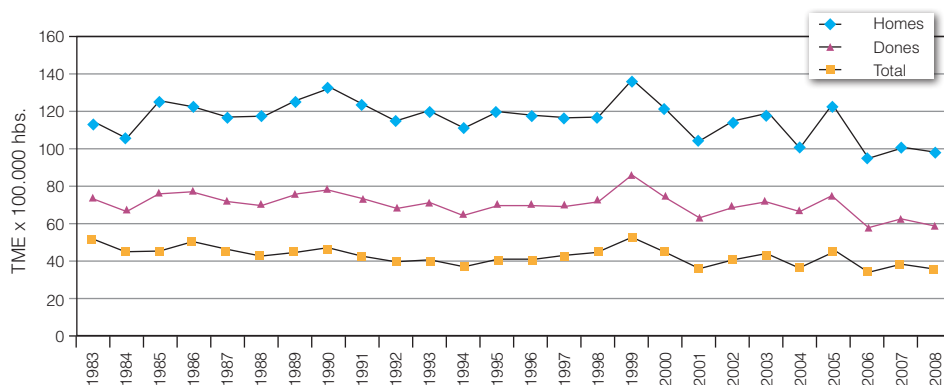
* Taxa bruta d'hospitalització: contactes per cada 1.000 habitants.

5.2 Mortalitat de les malalties de l'aparell respiratori

A Catalunya, les malalties de l'aparell respiratori van ser l'any 2008 la tercera causa de mort en ambdós sexes, amb una taxa crua de 83,60 defuncions per 100.000 habitants. Les 6.105 defuncions registrades per malalties respiratòries van representar el 10,26% del total de defuncions. El 60% de les morts d'aquest grup van correspondre a homes.

El gràfic 2 presenta l'evolució de la mortalitat per malalties de l'aparell respiratori entre el 1983 i el 2008 segons el sexe. En general, s'observa una lleugera disminució de la mortalitat, estandarditzada per edat, per aquest grup de causes fins a l'any 2001, i un descens més marcat, de prop del 6%, entre els anys 2001 i 2008.

Gràfic 2. Evolució de les taxes de mortalitat estandarditzades (TME) per edat per malalties de l'aparell respiratori segons el sexe. Catalunya, 1983-2008



Font: Departament de Salut. Registre de mortalitat. Grups de causes 49 a 53 de la llista D73 de causes de mort.

NOTA: Estandardització per la població de Catalunya 1991. Mètode directe. Mortalitat global: taxes per 100.000 habitants.

Dins el context europeu, la mortalitat per malalties de l'aparell respiratori situa Catalunya com una de les regions amb mortalitat alta, entre els països europeus occidentals, amb una taxa de 50,6 defuncions per 100.000 habitants, lleugerament inferior a la d'Holanda i bastant superior a la d'Alemanya i alguns països nòrdics com Finlàndia o Suècia (a excepció de Dinamarca, amb una taxa de 60,6 defuncions per 10.000 habitants).

Taula 7. TME per edat per malalties de l'aparell respiratori en el conjunt de països d'Europa i Catalunya

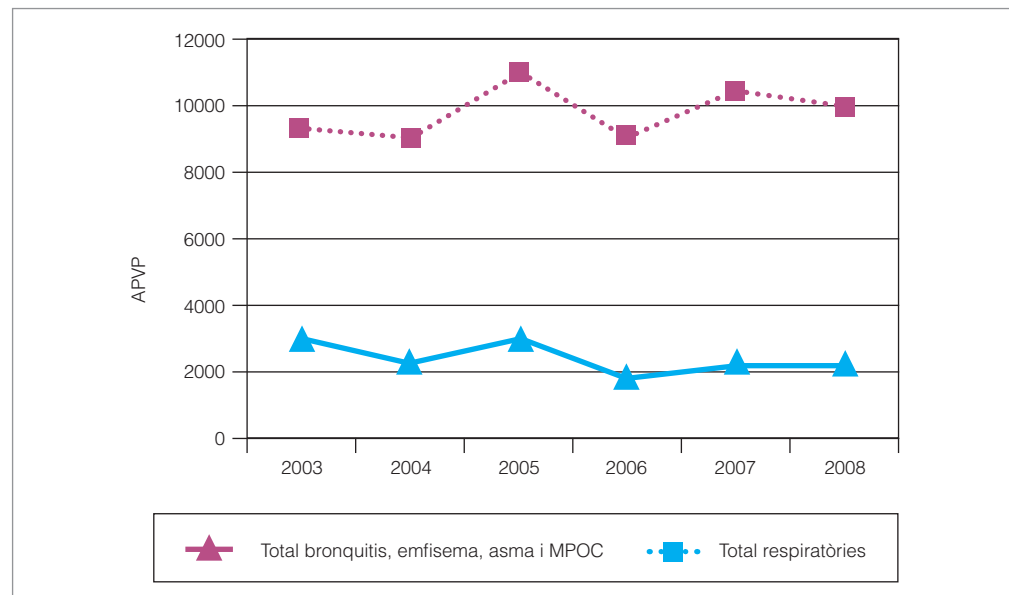
País	TME	Any
Finlàndia	25,84	2007
Suïssa	27,59	2006
França	27,65	2006
Itàlia	29,12	2006
Suècia	30,82	2006
Àustria	32,19	2007
Eslovènia	35,37	2007
Alemanya	36,97	2006
Catalunya	50,60	2007
Holanda	54,16	2007
Dinamarca	60,56	2006
Espanya	61,83	2005
Irlanda	72,19	2007
Regne Unit	73,39	2007

Font: Organització Mundial de la Salut. Taxes de mortalitat estandarditzades per edat segons la població europea.

La mortalitat prematura, mesurada a través dels anys potencials de vida perduts (APVP), és un dels indicadors sanitaris que ofereixen una aproximació més real al cost i a la càrrega d'una malaltia dins el nostre entorn. L'any 2008 es van perdre a Catalunya un total de 9.918 anys potencials de vida a causa de les malalties de l'aparell respiratori, la qual cosa va representar el 5,6% dels APVP a Catalunya. Els homes van perdre 7.249 anys de vida potencial, el 73% del total per malalties respiratòries, mentre que les dones en van perdre 2.669. Per cadascuna d'aquestes morts es van perdre una mitjana de 13,8 anys de vida potencial. Per sexes, les dones perden de mitjana 15,88 anys de vida potencial, mentre que els homes en perden 13,23.

El gràfic 3 mostra l'evolució dels APVP entre 1 i 70 anys, per bronquitis, asma, emfisema i MPOC (segons l'agrupació D73 de causes de mort) entre el 2003 i el 2008. A Catalunya, l'any 2008 es van perdre 2.273 anys potencials de vida a causa d'aquest conjunt d'entitats clíniques respiratòries, un 23% del total d'APVP per al total de malalties respiratòries. Per sexe, els homes presenten una pèrdua d'anys potencials de vida per aquest conjunt de malalties molt superior a les dones. Pel que fa a la mortalitat evitable, avui dia, la tuberculosi (amb 25 defuncions l'any 2008 i una taxa estandarditzada per edat per 100.000 habitants de 0,4 morts) i l'asma (amb 9 defuncions el mateix any amb una taxa de mortalitat de 0,2 morts per 100.000 habitants) segueixen sent les dues malalties respiratòries causes susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària considerades per consens causes de mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable. Si s'exclou de l'anàlisi el càncer de pulmó, les malalties de l'aparell respiratori representen l'1,8% de les morts evitables.

Gràfic 3. Evolució dels APVP d'1 a 70 anys per al total de malalties respiratòries i per bronquitis, emfisema, asma i MPOC. Catalunya, 2003-2008



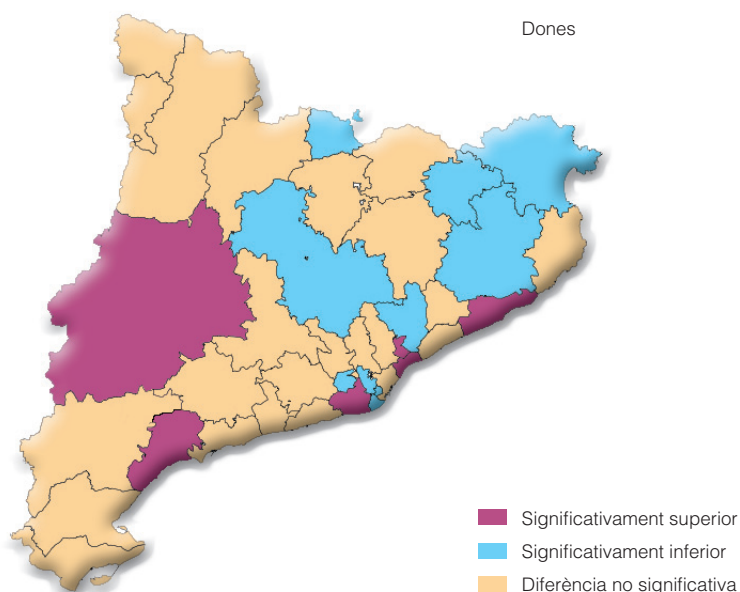
Font: Departament de Salut. Registre de mortalitat. Grup de causes 52 de la llista D73 de causes de mort. Anys potencials de vida perduts: taxes per 10.000 habitants.

5.2.1. L'anàlisi territorial de la mortalitat

L'anàlisi territorial duta a terme pel Pla de salut de Catalunya per al sexenni 1999-2004 mostra les diferències per sexe i territori dels índexs de mortalitat estàndard (IME). En

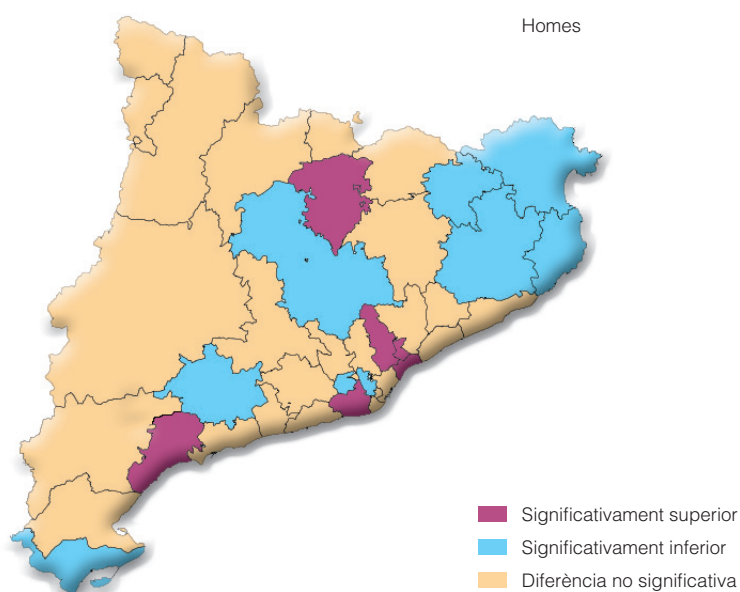
els homes, les malalties de l'aparell respiratori presenten un IME superior a la regió sanitària de Barcelona, mentre que és significativament inferior a les Terres de l'Ebre i Girona. En les dones, l'IME és significativament superior a Lleida i Camp de Tarragona mentre que és inferior a Girona i Catalunya Central. A continuació es presenten les diferències territorials de mortalitat per malalties de l'aparell respiratori per sexe als governs territorials de salut (GTS).

Figura 1. Mapa de la distribució de les diferències de mortalitat per malalties de l'aparell respiratori entre els GTS, en dones. Catalunya, 1999-2004



Font: Pla de salut de Catalunya. Registre de mortalitat de Catalunya. Padrons municipals de l'IDESCAT.

Figura 2. Mapa de la distribució de les diferències de mortalitat per malalties de l'aparell respiratori entre els GTS, en homes. Catalunya, 1999-2004



Font: Pla de salut de Catalunya. Registre de mortalitat de Catalunya. Padrons municipals de l'IDESCAT.

5.3 Percepció de l'estat de salut de la població en l'àmbit de les malalties respiratòries

Segons dades de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) elaborada el 2006, un 6,2% de la població major de 14 anys declara que pateix bronquitis crònica, éssent més prevalent en els homes (6,9%) que en les dones (5,6%). En el cas de les al·lèrgies cròniques, un 16,2% de la població declara que en pateix, però en aquest tipus de patologia la proporció per sexes és a la inversa, és lleugerament més prevalent en les dones (14,8%) que en els homes (11,1%). En l'asma, la prevalença declarada en més grans de 14 anys és més elevada en les dones (6,7%) que en els homes (5,5%).

Taula 8. Percentatge de persones més grans de 14 anys que declaren patir bronquitis crònica. Catalunya, 2006

Bronquitis crònica	Homes	Dones	Total
15-44 anys	3,2	3,8	3,5
45-64 anys	7,4	5,2	6,2
65-74 anys	17,4	11,2	14,0
> 74 anys	20,5	10,0	13,9
Total	6,9	5,6	6,2

Font: ESCA 2006. Departament de Salut.

Taula 9. Percentatge de persones més grans de 14 anys que declaren patir asma. Catalunya, 2006

Asma	Homes	Dones	Total
15-44 anys	4,8	5,9	5,3
45-64 anys	4,4	5,8	5,1
65-74 anys	7,9	10,1	9,1
> 74 anys	12,1	9,3	10,3
Total	5,5	6,7	6,1

Font: ESCA 2006. Departament de Salut.

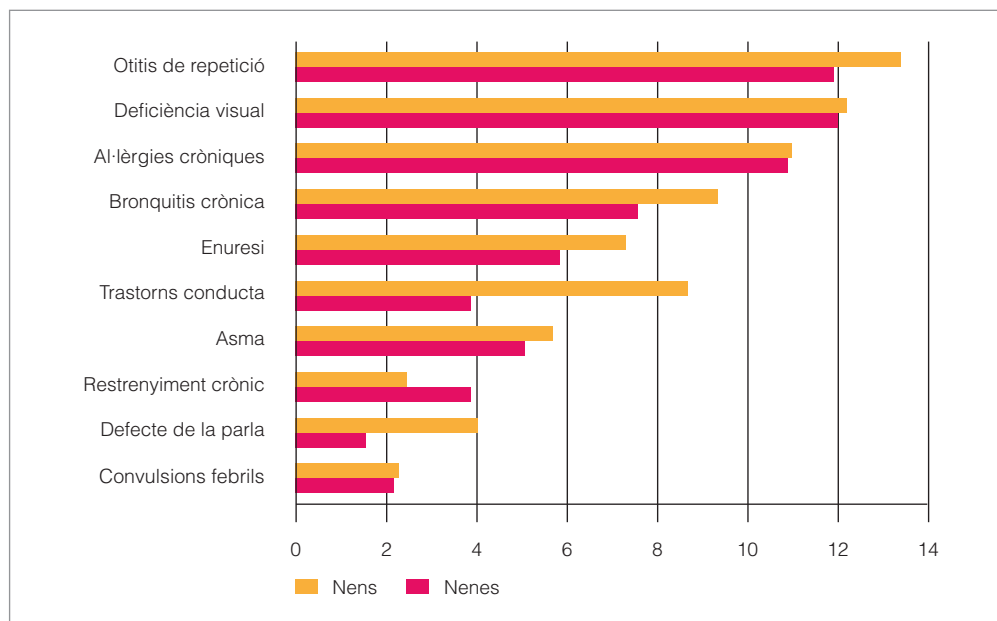
Taula 10. Percentatge de persones més grans de 14 anys que declaren patir al·lèrgies cròniques. Catalunya, 2006

Al·lèrgies cròniques	Homes	Dones	Total
15-44 anys	16,3	17,9	17,1
45-64 anys	13,6	17,6	15,7
65-74 anys	11	19,8	15,7
> 74 anys	11,1	14,8	13,4
Total	14,7	17,6	16,2

Font: ESCA 2006. Departament de Salut.

Pel que fa a la població infantil, prop d'un 8% de les nenes declara que pateix bronquitis crònica o bronquitis de repetició, mentre que en els nens aquest percentatge supera el 9%. L'asma és un altre dels problemes de salut respiratoris més declarat per part de la població infantil (entre el 5% i el 6%), i és lleugerament més prevalent en els nens que en les nenes.

Gràfic 4. Percentatge dels principals trastorns que declara la població de 0 a 14 anys, per sexe. Catalunya, 2006

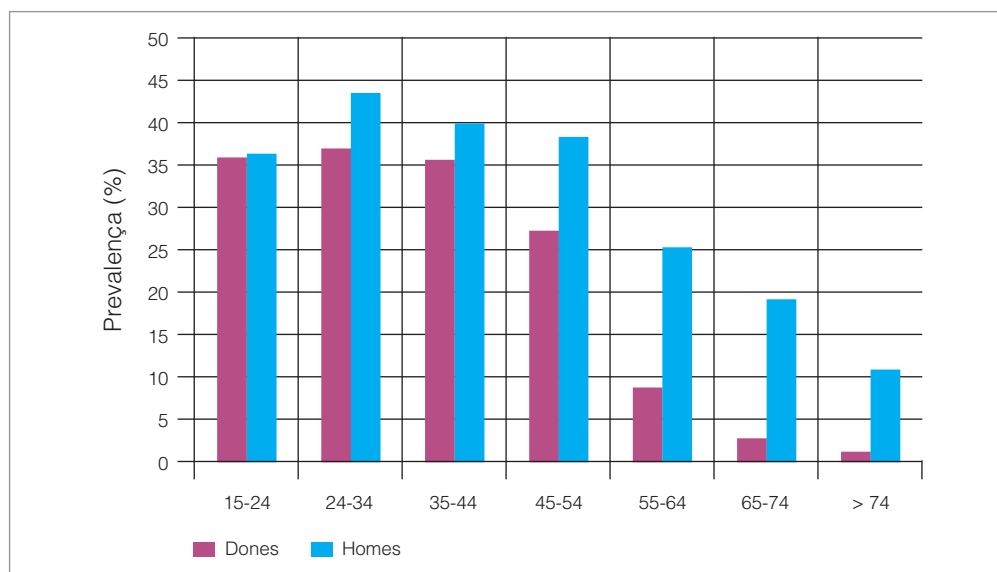


Font: ESCA, 2006. Departament de Salut.

5.4 Anàlisi de les dades sobre tabaquisme a Catalunya

El consum de tabac és la primera causa de mort prematura previsible en els països desenvolupats. L'evolució del tabaquisme els darrers anys mostra una disminució de l'hàbit en els homes i un canvi de tendència en el consum de les dones, que des del 2006 mostra una disminució. Actualment, la prevalença de tabaquisme a Catalunya és inferior al 30%. Són molts els factors que poden haver influït en la tendència favorable del consum de tabac, però en qualsevol cas es considera que l'efecte de la Llei del 2006 ha estat un fet fonamental. Per sexes, els homes fumen més que les dones en tots els trams d'edat.

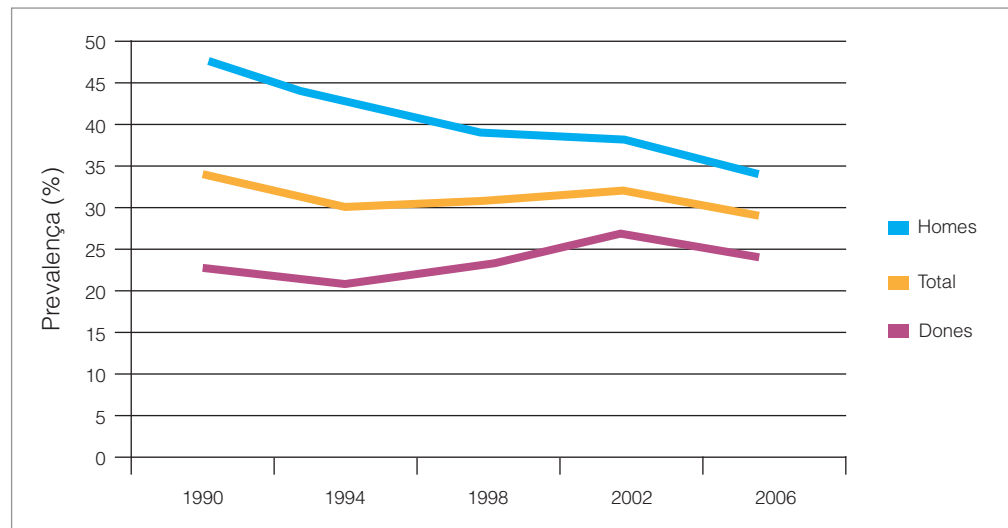
Gràfic 5. Prevalença de tabaquisme* per grups d'edat i sexe. Catalunya, 2006



Font: ESCA 2006. Departament de Salut.

*Fumadors diaris i ocasionals.

Gràfic 6. Evolució de la prevalença de tabaquisme (fumadors diaris i ocasionals) en la població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 1990-2006



Font: Enquesta de tabac de Catalunya, 1990 i 1998; i ESCA 1994, 2002 i 2006. Departament de Salut.

El Departament de Salut de Catalunya ha dut a terme un estudi sobre la mortalitat atribuïble al tabaquisme en la població de Catalunya en el període 1998-2006, per conèixer-ne l'evolució durant els últims anys. L'any 1998 a Catalunya es van produir 53.720 morts en la població de més de 35 anys, de les quals, 8.604 (16,0%) van ser degudes al consum de tabac (7.136 homes i 1.468 dones). El 2002 es van produir 55.800 morts en la població de més de 35 anys, de les quals, 9.073 (16,3%) van ser atribuïbles al consum de tabac (7.282 homes i 1.791 dones). L'any 2006 hi va haver 56.045 morts per totes les causes en població de més de 35 anys, de les quals 8.673 (15,5%) s'atribueixen al tabaquisme (6.984 homes i 1.689 dones).

S'estima que l'any 2006 el 6% del total de les morts de dones i el 20% de les d'homes van ser atribuïbles al consum de tabac.

Segons les últimes dades, a Catalunya cada any moren 400 persones menys per causes atribuïbles al consum de tabac (l'any 2006, 298 homes i 102 dones). L'any 2006, el nombre total de morts atribuïbles al tabaquisme va ser de 8.673 (6.984 homes i 1.689 dones). Això correspon a un 15,5% del total de morts en persones de 35 anys o més.

L'any 2006 es van vendre a Catalunya 30.253.069 paquets de cigarrets menys que el 2005 i aquesta davallada va continuar durant el 2007 i s'ha estabilitzat l'any 2008. El consum de cigarrets per capita ha passat de 2.541 durant l'any 2005 a 2.305 l'any 2008.

Són moltes les accions endegades per prevenir el tabaquisme, entre d'altres cal destacar:

El programa "Atenció primària sense fum", juntament amb les societats científiques d'atenció primària, ha elaborat i editat la *Guia per al tractament del tabaquisme actiu i passiu*, que s'ha distribuït a tots els CAP de Catalunya.

L'activitat assistencial relacionada amb l'ajuda per deixar de fumar s'ha incrementat lleugerament. Durant l'any 2008, amb l'ajuda dels professionals d'atenció primària de

l'ICS, un total de 47.261 persones van deixar de fumar. Pel que fa als hospitals, en el període 2006-2008, 1.313 pacients que estaven ingressats van rebre ajuda per deixar de fumar. A les unitats especialitzades cada any s'atenen més de 2.100 pacients. En aquest sentit, cal fer esment de la campanya informativa i de sensibilització sobre els efectes del fum del tabac "El fum és fatal". L'objectiu és promoure actituds i comportaments assertius en les persones no fumadores per evitar i reduir l'exposició al fum, i de respecte i adhesió a la normativa vigent, i augmentar la utilització dels recursos assistencials per deixar de fumar, com per exemple la línia telefònica Sanitat Respon.

El programa "Embaràs sense fum", dut a terme en els centres d'assistència a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i als centres d'atenció primària (CAP) de Catalunya. També cal fer esment de la desena Setmana sense Fum "La vida sense fum té més bon gust", una iniciativa organitzada pel Grup d'Atenció Primària d'Abordatge del Tabaquisme (GRAPAT), la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, juntament amb la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària (semFYC) i el Programa d'activitats de promoció i prevenció de la salut (PAPPS).

Des del vessant de la prevenció primària, el Pla director està treballant amb la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut en el Pla de deshabitació tabàquica en pacients amb MPOC en la fase d'agudització de la malaltia al seu ingrés hospitalari (PDT-MPOC). Aquesta iniciativa es desenvoluparà a partir del setembre del 2010 en cinc centres hospitalaris de la denominada *Xarxa d'Hospitals sense Fum*, que tindrà continuïtat una vegada els pacients segueixin el seu recorregut en altres dispositius assistencials del sistema sanitari (atenció primària i atenció especialitzada). Aquest programa podrà comprendre el finançament, si cal, del tractament farmacològic per a la deshabitació tabàquica.

D'altra banda, el Departament de Salut manté l'activitat inspectora amb una mitjana d'11.000 inspeccions anuals a diversos establiments, el 14% de les quals han generat diversos expedients per incorreccions. Des de l'1 de gener del 2006 (data d'entrada en vigor de la Llei 28/2005, de mesures enfront del tabaquisme) fins al 31 de març del 2009, s'han fet 35.890 inspeccions, 5.143 de les quals han mostrat incorreccions.

5.5 Els indicadors relatius als dispositius d'atenció primària

Les dades que es presenten a continuació provenen dels equips d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut (ICS). A l'atenció primària, els casos incidents d'MPOC estan experimentant una lleugera disminució, i la tendència a usar l'espirometria en el moment del diagnòstic de l'MPOC i l'asma augmenta. L'any 2007, l'ús de l'espirometria en el moment del diagnòstic de l'MPOC constava registrat en la història clínica informatitzada en un 33% dels nous casos de pacients amb MPOC diagnosticats a l'atenció primària, mentre que l'any 2009 aquest percentatge va augmentar fins al 40,8%. Pel que fa a l'ús de l'espirometria en el moment del diagnòstic de l'asma a l'atenció primària, l'any 2007 es feia al 7,8% de la població, mentre que l'any 2009 es duplica aquest percentatge i s'assoleix el 16,3% de casos incidents. Cal esmentar que l'any 2007 el procés d'informatització dels equips d'atenció primària (EAP) no era efectiu per a la totalitat de dispositius assistencials, motiu pel qual les dades d'aquest any no reflecteixen el percentatge de la pràctica clínica per se, sinó que són més pròximes al nivell de registre d'aquesta pràctica. L'any 2009 el grau d'informatització de la totalitat dels EAP era prou exhaustiu. Aquest fet va permetre, entre d'altres, l'abocament de les dades referents a l'espirometria al sistema informàtic dels centres d'atenció primària (e-CAP). No obstant això, aquesta transferència encara

no és automàtica i per aquest motiu, pel que fa a les dades del nivell de registre de l'espirometria, ens podríem trobar en una situació de subregistre.

Taula 11. Evolució de l'activitat efectuada a atenció primària en relació amb l'assistència a les malalties respiratòries. Catalunya, 2007-2009

	2007	2009*
Nombre de diagnòstics d'MPOC (prevalents)	83.455	105.947
Nombre de diagnòstics d'MPOC (incidents)	14.636	12.286
Espirometria al diagnòstic de l'MPOC	4.855	5.012
Nombre de fumadors	614.605	682.162
Nombre de deshabitacions el darrer any	38.222	47.901
Nombre de diagnòstics d'asma (incidents)	15.022	12.821
Espirometries en el moment del diagnòstic d'asma	1.174	2.088
Ensinistrament i verificació de la tècnica inhalant en l'MPOC	21.244	65.319

Font: Sistema d'informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP); ICS, 2007-2009.

* Les dades de l'any 2009 corresponen a l'anàlisi del tall fet al final del primer trimestre (març 2009).

MPOC: De l'estudi de les històries clíniques d'atenció primària dels centres de l'ICS (equivalent aproximadament al 80% de l'atenció primària de Catalunya) es desprèn que hi ha 113.900 històries clíniques en què consta el diagnòstic. D'aquestes, en el 24% dels casos consta la realització d'una espirometria en el moment del diagnòstic. També s'observa que aproximadament en el 23% dels casos s'han prescrit inhaladors per al tractament de l'MPOC i que aproximadament un 66% dels pacients diagnosticats han estat vacunats de la grip comuna i han rebut profilaxi antipneumocòccica (aquesta darrera en una proporció una mica menor). Pel que fa a l'ensinistrament i la verificació de la tècnica inhalant en l'MPOC, s'ha produït un increment d'aquesta activitat corresponent al 67% (l'any 2007 només constava aquesta verificació en 21.244 històries clíniques mentre que el 2009, 65.319 pacients amb MPOC han rebut ensinistrament i verificació de l'ús i la tècnica dels inhaladors).

Asma: Pel que fa a l'asma, de les 152.588 històries clíniques en població adulta en què consta aquest diagnòstic, només figura la realització de l'espirometria diagnòstica en el 10% dels casos i a una tercera part dels pacients els han prescrit fàrmacs inhalats. En l'asma infantil, l'espirometria consta només en el 4,4% de les 41.687 històries clíniques.

Si analitzem les dades referents a la vacunació de la població general i segons dades dels sistemes d'informació d'atenció primària de l'ICS, el 6% de la població entre 15 i 59 anys ha rebut la vacuna de la grip, mentre que la cobertura a la població més gran de 59 anys és del 57%. Finalment, cal remarcar que al 15% dels adults (més grans de 15 anys) atesos a atenció primària, els han administrat la vacuna pneumocòccica, mentre que la cobertura en la població assignada més gran de 59 anys és del 56%. Aquestes dades concorden amb la informació facilitada per l'avaluació del contracte de la compra de serveis dels proveïdors d'atenció especialitzada i primària. Segons dades d'aquesta darrera font, el 2009 la prevalença de pacients exfumadors era del 35,2% (entenen com a pacient exfumador aquell que s'ha mantingut abstinent de l'hàbit tabàquic durant un any o més). D'altra banda, el percentatge de cessacions de tabac en els dispositius d'atenció primària ha registrat un augment d'un 25% en els darrers dos anys.

Pel que fa a les dades declarades pels proveïdors d'atenció especialitzada i obtingudes a partir de l'avaluació de la part variable del contracte de la compra de serveis del CatSalut dels anys 2006 al 2008, observem que el percentatge de reingressos urgents als 30 dies de l'alta per MPOC presenta una tendència a la reducció. L'any 2008 aquest percentatge era proper a l'11%. Val a dir que, segons s'ha comentat en l'apartat cinquè d'aquest document (anàlisi de situació) i més concretament en l'anàlisi de la morbiditat, el mateix indicador per a l'any 2007 i segons dades del CMBDAH, era del 15%. Aquesta dada no sembla discordant amb el 7,2% que reflecteix l'avaluació del contracte de serveis, atès que aquesta avaluació no es va fer sobre la totalitat dels proveïdors d'atenció especialitzada, mentre que les dades facilitades pel CMBDAH comprenen el 100% dels centres hospitalaris de la XHUP. Pel que fa a les dades sobre la resolució dels programes de circuit de diagnòstic ràpid (CDR) per a càncer de pulmó, i en concret quan s'avalua el percentatge de pacients amb temps inferiors als 15 i 30 dies des que entren en el programa fins que reben el tractament, podem arribar a la conclusió que s'observa un increment d'aquest indicador per al període 2006-2008. Així doncs, l'any 2008 quasi el 57% dels pacients que entren en un programa de CDR de càncer de pulmó reben tractament en un interval inferior als 15 dies, i quasi un 60% ho fan en un interval menor a 30 dies. Aquesta darrera dada sembla coherent amb la posteriorment facilitada per al mateix indicador (vegeu l'apartat 5.6.3 d'aquest document), segons les dades oficials de les llistes d'espera per al CDR de càncer de pulmó.

Taula 12. Evolució dels principals indicadors de l'avaluació de la compra de serveis d'atenció primària i especialitzada per a malalties respiratòries. Catalunya, 2006-2008

Indicador	2006	2007	2008
Atenció primària			
Cobertura vacunal antigripal en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones) <i>Referència: 85% (població de risc)</i>	57,40%	56,60%	57,50%
Cobertura vacunal antipneumocòccica en la població de 60 anys o més assignada (percentatge de persones)	46,70%	52,80%	56,00%
Pacients exfumadors <i>Referència: 35%</i>	32,60%	28,40%	35,20%
Atenció especialitzada			
Percentatge de reingressos urgents per MPOC	11,8%	7,2%	10,6%
Casos de càncer de pulmó amb interval de temps des de l'entrada en el Programa de circuit de diagnòstic ràpid fins al diagnòstic, inferior a 15 dies (percentatge de casos)	47,7%	53,3%	56,9%
Casos de càncer de pulmó amb interval de temps des de l'entrada en el Programa de circuit de diagnòstic ràpid fins al tractament, inferior a 30 dies (percentatge de casos)	31,8%	46,1%	59,5%

Font: Avaluació de la part variable del contracte de la compra de serveis. CatSalut, 2006-2008.

Dades declarades pels proveïdors.

5.6 Proves diagnòstiques i llistes d'espera

5.6.1. Espirometria

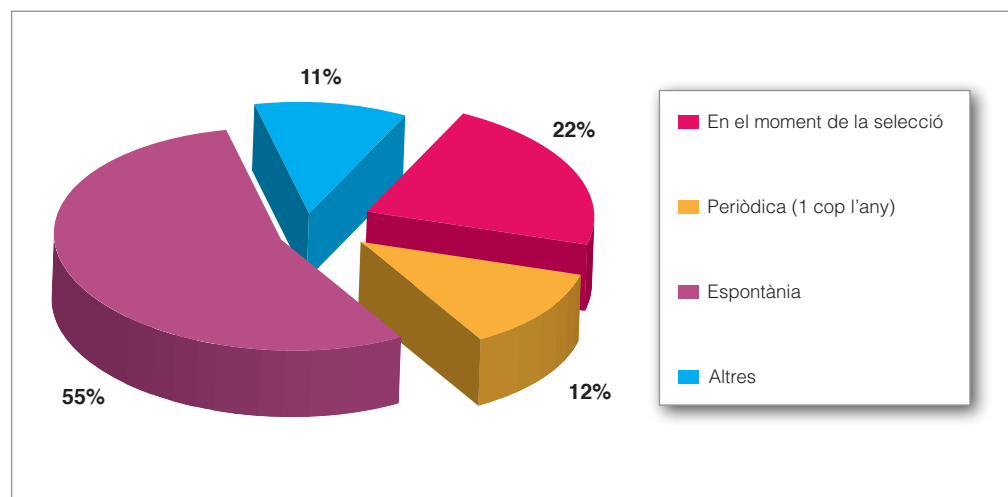
L'espirometria o estudi de la funció pulmonar és l'eina indispensable per avaluar el malalt respiratori. A causa de les característiques d'aquests malalts, és imprescindible disposar d'espirometries en tot el territori i en tots els àmbits assistencials, amb un nivell de qualitat adequat. Per això, aquest ha estat un dels primers objectius estratègics i operatius que el Pla director s'ha marcat en la fase inicial.

Les guies de pràctica clínica acceptades mundialment per al tractament de l'MPOC i de l'asma (GOLD i GINA) estableixen l'espirometria com una eina fonamental per al diagnòstic, la classificació i el seguiment dels pacients amb aquestes patologies. Per tant, una infrautilització d'aquesta prova pot comportar un infradiagnòstic d'aquestes malalties, amb totes les conseqüències que aquest fet pugui implicar. D'altra banda, hi ha articles que mostren una infrautilització de l'espirometria en l'àmbit hospitalari en l'atenció als malalts amb MPOC quan es comparen amb la utilització de proves complementàries emprades en altres patologies (com per exemple l'ecocardiografia en la insuficiència cardíaca).

Així doncs, atès que l'estudi de la funció pulmonar és un element indispensable per a l'avaluació dels pacients amb malalties respiratòries, sembla raonable que el punt de partida per a qualsevol projecte sigui l'accés a les eines diagnòstiques bàsiques. Malgrat això, estudis efectuats en el nostre mitjà fan palès que hi ha diverses causes per les quals no es fan prou espirometries a atenció primària. La manca de formació n'és la causa en el 35,1% dels casos, la manca de personal, en el 21,4%, i la de temps, en el 19,9% dels casos. En el 10,6% dels casos es prefereix derivar el pacient a l'especialista.

En qualsevol cas, la formació i la rotació de professionals són dos problemes relacionats amb el nombre i la qualitat d'espirometries disponibles per als professionals. De fet, els resultats d'una enquesta hospitalària sobre l'extensió i l'ús de l'espirometria als centres de Catalunya elaborada pel Pla director evidencia aquest fet, atès que un 55% dels professionals que fan espirometries als hospitals accedeixen a la formació d'una manera no reglada.

Gràfic 7. Distribució del tipus de formació rebuda pels professionals que fan espirometries als hospitals de la xarxa d'utilització pública. Catalunya, 2009



Font: Enquesta realitzada pel PDMAR als hospitals de la XHUP. Catalunya, 2009.

De la mateixa manera que s'evidencia una manca de formació dels professionals que es dediquen a fer aquest tipus de proves, també s'ha detectat una variabilitat de la pràctica de l'espirometria arreu del territori de Catalunya. Aquest fet es constata a través dels resultats de l'enquesta anteriorment citada, adreçada als 65 hospitals de la XHUP el primer semestre de l'any 2009, en la qual es pretenia analitzar específicament aspectes relacionats amb el nombre d'espirometries que es fan, qui les feia, la formació que rebia aquest personal, com es tractaven les dades obtingudes i la informació sobre el control de qualitat dut a terme.

L'anàlisi del nombre d'espirometries fetes als hospitals mostra una variabilitat important del nombre d'espirometries que es fan als hospitals, que va des d'una per cada 100 habitants a les regions sanitàries de Lleida i Tarragona, a 1,6 per 100 habitants a la regió sanitària de Girona. A causa de l'elevada concentració d'habitants a l'àrea metropolitana de Barcelona, es van analitzar les dades de la regió sanitària de Barcelona i posteriorment s'efectuà una anàlisi desagregada a partir dels diferents sectors sanitaris en què es troba sectoritzada la regió sanitària de Barcelona.

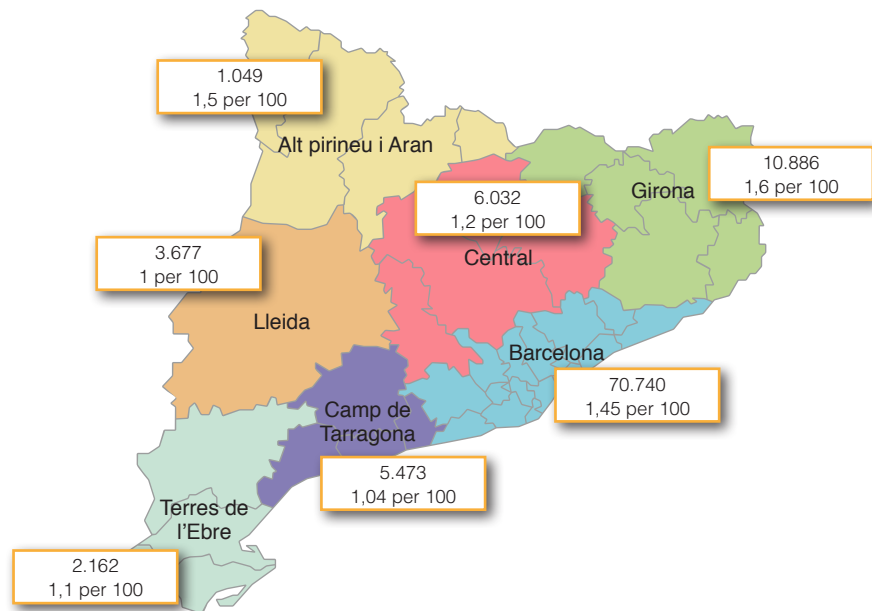
Dins la regió sanitària de Barcelona també es constata una diversitat en la distribució del nombre d'espirometries per cada 100 habitants, que va del 0,47 per 100 habitants al Vallès Oriental, al 2,67 per 100 habitants al Baix Llobregat ($p < 0,05$).

Aquestes variacions no s'expliquen segons la proximitat a hospitals terciaris o àrees metropolitanes o rurals. En aquest mateix estudi es va constatar l'existència de la gran variabilitat que es dona en les diverses zones de l'àrea metropolitana de Barcelona. Així, a la regió del nord de Barcelona (Barcelonès Nord i Maresme) es fan significativament menys espirometries que a la regió sud (Metropolitana Sud).

Tot i que no disposem d'un estàndard del nombre ideal d'espirometries per 100 habitants, els resultats d'aquesta enquesta evidencien una variabilitat territorial important, que pot estar relacionada amb possibles implicacions en la variabilitat de l'abordatge dels pacients respiratoris en l'àmbit hospitalari.

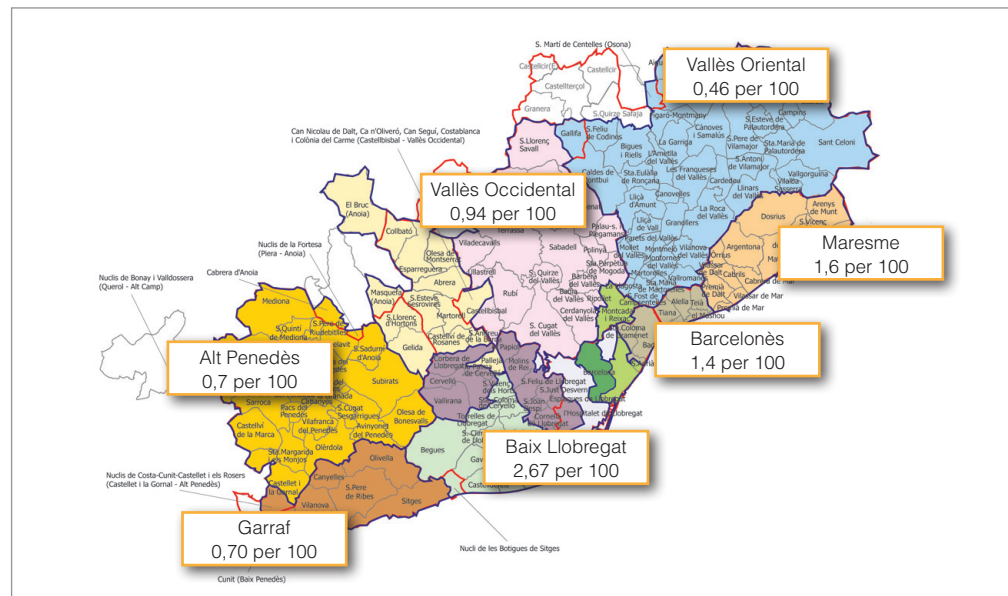
Altres resultats que es deriven d'aquest estudi són que únicament el 21,5% dels professionals que fan espirometries han rebut una formació prèvia a l'inici d'aquesta activitat. Es constata també que en un 30% dels hospitals les dades de l'espirometria s'inclouen automàticament en la base de dades de l'hospital. Aquests dos últims punts posen de manifest la necessitat de promoure programes de control de qualitat de les espirometries.

Figura 3. Nombre d'espirometries per 100 habitants en les diferents regions sanitàries. Catalunya, 2009



Font: Enquesta realitzada pel PDMAR als hospitals de la XHUP. Catalunya, 2009.

Figura 4. Nombre d'espirometries per 100 habitants en els diferents sectors sanitaris de la regió sanitària de Barcelona (RSB), 2009



Font: Enquesta realitzada pel PDMAR als hospitals de la XHUP. Catalunya, 2009.

5.6.2. Estudis del son

Una altra prova diagnòstica molt emprada en l'àmbit clínic de la patologia respiratòria és la polisomnografia, molt útil i fonamental per detectar els trastorns respiratoris relacionats amb el son. L'estudi polisomnogràfic és una prova neurofisiològica i respiratòria contínua i supervisada del cicle vigília-son, en el qual es registren, entre altres paràmetres, l'activitat electroencefalogràfica, electrocardiogràfica i els moviments oculars, el flux d'aire, la saturació d'oxigen i la presència de roncs.

La polisomnografia basal està indicada quan es presenta alguna de les alteracions següents: hipersòmia diürna (somnolència excessiva), roncs i períodes d'apnea percebuts pels pacients o per tercers, hipertensió arterial de difícil maneig, hipertensió pulmonar, cor pulmonar o eritrocitosi de causa no aparent, en casos de trastorns d'inici i manteniment del son en què se sospiti una patologia, avaluació d'un insomni persistent crònic que no respon al tractament inicial o bé seguiment de trastorns del son diagnosticats mitjançant una polisomnografia prèvia.

Els diagnòstics més freqüentment obtinguts a través de la polisomnografia són, a més de l'insomni, la narcolèpsia, l'epilèpsia o algunes parasòmnia, els trastorns respiratoris produïts durant el son. Entre aquests, els més habitualment detectats són l'apnea i/o hipopnea del son, obstructiva o central.

Les darreres dades disponibles del tall oficial corresponen al registre sanitari de les llistes d'espera d'intervencions quirúrgiques i proves diagnòstiques corresponent al desembre del 2009 (darreres dades disponibles en el moment de l'edició d'aquest document), i indiquen que l'accessibilitat per part dels usuaris del sistema català de salut a la realització d'aquest tipus de proves és, en línies generals, encara millorable, tot i que s'observa una heterogeneïtat clara segons la regió sanitària on són atesos els pacients que fa difícil jutjar les possibles causes d'aquest fet. No obstant això, tant les llistes d'espera com els temps d'espera per a la realització de polisomnografies als centres hospitalaris catalans es pot dir que han millorat durant els darrers mesos respecte a les dades del mateix període de l'any 2008. El darrer 2009 s'observen reduccions en les llistes i els temps d'espera en algunes regions de Catalunya, com per exemple a la regió sanitària de Lleida i de les Terres de l'Ebre, respecte a les dades de l'any 2008.

Les dades de la regió sanitària de l'Alt Pirineu i Aran suggereixen que molt probablement els pacients residents són atesos a la regió sanitària de Lleida que és, després de Camp de Tarragona, la segona que presenta una millor resolució per a la realització de polisomnografies, amb una mitjana per sota dels quatre dies en el temps d'espera. A excepció de les regions sanitàries amb més volum d'assegurats (Barcelona i Catalunya Central), Girona amb 142 pacients a la llista d'espera i les Terres de l'Ebre amb 75, són les dues regions sanitàries amb llistes d'espera moderades. Els temps, però, són força diferents.

Un pacient de Girona haurà d'esperar de mitjana divuit dies per poder fer-se una polisomnografia, mentre que un pacient de les Terres de l'Ebre haurà d'esperar uns tres mesos. Probablement caldrà revisar els circuits de derivació dels pacients d'aquesta regió a la regió sanitària de Camp de Tarragona o Lleida atès que compten amb unes llistes d'espera i un temps de resolució més curts.

La regió sanitària de Barcelona, a causa del volum de població de referència (5 milions de pacients assegurats segons dades del 2010) mereix una menció apart. Malgrat l'elevada llista d'espera (3.407 pacients el desembre del 2009), un assegurat resident a Barcelona haurà d'esperar de mitjana uns cinquanta dies per poder fer-se una polisomnografia en qualsevol centre de la XHUP de Barcelona i la seva àrea metropolitana.

Caldrà dur a terme un estudi més detallat a fi de detectar possibles millores en el flux de derivació de pacients per poder reduir encara més les llistes i els temps d'espera per a la realització d'una polisomnografia, punt clau en el procés diagnòstic d'una patologia prevalent com la SAOS.

Taula 13. Evolució de les llistes d'espera i la mitjana de temps d'espera per a la realització de polisomnografies. Catalunya, 2009

	Llista d'espera (pacients)	Mitjana temps d'espera (dies)
Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	0	0
Regió Sanitària Lleida	12	3,7
Regió Sanitària Camp de Tarragona	8	0
Regió Sanitària Terres de l'Ebre	75	100
Regió Sanitària Catalunya Central	467	125
Regió Sanitària Barcelona	3.407	53
Regió Sanitària Girona	142	17,7
Total Catalunya (mitjana)	4.111	130

Font: Registre sanitari de llistes d'espera. Àrea de Serveis i Qualitat. CatSalut, dades corresponents al tall oficial de desembre del 2009.

5.6.3. CDR del càncer de pulmó

L'objectiu del CDR és reduir el retard (temps transcorregut) atribuïble als serveis sanitaris, entre la sospita fonamentada de càncer i el diagnòstic i el tractament. Aquest mecanisme organitzatiu combina l'accés ràpid dels pacients amb sospita fonamentada de càncer que passa consulta a l'atenció primària amb la utilització de la consulta externa i l'hospitalització de dia i, d'altra banda, també amb l'establiment de circuits preferents per a la realització de les exploracions diagnòstiques.

Es determina com a objectiu assistencial un temps inferior a trenta dies des de la visita per una sospita fonamentada de càncer fins a l'inici del tractament.

Els indicadors de seguiment del CDR per a l'any 2008 mostren, en general, una evolució molt positiva respecte als resultats del 2007. A Catalunya, l'any 2008 es van incloure 3.662 pacients en el CDR per a càncer de pulmó. Això representa un increment del 23% respecte als 2.819 inclosos el 2007. S'ha reduït la mitjana de temps d'espera entre l'entrada dels pacients al CDR i l'inici del tractament. L'any 2008 era de 32,5 dies, mentre que l'any anterior era de quasi 39 dies. També s'ha aconseguit reduir el temps d'espera per accedir al CDR de càncer de pulmó. A Catalunya, el 2008, en el 58% dels casos el temps d'espera va ser inferior a 30 dies, mentre que l'any 2007 aquest indicador era del 48%. També és molt positiva la reducció del percentatge de pacients amb temps d'espera més llargs (45 dies), de quasi 10 punts (el 22,5% el 2008 en comparació del 31,43% del 2007).

Taula 14. Indicadors de seguiment del CDR de càncer de pulmó. Catalunya, 2007-2008

Indicador	2007	2008
Nombre de pacients inclosos en el CDR	2.819	3.662
Nombre de pacients inclosos en el CDR que compleixen criteris d'inclusió	2.006	3.159
Percentatge de pacients inclosos en el CDR que compleixen criteris d'inclusió	71,16%	85,52%
Mitjana de temps entre l'entrada al CDR i l'inici del tractament (dies)	38,88	32,25
Percentatge de casos amb interval < 30 dies entre l'entrada al CDR i l'inici del tractament	48,20%	57,93%
Percentatge de casos amb interval entre 30 i 45 dies entre l'entrada al CDR i l'inici del tractament	20,36%	19,54%
Percentatge de casos amb interval > 45 dies entre l'entrada al CDR i l'inici del tractament	31,43%	22,53%

Font: Informes de seguiment del CDR. Divisió d'Avaluació de Serveis. CatSalut, 2007-2008.

5.7 Teràpies respiratòries domiciliàries

Amb el nom de teràpies respiratòries domiciliàries (TRD) s'agrupen tots els serveis terapèutics indicats per al tractament d'afeccions respiratòries, suport ventilatori i control dels diferents paràmetres indicatius d'alteracions en l'oxigenació.

Els serveis d'atenció domiciliària es desenvolupen amb prescripció mèdica facultativa expressa, i és el metge especialista qui detalla la teràpia necessària, els paràmetres i la durada de l'assistència. Aquesta assistència domiciliària aporta avantatges al pacient en un tipus determinat de patologies, com en les respiratòries, proporciona més comoditat i atenció individualitzada i protocol·litzada.

L'any 2009 es van incloure prop de 73.500 pacients en programes de teràpies respiratòries domiciliàries. El primer tipus de TRD més prescrita és la destinada a tractar els pacients amb apnea del son. L'any 2009 es van prescriure 50.835 aparells de pressió positiva contínua en les vies respiratòries (CPAP). Pel que fa al segon tipus de TRD, prop de 16.000 van rebre oxigenoteràpia amb concentrador en un 80% dels casos (12.499 pacients) i la resta, uns 3.467 pacients, van rebre oxigen líquid. El tercer tipus de TRD més prescrita és l'aerosolteràpia, amb uns 3.806 pacients inclosos l'any 2009. Seguidament trobem la ventilació mecànica de 12 i 14 hores, amb uns 2.196 pacients, i en últim lloc el monitoratge de l'apnea infantil amb uns 787 pacients. L'any 2007 el CatSalut va destinar 27,8 milions d'euros per finançar la pràctica de les TRD, un 7,6% del total de pressupost de l'atenció especialitzada destinat a les malalties respiratòries i un 4% del total del pressupost destinat a malalties de l'aparell respiratori.

Taula 15. Teràpies respiratòries a domicili. Catalunya, 2009

Teràpia respiratòria domiciliària	Prescripció (%)
CPAP	69
Concentrador	17
Líquid	5
Ventilació	3
Nebulitzadors	5
Monitoratge	1

Font: Divisió d'Avaluació de Serveis. CatSalut, 2009.

5.8 Impacte econòmic i costos sanitaris relacionats amb les malalties de l'aparell respiratori

L'avaluació de la distribució del pressupost és una eina important en l'anàlisi de la situació i la planificació dels serveis sanitaris. Aquesta avaluació econòmica ha estat, per tant, un element important en l'anàlisi de la situació del Pla director de les malalties de l'aparell respiratori. Segons un altre estudi, l'any 2008 el 9,3% del pressupost del CatSalut es va destinar a l'atenció de les malalties de l'aparell respiratori. D'aquest pressupost, prop del 52% es destina a l'atenció especialitzada, un 24% a l'atenció primària i un 24,3% a l'atenció farmacèutica. Del total del pressupost reservat a l'atenció especialitzada de les malalties de l'aparell respiratori, un 86,3% es destina a l'atenció hospitalària, un 7,6% a l'oxigenoteràpia i el 5,5% restant als dispositius socio-sanitaris.

Segons un estudi dut a terme a la comarca del Baix Empordà sobre l'impacte de la morbiditat en les pèrdues per a l'economia catalana en el marc d'una atenció sanitària integrada, les defuncions prematures per causa de les malalties de l'aparell respiratori

van representar l'any 2004 una pèrdua en la productivitat de 76,4 milions d'euros (un 4,5% del total). Així mateix, s'estima que el cost sanitari ocasionat per l'MPOC és de 2 milions d'euros, mentre que el de l'asma és de prop de tres quartes parts del milió d'euros.

6. Línies estratègiques

6. Línies estratègiques

El Pla director de les malalties respiratòries fa seus i assumeix dins els seus propis objectius estratègics i operatius, els que marca el Pla de salut de Catalunya en totes les àrees d'actuació relacionades amb la prevenció i el tractament de les patologies respiratòries. En aquest sentit, cal apuntar els objectius següents:

- Reduir la mortalitat per grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia en un 10% entre la població de 60 anys i més.
- Reduir la mortalitat per malaltia pulmonar obstructiva crònica entre la població de més de 40 anys en un 10%.
- Reduir la prevalença de tabaquisme fins al 28% entre la població de 15 anys i més.
- Reduir la prevalença de tabaquisme fins al 32% entre els joves de 15 a 24 anys.
- Reduir la prevalença de tabaquisme fins al 22% entre les dones de 15 anys i més.
- Reduir la prevalença de tabaquisme fins al 34% entre els homes de 15 anys i més.
- Assolir una proporció de cessació tabàquica del 35% en la població de 15 anys i més.
- Reduir per sota del 16% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys absolutament sedentàries.
- Disminuir en un 10% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que tenen un nivell insuficient d'activitat física durant el lleure.
- Augmentar en un 20% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que caminen 30 minuts al dia com a mínim.
- Augmentar per sobre del 14% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que fan activitats físiques de lleure d'intensitat moderada cinc cops o més per setmana o una quantitat equivalent.

LÍNIES ESTRATÈGIQUES I PROPOSTES D'ACTUACIÓ 2010-2012

6.1. Abordatge preventiu de les malalties de l'aparell respiratori

Objectiu general

Millorar els resultats en salut de les malalties respiratòries mitjançant mesures preventives

Justificació

La prevenció és una de les intervencions en salut pública més eficients a l'hora d'evitar, disminuir o retardar problemes de salut. Les malalties respiratòries, pel seu component de cronicitat, són un conjunt d'entitats clíniques amb factors de risc coneguts i establerts i, per tant, susceptibles d'obtenir bons resultats amb les accions preventives, d'eficàcia i efectivitat documentades, endegades en aquest entorn.

Objectius específics

- Promoure la deshabitació tabàquica dels malalts amb MPOC.
- Incrementar la promoció de l'activitat física en malalts amb patologia respiratòria.
- Promoure la vacunació en malalts respiratoris d'acord amb les recomanacions del Programa de vacunacions del Departament de Salut.

Projectes

- Treballar juntament amb la Direcció General de Salut Pública en les àrees comunes susceptibles d'establir col·laboracions.

Actuacions

- Dissenyar i implementar experiències model per a la deshabitació tabàquica aprofitant l'ingrés per descompensació greu de l'MPOC. Així com una estratègia de deshabitació

tabàquica en el moment del diagnòstic. En aquest sentit, el Pla director treballarà amb la Direcció General de Salut Pública en el Pla de deshabitació tabàquica en pacients amb MPOC en la fase d'agudització de la malaltia en el seu ingrés hospitalari (PDT-MPOC) dins l'àmbit de la Xarxa d'Hospitals Sense Fum.

- Crear una unitat didàctica per promoure la intervenció sobre tabaquisme en pacients respiratoris.
- Dissenyar un programa d'activitat física per a pacients amb MPOC.
- Promoure la vacunació en malalts respiratoris assumint les recomanacions del Programa de vacunacions del Departament de Salut:
 - Grip: es recomana la vacunació de les persones de qualsevol edat (majors de 6 mesos) amb malalties respiratòries cròniques, incloent-hi l'asma. A partir dels 60 anys, a totes les persones.
 - Pneumocòccica 23-valent: es recomana la vacunació de les persones de 5 anys o més d'edat amb malalties respiratòries cròniques. A partir dels 60 anys, a totes les persones.
 - Pneumocòccica conjugada: actualment el Departament només recomana la vacunació (amb vacuna conjugada 13-valent) en els infants de 2 mesos a 5 anys amb patologies de base que siguin factor de risc. Els grups de risc segueixen sent els que es van establir l'any 2001 per a la vacuna heptavalent. S'hi inclou la malaltia crònica respiratòria, però l'asma queda exclosa de les recomanacions.

6.2. Accessibilitat i qualitat de les proves diagnòstiques, en especial de l'espirometria

Justificació

L'espirometria és la prova diagnòstica principal de la patologia respiratòria, però les escasses dades disponibles mostren uns nivells d'utilització, fins i tot en pacients respiratoris, molt baixos. Hi ha prou evidència científica, corroborada amb un estudi endegat pel Pla director, sobre la realitat de la pràctica d'espirometria als hospitals i els centres d'atenció primària de Catalunya, per concloure que molts malalts amb asma o MPOC estan infradiagnosticats i, en conseqüència, infratractats. Per assegurar que l'eina diagnòstica s'executa amb uns criteris de qualitat, cal endegar un programa de formació adreçat als professionals que fan aquestes proves, amb un contingut reglat i estandarditzat a fi d'assegurar una pràctica homogènia i de qualitat arreu del territori.

Objectiu general

Millorar l'accés a l'espirometria i assolir una espirometria de qualitat arreu del territori.

Objectius específics

- Fer una enquesta per explorar la situació actual de la pràctica de l'espirometria a Catalunya.
- Millorar la formació dels professionals que han de fer espirometries a través del disseny d'un curs amb uns continguts estandarditzats.
- Crear xarxes territorials per fer efectiu el control de qualitat de les espirometries.
- Incrementar la pràctica d'espirometria de qualitat en el moment del diagnòstic en pacients amb MPOC i asma.

Actuacions

- Elaborar una enquesta sobre la pràctica de l'espirometria als hospitals i una altra a l'atenció primària.
- Dissenyar un curs de formació estàndard per a la realització d'espirometries i definir un procediment de formació de formadors.

- Crear xarxes amb professionals de diferents nivells assistencials que regularment facin el control de qualitat de les espirometries efectuades al territori, mitjançant procediments telemàtics.
- Incrementar la pràctica de l'espirometria en pacients amb MPOC i asma en el moment del diagnòstic.

6.3. Atenció als pacients amb MPOC durant l'agudització greu

Justificació

L'MPOC és una de les patologies respiratòries més freqüents i la que deteriora més la qualitat de vida de les persones que la pateixen. El curs evolutiu de la malaltia és en forma d'aguditzacions que, en gran manera, es poden evitar. A banda dels riscos directament relacionats amb l'exacerbació i l'impacte per al pacient i el sistema sanitari, cal considerar dos aspectes: els reingressos i l'impacte global sobre el sistema sanitari. Des d'un punt de vista teòric, en l'exacerbació de l'MPOC hi ha diferents fases en què es pot intervenir d'una manera activa:

- a) Dies previs a l'ingrés (els pacients amb MPOC solen presentar símptomes entre 4-8 dies abans de l'ingrés per exacerbació i durant aquest període se suposa que entren en contacte repetidament amb el sistema sanitari).
- b) Atenció aguda durant l'exacerbació. La major part de les vegades aquesta atenció es dona en els serveis hospitalaris d'urgències. El procés de presa de decisions no està estandarditzat i en molts casos els pacients no reben el tractament més adequat en el moment oportú (alguns pacients podrien beneficiar-se de ventilació no invasiva, per exemple).
- c) Atenció durant i després de l'hospitalització. Els pacients amb MPOC requereixen plans d'alta específics que garanteixin la continuïtat assistencial.
- e) Un cop obtinguda l'alta cal dissenyar programes proactius per evitar els reingressos hospitalaris.

Objectiu general

Millorar l'atenció dels pacients amb agudització greu de l'MPOC.

Objectius específics

- Analitzar el procés d'atenció a l'agudització de l'MPOC (identificar els factors que poden prevenir l'agudització dels malalts amb MPOC i millorar l'atenció a l'agudització i l'alta de l'MPOC).
- Dissenyar un model d'atenció integrada de l'MPOC i garantir la continuïtat assistencial.

Actuacions

- Anàlisi de l'agudització greu de l'MPOC. Elaborar un document tècnic.
- Estudi sobre les necessitats de la ventilació no invasiva.
- Creació d'un model d'atenció integrada a l'MPOC.
- Difusió del model estàndard per aconseguir que cada regió sanitària l'adapti segons les necessitats i els recursos del territori.
- Impuls a programes d'hospitalització a domicili i d'alta precoç per a malalts amb MPOC aguditzada.

6.4. Atenció a la patologia del son

Justificació

La SAOS és, juntament amb l'insomni, el trastorn del son més freqüent. Es caracteritza

per la presència d'apnea i/o hipopnea en un nombre superior a 10 episodis per hora. Afecta predominantment homes amb excés de pes i amb antecedents d'hipertensió arterial i afectació cardíaca coronària. El diagnòstic es basa en una anamnesi detallada, una exploració física del pacient, seguida d'una polisomnografia, que actualment és la prova diagnòstica de confirmació de la malaltia. El tractament comprèn l'abordatge en tres vessants: les mesures higienicodietètiques (pèrdua de pes com a principal factor per corregir), prescripció de CPAP (que és el tractament d'elecció en casos moderats i greus) i cirurgia (quan hi ha alteracions anatòmiques específiques). La patologia del son és una patologia freqüent que deteriora molt la qualitat de vida de les persones que la pateixen. És una patologia tractable, amb un alt rendiment terapèutic. El principal escull rau, actualment, en el disseny d'un model assistencial que doni resposta a les necessitats i les mancances actuals.

Objectiu general

Millorar l'atenció dels pacients amb patologia del son a través del disseny d'un model assistencial.

Objectius específics

- Analitzar la variabilitat de la prescripció.
- Dissenyar una proposta de model assistencial per abordar la patologia del son.

Actuacions

- Informe sobre la variabilitat de la prescripció.
- Creació d'un grup de treball específic per a l'abordatge de la patologia del son i la síndrome del son obstructiva. Elaboració d'un document tècnic del model d'atenció proposat.

6.5. Atenció als pacients asmàtics

Justificació

L'asma bronquial és una patologia respiratòria freqüent i que s'està incrementant durant els darrers anys.

Objectiu general

Millorar l'atenció al pacient asmàtic a partir de la millora del diagnòstic i el procés de derivació dels pacients amb patologia asmàtica així com de la millora en l'educació sanitària dels pacients i la formació dels professionals.

Objectius específics

- Proposar el model de diagnòstic estructurat i el tractament dels infants amb asma a Catalunya.
- Proposar el model de diagnòstic estructurat i el tractament dels adults amb asma a Catalunya.
- Proposar un model per al seguiment i l'educació dels pacients amb asma.
- Elaborar recomanacions per a l'abordatge de l'asma laboral.

Actuacions

- Creació d'un grup de treball sobre asma infantil per elaborar un document tècnic amb recomanacions.
- Creació d'un grup de treball sobre asma d'adults per elaborar un document tècnic amb recomanacions.

- Creació d'un grup de treball per elaborar un document tècnic amb les propostes i el guió dels continguts educatius per a pacients.
- Creació d'un grup de treball per elaborar un document tècnic amb les propostes i el guió dels continguts educatius per a professionals.
- Creació d'un grup de treball que faci un estudi i unes recomanacions per a l'abordatge de la patologia respiratòria ocupacional, amb especial focalització en l'asma laboral.

6.6. Atenció als pacients amb patologia que requereix un abordatge especial i concret

Justificació

Hi ha un seguit de patologies i situacions clíniques relacionades amb la salut respiratòria que necessiten un abordatge molt específic i concret. Per tant, cal dissenyar actuacions específiques i d'un abast determinat amb una estratègia diferent en cada cas.

Objectiu general

Millorar l'atenció dels pacients amb patologia respiratòria molt específica que requereixi actuacions molt concretes.

Objectiu específic

Dissenyar, proposar i elaborar recomanacions o actuacions concretes en àmbits específics d'actuació per a patologies respiratòries que malgrat ser minoritàries o d'un volum menor són transcendents per als pacients que les pateixen i requereixen un abordatge individualitzat.

Actuacions

- Recomanacions específiques per a l'abordatge de:
 - La hipertensió pulmonar.
 - El diagnòstic ràpid del càncer de pulmó.
 - La fibrosi quística.
 - Les malalties neuromusculars amb afectació respiratòria.
 - Les teràpies respiratòries a domicili.
 - L'al·lèrgia.

7. Model assistencial i criteris de planificació

7. Model assistencial i criteris de planificació

El Pla director de les malalties de l'aparell respiratori se centra en la prevenció i l'atenció integral sobre determinades malalties respiratòries: l'MPOC, la síndrome de l'apnea del son obstructiva i l'asma, principalment. L'objectiu d'aquest capítol és aportar elements de referència per a la definició dels criteris de planificació de serveis per a l'atenció d'aquestes malalties en el marc del Pla director de les malalties de l'aparell respiratori i el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública es concep com l'instrument principal de la planificació de serveis a Catalunya. La seva elaboració requereix, com a primer pas, juntament amb l'anàlisi de la situació, la definició de criteris de planificació de serveis per avaluar les necessitats de desplegament i d'adequació dels recursos per donar resposta als problemes de salut de la població.

Els principis que orienten les polítiques de salut i de serveis del sistema públic de salut de Catalunya són l'equitat, l'eficiència, la sostenibilitat i la satisfacció dels ciutadans amb els serveis. En la planificació de serveis aquests principis es tradueixen en tres elements clau: l'accessibilitat, en els diversos components (espacial, temporal, social i cultural), la qualitat en el resultat i en el procés d'atenció, i el cost de les intervencions que cal dur a terme en els diferents tipus de serveis. L'exercici de definició de criteris i la discussió de les propostes de desplegament i d'adequació dels recursos es basa en la interrelació entre aquests elements, de manera que l'atenció es pugui donar tan a prop com sigui possible del domicili de les persones afectades, en el moment oportú, sense que es produeixin desigualtats entre grups de població i territoris, però garantint la màxima qualitat possible i amb l'alternativa més rendible.

El treball de definició de criteris de planificació de serveis per a l'atenció a les malalties respiratòries es farà a través d'una sèrie de grups de treball, en els quals participaran professionals assistencials de l'àmbit de la pneumologia, gestors dels serveis d'emergències, diferents regions sanitàries i professionals de la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut. A través d'aquests grups de treball s'identificaran els serveis més adequats per dur a terme les intervencions prioritzades pel Pla director. Els resultats de les sessions de treball permetran establir les orientacions necessàries que cal tenir en compte en la definició dels criteris de planificació de serveis: quines són les intervencions que cal considerar?, en quins serveis s'han de dur a terme?, quins són els requeriments principals de recursos que se'n poden derivar? I quines relacions entre els diferents tipus de serveis s'han de produir?

A grans trets, fruit de la discussió preliminar d'alguns grups de treball posats en marxa en la primera fase del Pla director, s'identifiquen mancances molt concretes que representen un denominador comú en tots els àmbits de l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori i que ens ajuden a identificar una sèrie de problemes de model assistencial que caldrà treballar:

- La demanda assistencial en relació amb les malalties de l'aparell respiratori és considerable tant en l'atenció primària com en l'atenció especialitzada, amb un important pes de les aguditzacions de certes patologies que ocasionen un augment de la freqüentació dels hospitals d'aguts. Aquesta demanda presenta també una variabilitat territorial.
- Hi ha certs desequilibris territorials en la provisió de determinats serveis i en els models d'atenció. És necessari un replantejament de la situació en alguns territoris i en certes patologies.

- Es constata una manca de criteris compartits entre l'atenció primària i l'especialitzada i entre diferents especialitats, sobre la cartera de serveis i l'adequació de la derivació en algunes patologies determinades. Sembla que en el cas de l'asma els criteris estan clars i l'escull se centra més en la consolidació dels circuits i la reorganització del sistema.
- Es detecten mancances puntuals en algunes patologies en l'accessibilitat a determinats recursos de l'atenció especialitzada i es generen dèficits en la continuïtat assistencial perquè hi ha poca coordinació entre nivells. De vegades, la manca de definició i la fragmentació assistencial comporta duplicitats innecessàries en l'assistència i en el consum de recursos.
- Els actuals sistemes d'informació i col·laboració entre l'atenció primària i l'especialitzada són millorables a fi d'assolir un bon nivell en l'atenció a les malalties respiratòries. Es fa palesa una manca en l'avaluació dels resultats.
- Cal incrementar el nivell de la formació dels professionals i alhora la dels pacients per a una gestió integral de patologies cròniques com l'MPOC o l'asma.

D'altra banda, i a partir de la informació recollida en l'anàlisi de la situació, s'ha observat que hi ha un desequilibri territorial en alguns aspectes fonamentals per a l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori. Això és molt rellevant en aspectes tan fonamentals com l'accés a l'espirometria forçada. Per aquest motiu, s'han fet estudis sobre la pràctica de l'espirometria en l'atenció hospitalària i l'atenció primària per tal d'analitzar la situació en profunditat. Gràcies a aquests estudis sabem que els serveis assistencials disposen dels aparells necessaris per fer les espirometries, però es detecta una manca de formació reglada, poca permanència del personal ensinistrat i manca d'un sistema de control de qualitat. El Pla director, per tal corregir aquesta situació en el procediment diagnòstic més important de la patologia respiratòria, a banda de continuar en l'aprofundiment de la pràctica forçada de les espirometries, ha dissenyat un curs de formació que ja s'ha començat a desplegar territorialment i està promovent la incorporació de l'espirometria en la història clínica electrònica, a fi de facilitar tant el diagnòstic de les malalties com el control de qualitat de les proves mitjançant xarxes territorials.

Una de les patologies respiratòries més rellevants és l'asma. En part relacionat amb el punt anterior, es considera que hi ha un infradiagnòstic important en l'asma i que el model assistencial actual a Catalunya no és homogeni. El Pla director ha creat un grup de treball per redreçar aquest tema. En principi, el grup s'ha organitzat en quatre àmbits que en el moment d'editar aquest document es troben en fases de desenvolupament diferents. En qualsevol cas, ja es disposa dels documents consensuats per a l'abordatge de l'asma infantil i del seguiment de l'asma. Es troba en fase avançada el de l'abordatge de l'asma de l'adult i s'iniciaran els treballs per a l'asma laboral. Els consensos esmentats impliquen una visió territorial amb l'establiment de tasques específiques per als diferents nivells assistencials i els criteris de derivació. En aquest sentit, cal esmentar també la implicació del Pla director en el desenvolupament d'un model assistencial per a la patologia al·lèrgica.

El consum de tabac es considera que és el factor de risc vital més rellevant d'entre els coneguts per a les malalties respiratòries. Entre els seus efectes nocius per a la salut destaca el deteriorament de la funció pulmonar, que comporta el que coneixem com a MPOC. Aquesta malaltia, a més de ser una causa de mort important, representa la

pèrdua de la qualitat de vida per a les persones que la pateixen. Com ja hem esmentat, és objectiu del Pla director col·laborar amb el Programa per a la prevenció del tabaquisme de la Direcció General de Salut Pública per tal de prevenir els problemes respiratoris causats pel consum de tabac, tant en el sentit d'evitar l'inici en el consum, com en el de fomentar la cessació tabàquica en població sana o malalta. L'MPOC evoluciona en forma d'exacerbacions i, des d'un punt de vista assistencial, és important prevenir els episodis d'agudització i tractar-los de la manera més adient possible per intentar evitar l'elevat nombre d'ingressos hospitalaris que aquests pacients poden ocasionar al sistema sanitari. En aquest sentit, la identificació a través de l'estudi d'un nombre suficient de casos, dels punts clau de millora assistencial, i la promoció de la deshabituació tabàquica en el moment del diagnòstic i en els episodis d'agudització, són objectius del Pla director.

La patologia del son és un problema de salut que afecta entre el 2% i el 4% de la població adulta. La confirmació diagnòstica s'ha de fer mitjançant estudis respiratoris del son (a l'hospital o a casa però amb el control dels especialistes hospitalaris). Actualment, hi ha diversos tractaments però la majoria de pacients han de fer servir durant la nit els aparells que generen pressió positiva contínua en les vies respiratòries (CPAP). Des del punt de vista de l'organització de l'atenció, el sistema sanitari ha de resoldre el repte del seguiment a llarg termini d'aquests pacients. La major part d'aquests pacients han de fer el tractament d'una manera indefinida, per la qual cosa la prevalença augmenta progressivament. En aquests moments els experts estan d'acord que no cal incrementar el nombre de laboratoris hospitalaris per fer els estudis del son, però també coincideixen a fer palesa la necessitat de reordenar el seguiment d'aquests pacients. Una malaltia tan prevalent com la patologia del son hauria de fonamentar el seguiment en els recursos de la comunitat (especialment els dispositius d'atenció primària) amb el suport dels especialistes. El Pla director treballarà en aquestes dues direccions: optimitzar els laboratoris del son actuals, i promoure el treball en xarxa i definir el paper de l'atenció primària en el seguiment d'aquesta patologia.

Les malalties minoritàries presenten trets comuns i necessitats compartides: períodes perllongats de temps fins que s'arriba al diagnòstic, dificultats d'accés als nuclis d'expertesa i, en molts casos, desconeixement dels problemes específics de cada malaltia en la major part dels àmbits assistencials. La prevalença de la hipertensió pulmonar (no secundària a cap malaltia prèvia) se situa entorn de 16 casos per milió d'habitants (amb uns 3-4 casos nous per milió d'habitants i any). Com en la major part dels casos de malalties minoritàries, la hipertensió té impacte sobre els pacients (mal pronòstic a curt termini), necessitats assistencials molt especialitzades i consum de recursos terapèutics molt elevats.

La proposta que fa el Pla director és identificar els nodes naturals d'expertesa i, a partir d'aquests nodes, crear xarxes assistencials que defineixin de quina manera comparteixen l'atenció als pacients i de quina manera han de rebre el suport dels nodes més experts. Aquesta voluntat de crear xarxes ha d'anar aparellada amb el compromís de compartir la informació entre tots els centres participants. Aquesta idea de xarxa és extrapolable a la resta de malalties minoritàries que afecten l'aparell respiratori.

8. Objectius i avaluació

8. Objectius i avaluació

Per tal d'avançar en la utilització i l'anàlisi de la informació disponible, i amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'atenció sanitària en les malalties de l'aparell respiratori és necessari fer un recull d'indicadors per avaluar el compliment i l'assoliment dels objectius plantejats. La integració d'aquesta informació pot contribuir a identificar marges de millora de l'atenció i suggerir als gestors i planificadors sanitaris noves iniciatives per a la compra i la provisió de serveis.

Es presenten un conjunt d'indicadors que permeten proporcionar informació que suporti la presa de decisions a l'hora de planificar, organitzar, gestionar i avaluar l'avanç del Pla director de les malalties de l'aparell respiratori. El propòsit, per tant, és disposar d'informació fiable, consistent i sistemàtica que, amb la periodicitat pertinent, permeti seguir i avaluar el progrés dels principals objectius estratègics del Pla director i d'aquells objectius operatius de transcendència per a la correcta implementació del Pla.

L'elecció dels indicadors de seguiment i avaluació s'ha basat en els principis d'objectivitat, validesa, sensibilitat, especificitat i consens. En aquest sentit, cal tenir en compte que els actuals sistemes d'informació no permeten obtenir un conjunt exhaustiu d'indicadors. És per aquesta raó que, amb caràcter de progressivitat i factibilitat, s'aniran perfeccionant els indicadors existents i se n'inclouran d'altres que es consideren necessaris per arribar a disposar d'una bona anàlisi de la situació i evolució de l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori a Catalunya i de la resposta assistencial del sistema sanitari català a aquest problema de salut.

Pel que fa a la resta dels objectius que per raons tecnològiques, funcionals o conceptuals no siguin susceptibles de ser avaluats a partir d'indicadors sintètics, s'utilitzaran mecanismes i eines d'avaluació ad hoc detallades en aquest document.

El Pla director de les malalties de l'aparell respiratori utilitzarà, per tant, com a indicadors sintètics bàsics de seguiment i avaluació els que es presenten a continuació. Sempre es calcularà l'indicador global per a Catalunya i, si és tècnicament possible, es calcularà també per homes i per dones i per diferents àmbits territorials.

Pel que fa als objectius relacionats amb el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori, seran avaluats a partir de les fonts d'informació esmentades. L'objectiu del Pla director per al primer trimestre del 2010 pel que fa al seguiment i l'avaluació de la proposta d'accions per endegar serà elaborar els indicadors que permetin fer-ne l'avaluació pertinent.

La millora dels sistemes d'informació pel que fa a l'atenció de les malalties de l'aparell respiratori serà un dels pilars estratègics per poder establir mecanismes adequats de seguiment i avaluació del procés d'implementació del Pla director.

Taula 16. Quadre resum dels objectius generals i específics fixats pel PDMAR amb les respectives actuacions i els indicadors per avaluar-les. Període 2010-2012

OBJECTIU GENERAL	OBJECTIUS ESPECÍFICS	ACTUACIÓ I HORITZÓ TEMPORAL	INDICADOR I HORITZÓ TEMPORAL	
1. Millorar els resultats en salut de les malalties respiratòries mitjançant mesures preventives	1.1. Promoure la deshabitució tabàquica dels malalts amb MPOC	1.1.1. Disseny d'una estratègia de deshabitució tabàquica en el moment del diagnòstic (2011)	1.1.1.1. Existència de l'experiència (2011)	
		1.1.2. Disseny d'una experiència de deshabitució tabàquica en l'ingrés per descompensació greu de l'MPOC (2011)	1.1.1.2. Assolir la implicació d'almenys el 50% dels hospitals de Catalunya (2012)	
		1.1.3. Disseny d'una unitat didàctica per promoure la intervenció sobre tabaquisme en pacients amb MPOC (2011)	1.1.1.3. Incrementar la cessació tabàquica en pacients amb MPOC un 10% per sobre de la taxa en població general (2012)	
	1.2. Incrementar la promoció de l'activitat física en malalts amb patologia respiratòria	1.2.1. Disseny d'un programa d'activitat física per a pacients amb MPOC (2011)		1.1.1.4. Disminuir la taxa de reingressos en pacients amb MPOC per sota del 15% (2012)
				1.1.2. Existència de l'experiència (2011)
				1.1.3 Existència del material docent (2012)
1.3. Promoure la vacunació en malalts respiratoris	1.3.1. Reforçar les recomanacions de vacunació a l'atenció primària (2010-2012)		1.2.1. Existència del programa (2011)	
			1.2.1.1. Conèixer la proporció de pacients amb MPOC que estan inclosos en programes PAFES (2012)	
			1.3.1. Assolir un 10% addicional de vacunació de grip en pacients amb MPOC (respecte als nivells de l'any 2009) (2012)	
			1.3.1.1. Assolir un 10% addicional de vacunació de pneumococ en pacients amb MPOC (respecte als nivells de l'any 2009) (2012)	

OBJECTIU GENERAL	OBJECTIUS ESPECÍFICS	ACTUACIÓ I HORITZÓ TEMPORAL	INDICADOR I HORITZÓ TEMPORAL
<p>2. Millorar l'accés a l'espirometria i assolir una espirometria de qualitat arreu del territori</p>	<p>2.1. Fer una enquesta per explorar la situació actual de la pràctica de l'espirometria a Catalunya</p> <p>2.2. Millorar la formació dels professionals que han de fer espirometries a través del disseny d'un curs amb uns continguts estandarditzats</p> <p>2.3. Crear una xarxa de professionals al territori per al control de qualitat de les espirometries</p> <p>2.4. Incrementar la pràctica de l'espirometria en pacients amb MPOC i asma en el moment del diagnòstic</p>	<p>2.1.1. Fer una enquesta per estudiar la pràctica de l'espirometria als hospitals de la XHUP (2010)</p> <p>2.1.2. Fer una enquesta per estudiar la pràctica de l'espirometria a atenció primària (2010)</p> <p>2.2.1. Crear un grup de treball per a l'abordatge de l'objectiu (2010)</p> <p>2.2.2. Fer 6 cursos de formació en el territori (2010-2012)</p> <p>2.2.3. Fer un curs de formació de formadors (2011)</p> <p>2.2.4. Fer un curs específic per a pediatria (2010-2012)</p> <p>2.3.1. Incorporar l'espirometria en la història clínica electrònica (2010)</p> <p>2.3.2. Experiència pilot de xarxa en una zona amb atenció primària i hospital de l'ICS (2011)</p> <p>2.3.3. Experiència pilot de xarxa en una zona amb diversos proveïdors (2011)</p>	<p>2.1.1. Efectuada (sí/no) (2010)</p> <p>2.1.2. Efectuada (sí/no) (2010)</p> <p>2.2.1. Creació del grup de treball (2010)</p> <p>2.2.2. Realització dels 6 cursos (sí/no) i haver efectuat almenys 1 curs en cada RS (2010-2011)</p> <p>2.2.3. Realització del curs (sí/no) i aconseguir designar almenys 1 referent en cada RS (2011)</p> <p>2.2.4. Realització del curs (sí/no) (2010-2012)</p> <p>2.3.1. Disposar dels requisits tècnics per incorporar l'espirometria als equipaments dels hospitals i els CAP (sí/no) (2010)</p> <p>2.3.2. Efectuat (sí/no) (2011)</p> <p>2.3.3. Efectuat (sí/no) (2011)</p> <p>2.3.4. Assolir que almenys un 60% de les espirometries realitzades tinguin un estàndard de qualitat de nivell A (2012)</p> <p>2.4.1. Assolir uns nivells superiors als de l'any 2010 pel que fa a la pràctica de l'espirometria en el moment del diagnòstic en pacients:</p> <p>2.4.1.1. Amb MPOC almenys en un 50% (2012)</p> <p>2.4.1.2. Amb asma almenys en un 50% (2012)</p>

OBJECTIU GENERAL	OBJECTIUS ESPECÍFICS	ACTUACIÓ I HORITZÓ TEMPORAL	INDICADOR I HORITZÓ TEMPORAL
3. Millorar l'atenció dels pacients amb agudització greu de l'MPOC	3.1. Analitzar el procés d'atenció en l'agudització de l'MPOC	3.1.1. Anàlisi de l'agudització abans i durant l'ingrés i, a l'alta de l'episodi (2010-2011)	3.1.1. Efectuat (sí/no) (2010-2011) 3.1.1.1. Assolir una reducció de la taxa de reingressos global per sota del 15% (vegeu l'indicador 1.1.1.5) (2012) 3.1.1.2. Reduir la variabilitat dels reingressos per RS respecte a la taxa del 2010 (2012)
	3.2. Dissenyar un model d'atenció integrada a l'MPOC	3.2.1. Estudi sobre les necessitats de ventilació no invasiva (2010-2011) 3.2.2. Crear un model d'atenció integrada a l'MPOC (2012) 3.2.3. Aconseguir que cada RS adapti el model estàndard segons les necessitats i els recursos del territori (2012) 3.2.4. Impulsar programes d'hospitalització a domicili i d'alta precoç per a malalts amb MPOC aguditzada	3.2.1. Efectuat (sí/no) (2010-2011) 3.2.2. Creació del model (2012) 3.2.3. Adaptació per part de les RS (2012) 3.2.4. Nombre de programes creats (2012)
4. Millorar l'atenció dels pacients amb patologia del son a través del disseny d'un model assistencial	4.1. Anàlisi de la variabilitat de la prescripció	4.1.1. Informe sobre la variabilitat de la prescripció (2011)	4.1.1. Existència del document (2011)
	4.2. Proposta de model assistencial	4.2.1. Creació d'un grup de treball per elaborar una proposta de model assistencial (2011)	4.2.1. Existència del document (2011) 4.2.1.1. Dur a terme tres experiències pilot per avaluar el model de patologia del son en 3 perfils d'àrees (metropolitana, no metropolitana i àrees amb integració dels laboratoris del son) (2012) 4.2.1.1.1. Avaluar resultats (d'estructura i satisfacció)

OBJECTIU GENERAL	OBJECTIUS ESPECÍFICS	ACTUACIÓ I HORITZÓ TEMPORAL	INDICADOR I HORITZÓ TEMPORAL
5. Millorar l'atenció al pacient asmàtic	5.1. Proposar el model de diagnòstic estructurat i tractament dels infants amb asma a Catalunya	5.1.1. Creació d'un grup de treball sobre asma infantil per elaborar un document tècnic amb recomanacions (2010)	5.1.1. Existència del document (sí/no) (2010) 5.1.1.1. Aconseguir que la guia d'asma infantil sigui d'ús i aplicabilitat per als proveïdors de Catalunya (2011)
	5.2. Proposar el model de diagnòstic estructurat i tractament dels adults amb asma a Catalunya	5.1.2. Creació d'un grup de treball sobre asma d'adults per elaborar un document tècnic amb recomanacions (2010)	5.1.2. Creació del grup de treball (2011) 5.1.2.1. Existència del document (sí/no) (2011)
	5.3. Proposar un model per al seguiment i l'educació dels pacients amb asma	5.1.3. Creació d'un grup de treball per elaborar un document tècnic amb les propostes i el guió dels continguts educatius per a pacients (2011)	5.1.3. Creació del grup de treball (2010) 5.1.3.1. Existència del document (sí/no) (2011) 5.1.3.2. Aconseguir que en cada RS almenys hi hagi un referent en formació de formadors (2011)
		5.1.3.1. Creació d'un grup de treball per elaborar un document tècnic amb les propostes i el guió dels continguts educatius per a professionals (2010)	5.1.3.1. Creació del grup de treball (2010) 5.1.3.2. Existència del document (sí/no) (2011) 5.1.3.3. Aconseguir que en cada RS almenys hi hagi un referent en formació de formadors (2011)
	5.1.4. Elaborar recomanacions per a l'abordatge de l'asma laboral	5.1.4. Creació d'un grup de treball que faci un estudi i recomanacions per a l'abordatge de la patologia respiratòria ocupacional, amb especial focalització en l'asma laboral (2012)	5.1.4. Creació del grup de treball (2011) 5.1.4.1. Existència del document (sí/no) (2011)

OBJECTIU GENERAL	OBJECTIUS ESPECÍFICS	ACTUACIÓ I HORITZÓ TEMPORAL	INDICADOR I HORITZÓ TEMPORAL
<p>6. Millorar l'atenció dels pacients amb patologia respiratòria molt específica que requereix actuacions molt concretes</p>	<p>6.1. Hipertensió pulmonar</p>	<p>6.1.1. Elaborar un document per protocol·litzar l'atenció dels pacients amb hipertensió pulmonar. Inclusió del document en el Mapa sanitari i socio-sanitari de Catalunya (2010)</p>	<p>6.1.1. Existència del document (sí/no) (2010)</p>
	<p>6.2. Diagnòstic ràpid del càncer</p>	<p>6.2.1. Explorar sinergies amb el Pla director d'oncologia. Analitzar els temps de resposta del diagnòstic al tractament en el càncer de pulmó (2010-2012)</p>	
	<p>6.3. Malalties respiratòries minoritàries (fibrosi quística)</p>	<p>6.3.1. Creació d'un grup de treball amb l'Associació Catalana de Fibrosi Quística (2010-2012)</p>	
	<p>6.4. Malalties neuromusculars amb afectació respiratòria (esclerosi lateral amiotròfica)</p>	<p>6.4.1. Estudiar els circuits de derivació (2010-2012)</p>	
	<p>6.5. Teràpies respiratòries domiciliàries</p>	<p>6.5.1. Col·laborar amb el CatSalut en l'anàlisi i la gestió de les TRD (2010-2011)</p>	<p>6.5.1. Existència del document (sí/no) (2011)</p>
	<p>6.6. Al·lèrgia</p>	<p>6.6.1. Col·laborar amb el CatSalut i el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària per tal de definir el model d'atenció al·lèrgica de Catalunya (2010)</p>	<p>6.6.1. Existència del document (sí/no) (2010)</p>

9. Bibliografia

9. Bibliografía

Asensio de la Cruz O, Cordón Martínez A, Elorz Lambarri J, Moreno Galdó A, Villa JR, Asensi y Grupo de Técnicas de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Estudio de la función pulmonar en el paciente colaborador. Parte II. An Pediatr (Barc) 2007; 66 (5): 518-530.

Bahadori K, FitzGerald JM, Levy RD, Fera T, Swiston J. Risk factors and outcomes associated with chronic obstructive pulmonary disease exacerbations requiring hospitalization. Can Respir J 2009; 16: e43-49.

British Thoracic Society. The burden of lung diseases. 2001.

Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernández C, Alonso A, del Pozo F, Antó JM, Rodríguez-Roisin R, M. Decramer of the CHRONIC Project. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. Eur Respir J 2006; 28: 1-8.

Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2006. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/r15.pdf>

Departament de Salut. Informació sobre tabac adreçada a professionals i pacients. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir469/index.html>

Departament de Salut. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir488/index.html>

Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010 <http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut>

Fletcher M, Hernández C. An exciting future for respiratory nurses? SAGE Publications. Chronic Respiratory Disease 2006; 3: 177-178.

Garcia-Aymerich J, Escarrabill J, Marrades RM, Monsó E, Barreiro E, Antó JM; EFRAM Investigators. Differences in COPD care among doctors who control the disease: general practitioner vs. pneumologist. Respir Med 2006; 100: 332-339.

Giner J, Macián V, Hernández C, grup EDEN. Estudio multicéntrico y prospectivo de "educación y enseñanza" del procedimiento de inhalación en pacientes respiratorios (estudio EDEN). Arch Bronconeumología 2002; 38 (7): 300-305.

Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. Thorax 2000; 55: 1000-1006.

Guía española para el manejo del asma. Gema 2009
<http://www.gemasma.com/>

Hernández C, Casas A, Escarrabill J, Alonso J, Puig-Junoy J, Farrero E, Viliagut G, Collvinent B, Rodríguez-Roisin R, Roca R and partners of CHRONIC project. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. Eur Respir J 2003; 21: 58-67.

Hernández C, Jansa M, Vidal M, Nuñez M, Bertran MJ, Garcia-Aymerich J i Roca J. The burden of chronic disorders on hospital admissions prompts the need for new modalities of care: A cross-sectional analysis in a tertiary hospital. *Q J Med* 2009; 102: 193-202.

Holgate S, Bisgaard, Bjermer L. The Brussels declaration: the need for change in asthma management. *Eur respir J* 2008; 32: 1433-1442.

Hospital Clínic, Forum Clínic i Fundació BBVA. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración. (Versió en Català i Castellà). Hernández C, Roca J.

Inoriza JM, Coderch-Lassaletta J, Carreras M, Vall Llosera L, Lisbona JM, Ibern P, García-Goñi M. La despesa sanitària segons morbiditat. *Estudis d'Economia de la Salut* (volum II).
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir505/index.html>

Institut Català de la Salut, Barcelona. Guies de pràctica clínica i material docent. 2008; núm. 13
http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/asma_infantil.htm

Institut Català de la Salut, Barcelona. Guies de pràctica clínica i material docent. 2008; núm. 16
<http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/mpoc/mpoc.htm>

Kogevinas M, Zock JP, Jarvis D, Kromhout H, Lillienberg L, Plana E, Radon K, Torén K, Alliksoo A, Benke G, Blanc PD, Dahlman-Hoglund A, D'Errico A, Héry M, Kennedy S, Kunzli N, Leynaert B, Mirabelli MC, Muniozguren N, Norbäck D, Olivieri M, Payo F, Villani S, van Sprundel M, Urrutia I, Wieslander G, Sunyer J, Antó JM. Exposure to substances in the workplace and new-onset asthma: an international prospective population-based study (ECRHS-II). *Lancet* 2007; 370: 336-341.

Levy ML, Quanjer PH, Booker R, Cooper BG, Holmes S, Small I; General Practice Airways Group. Diagnostic spirometry in primary care: Proposed standards for general practice compliant with American Thoracic Society and European Respiratory Society recommendations. *Prim Care Respir J* 2009; 18: 130-147.

Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet* 2007; 370: 765-773.

Miller MR, Hankinson J, Brusasco V et al. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J* 2005; 26 (2): 319-338.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud.
<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EPOC.htm>

Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sánchez G, Sobradillo V, Ancochea J. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax* 2009; 64: 863-868.

Naberan K, de la Roza C, Lamban M, Gobartt E, Martín A, Miravittles M. Uso de la espirometría en el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria. Arch Bronconeumol 2006; 42: 638-644.

Oliva J. Informe sobre les pèrdues per a l'economia catalana degudes a la malaltia. Estudis d'Economia de la Salut (volum II).
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir505/index.html>

Orriols R, Costa R, Albanell M, Alberti C, Castejón J, Monso E, Panades R, Rubira N, Zock JP; Malaltia Ocupacional Respiratòria (MOR) Group. Reported occupational respiratory diseases in Catalonia. Occup Environ Med abril 2006; 63 (4): 255-260.

Pastor Fàbregas M, Gisbert Gelonch R. Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008. Estudis d'Economia de la Salut (volum III).
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir505/index.html>

Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163 (5): 1256-1276.

Peña VS, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, Viejo JL, Fernández-Fau L. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest 2000 oct.; 118 (4): 981-989.

Pérez-Yarza EG, Villa JR, Cobos N, Navarro M, Salcedo A, Martín C, Escribano A, Arranz L, Rueda S, Martínez A, Sardon O, Emparanza JI en representació del Grup CANDELA. Espirometría forzada en preescolares sanos bajo las recomendaciones de la ATS/ERS: estudio CANDELA. An Pediatr (Barc) 2009; 70 (1): 3-11.

Pozo F, Álvarez CJ, Castro-Acosta A, Hernández C, López A, Agustí A. Auditoría clínica de los pacientes hospitalizados por exacerbación de EPOC en España (estudio AUDIPOC): Método y organización del trabajo. Archivos de Bronconeumología 2010; 46 (7): 349-357.

Puhan M, Scharplatz M, Troosters T, Walters EH, Steurer J. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD005305. DOI: 10.1002/14651858.CD005305.pub2.

Roca J, Alonso A, Borrell M, Hernández C, de Toledo P. Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Lung Biology in Health and Disease. Home management of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease, capítol 29, 183: 531-550.

Servei d'Informació i Estudis de la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2007. Butlletí Epidemiològic 2009; (3): 37-46.

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Controlando la EPOC. J. Giner, R. Cabarcos, F. Burgos, M. Calpena, F. Morante, V. Macián, I. Andres, I. Martínez, M. Benito, G. Peces Barba.

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) (Torrejón M, Hernández C, Abadía MC, Aldasoro A, Bazús MT, Cabarcos R, Casan P, Castillo JA, Drobnic F, Burgos F, Macián V, Naberan K, González Pérez-Yarza E, Plaza V). Controlando el asma.

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) (Alonso ML, Bosch M, Casero L, Castañon C, Fernández MJ, García ML, Louza E, Martínez I, Payo F, Puig M). Controlando la apnea del sueño.

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Normativa SEPAR, n. 25. Coordinador: Jordi Giner, Luís V. Basualdo, Pere Casan, Carmen Hernández, Vicente Macián, Inmaculada Martínez, Ángel Mengibar. Utilización de fármacos inhalados. Arch Bronconeumol 2000; 36: 34-43.

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Monografía sobre Hipertensión Pulmonar. Coordinador: Joan Albert Barberà. Fármacos y sistemas de administración empleados en el tratamiento de la hipertensión pulmonar. Hernández Carcereny C. Arch. Bronconeumol 2002; 38 (1): 39-47.

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Normativa SEPAR n. 52. Autores: Dr. Escarrabill J, Dr. Soler Cataluña JJ, DUE Hernández Carme, Dr. Servera Emilio. Recomendaciones sobre la atención al final de vida en pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol 2009; 45 (6): 297-303.

Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Román Sánchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2005; 60: 925-931.

Sullivan SD, Ramsey SD, Lee TA. The economic burden of COPD. Chest 2000; 117 (2 supl.): 5S-9S.

Taylor DR, Bateman ED, Boulet L-P. A new perspective on concepts of asthma severity and control. Eur Respir J. 2008; 32: 545-554.

The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Estratègia i guia per al diagnòstic, seguiment i prevenció de l'MPOC.
<http://www.goldcopd.com/GuidelinesResources.asp?l1=2&l2=0>

The Global Initiative for Asthma (GINA). Estratègia i guia per al diagnòstic, seguiment i prevenció de l'asma.
<http://www.ginasthma.com/GuidelinesResources.asp?l1=2&l2=0>

Tratado de rehabilitación respiratoria. Coordinadores: Rosa Güell Rous, Pilar de Lucas Ramos. Ed. Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. 2005. Autores: Escarrabill Sanglas J., Hernández C. Manejo del paciente en la fase final de la enfermedad 2005; cap. 30: 341-349.

Walters JAE, Turnock AC, Walters EH, Wood-Baker R. Action plans with limited patient education only for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 5. Art. No.: CD005074. DOI: 10.1002/14651858.CD005074.pub3.

World Health Organization (WHO). Preparing a Health Care Work Force for the 21st Century. The Challenge of Chronic Conditions 2005.

10. Professionals que hi han participat

10. Professionals que hi han participat

DIRECCIÓ

María Luisa de la Puente Martorell
Directora general. Direcció General de Planificació i Avaluació
Sotsdirectora del Servei Català de la Salut

Antoni Plasència Taradach
Director general. Direcció General de Salut Pública

Joan Escarrabill Sanglas
Director. Pla director de les malalties de l'aparell respiratori

Francesc Brosa Llinares
Director de la Gerència de l'Àrea de Serveis i Qualitat. Servei Català de la Salut

Ricard Tresserras Gaju
Sotsdirector de Planificació Sanitària. Departament de Salut

COL-LABORADORS DEL DEPARTAMENT DE SALUT

Secretaria General
Marta Segura Bonet
Secretària general

Maria Josep Borràs Pascual
Cap de l'Assessoria Jurídica

Direcció General de Planificació i Avaluació
Dolors Costa Sampere
Adjunta de Direcció

Pilar Brugulat Guiteras
Cap de Servei del Pla de Salut

Elena Calvo Valencia
Cap del Gabinet Tècnic

Cristina Colls Guerra
Cap de la Unitat d'Anàlisi de la Informació

Josep Fusté Sugrañés
Cap de la Unitat de Mapa Sanitari i Plans Estratègics

Institut d'Estudis de la Salut
Mateu Huguet Recasens
Director

Direcció General de Salut Pública
Antoni Plasència Taradach
Director general

Josep Lluís de Peray Baiges
Agència de Salut Pública

Carmen Cabezas Peña
Sotsdirectora general de Promoció de la Salut

Lluís Urbiztondo Perdices
Servei de Medicina Preventiva

Joan Batalla Clavell
Servei de Medicina Preventiva

Direcció General de Recursos Sanitaris
David Elvira Martínez
Director general

Josep Davins Miralles
Sotsdirector general de Serveis Sanitaris

Rosa Gispert Magarolas
Cap de servei del Registre de mortalitat

Anna Puigdefàbregas Serra
Registre de mortalitat

Glòria Ribas Serra
Registre de mortalitat

Servei Català de la Salut
Sebastià Barranco Tomàs
Gerent de la Regió Sanitària de Lleida

Joan Victorià Peralta Biosca

Gerent de la Regió Sanitària de l'Alt Pirineu i Aran

Joaquim Pellejà Pellejà

Gerent de la Regió Sanitària de Camp de Tarragona

Ismael Roldan Bermejo

Gerent de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre

Marta Pedrerol Mas

Gerent de la Regió Sanitària de Girona

Antoni Iruela López

Gerent de la Regió Sanitària de Catalunya Central

Jaume Estany Ricart

Gerent del Consorci Sanitari de Barcelona

Carme Esteve Orti

Adjunta a la Gerència de la Regió Sanitària de Barcelona. Gerent de l'Àmbit Territorial Barcelona Nord

Mònica Almiñana Rique

Adjunta a la Gerència de la Regió Sanitària de Barcelona. Gerent de l'àmbit territorial Barcelona Sud

Josep Maria Argimon Pallàs

Gerent de Compra i Avaluació de Serveis

Teresa Salas Ibáñez

Àrea de Serveis i Qualitat

Montse Bustins Poblet

Àrea de Serveis i Qualitat

Elisa Sagarra Morera

Àrea de Serveis i Qualitat

Institut Català de la Salut

Ermengol Coma Redon

SISAP

Manel Ferran Mercadé

SISAP

Francesc Fina Avilés

SISAP

Manolo Medina Peralta

SISAP

CAPS DE PLANIFICACIÓ DE LES REGIONS SANITÀRIES

Alt Pirineu i Aran

Felip Benavent Viladegut

Lleida

Marta Miret Montané

Camp de Tarragona

Jeroni Ferrer Santaulària

Terres de l'Ebre

Manel Chànovas Borràs
Montserrat Genaró Jornet
Josep Fabá Piñol

Girona

Meia Faixedas Brunsoms

Vallesos

Carme Albinyana Gil

Catalunya Central

Paulina Viñas Folch

Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat

Carme Albinyana Gil

Barcelonès Nord i Maresme

Carme Albinyana Gil
Vicenç Perelló Ferret

CONSELL ASSESSOR

Josep Maria Antó Boqué

President del Consell Assessor

Ricard Tresserras Gaju

Vicepresident del Consell Assessor

Joan Escarrabill Sanglas

Director del Pla director de malalties de l'aparell respiratori

Alba Rosas Ruiz

Secretària tècnica del Consell Assessor

Membres

Salvador Altimir Losada

Societat Catalanoblear de Geriatria i Gerontologia

Enric Argelagués Vidal

Institut Català de la Salut (ICS)

Carme Boqué Oliva

Societat Catalana de Medicina d'Urgència i Emergència (SOCMUE)

Maria Alba Brugués Brugués

Associació d'Infermeria de Família i Comunitària de Catalunya (AIFICC)

Mercè Canela Cardona

Societat Catalana de Cirurgia Toràcica

Montserrat Casamitjana Abella

Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears

Ramon Cristófol Allué

Societat Catalanoblear de Medicina Interna

Empar Cuxart Fina

Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física

Rafael Fernández Fernández

Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica (SOCMIC)

Esteve Fernández Muñoz

Unitat d'Investigació i Control del Tabaquisme. Institut Català d'Oncologia (ICO)

Maria Dolors Forés García

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)

Xavier Guinart Primé

Departament de Medi Ambient i Habitatge

Mateu Huguet Recasens

Director de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES)

Lluís Marzal Torrent

Servei d'Emergències Mèdiques SEMSA

Vicente Molina Morales

Societat Catalana de Pediatria

Eduard Monsó Molas

Societat Catalana de Pneumologia (SOCAP)

Ferran Morell Brotard

Fundació Catalana de Pneumologia (FUCAP)

Maria Dolors Navarro Rubio

Fòrum Català de Pacients

Montse Nuevo Gayoso

Societat Catalanoblear de Fisioteràpia

Anna Ribera Massaguer

Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC)

Joaquima Ribot Puig

Associació Catalana d'Infermeria

Josep Roca Torrent

Expresident de la European Respiratory Society

María Jesús Rodríguez Bayarri

Societat catalana de Seguretat i Medicina del Treball (SCSMT)

Josep Rodríguez-Roisín

Expresident de la European Respiratory Society

Boi Ruiz García

Unió Catalana d'Hospitals (UCH)

Juan Ruiz Manzano

Societat Espanyola de Pneumologia i Cirurgia Toràctica (SEPAR)

Carme Sala Rovira

Societat Catalanobalear de Cures Pal·liatives

Maria del Mar Sevillano Lalinde

Societat Catalanobalear d'Infermeria

Carlos Sisternas Suris

Federació Espanyola d'Empreses de Tecnologia Sanitària (FENIN)

Antonio Valero Santiago

Societat Catalana d'Al·lèrgia i Immunologia Clínica (SCAIC)

COMISSIÓ PERMANENT

Vinyet Casolívé Carbonell

Fisioterapeuta de l'Hospital de Bellvitge

Joan Escarrabill Sanglas

Director del Pla director de malalties de l'aparell respiratori

Antoni Grau Àvia

Medicina Interna de l'Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

Carme Hernández Carcereny

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Josep Jiménez Villa

Divisió d'Avaluació de Serveis del CatSalut

Maria Antònia Llauger Rosselló

EAP Encants 10E Encants
Centre de Salut Maragall ICS

Ester Marco Navarro

Servei de Rehabilitació de l'Hospital del Mar

Francisco Martín Luján

CAP Jaume I de l'EAP Tarragona 3

Lluís Marquès Amat

Hospitals Arnau de Vilanova-Santa Maria de Lleida

Laureano Molins López-Rodó

Servei de Cirurgia Toràctica de l'Hospital Clínic

Antonio Moreno Galdó

Servei de Pediatria de l'Hospital Vall d'Hebron

José Morera Prat

Cap del Servei de Pneumologia
Hospital Germans Trias i Pujol

Núria Nadal Braqué

Servei d'Atenció Primària Lleida ciutat,
Segrià-Garrigues

Assumpta Parramon Bregolat

Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell

Núria Roger Casals

Hospital Comarcal de Vic

Alba Rosas Ruiz

Direcció General de Planificació i Avaluació

Esteve Saltó Cerezuela
Direcció General de Salut Pública

Josep Sánchez Jiménez
Hospital Comarcal de Sant Jaume Calella

Salvi Sendra Salillas
Servei de Pneumologia de l'Hospital
Josep Trueta de Girona

Montserrat Torrejón Lázaro
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Ricard Tresserras Gaju
Vicepresident del Consell Assessor

GRUPS DE TREBALL

ESPIROMETRIA DE QUALITAT

Enquesta de qualitat

Felip Burgos Rincón
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Joan Clotet Solsona
CAP de Ponts de Lleida

Ramona Hervàs Pérez
CAE Dr. Barraquer de Sant Adrià de
Besòs

Tino Martí Aguasca
Institut d'Estudis de la Salut

Francisco Martin Luján
CAP Jaume I de l'EAP Tarragona 3

Núria Roger Casals
Hospital General de Vic

Formació de professionals

Berta Avilés Huertas
Hospital de Palamós

Felip Burgos Rincón
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Jordi Giner Donaire
Hospital de Sant Pau

Ainhoa Molins Mesalles
Institut d'Estudis de la Salut

Marc Pinar Bertran
Departament de Salut

Núria Roger Casals
Hospital General de Vic

Espirometria i tecnologies de la informació i la comunicació (TIC)

Felip Burgos Rincón
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Carles Domínguez Font
Cap d'Àrea de Sistemes d'Informació de
l'ICS

Francisco Martin Luján
CAP Jaume I de l'EAP Tarragona 3

Francesc Moya Olvera
Fundació TicSalut

Núria Roger Casals
Hospital General de Vic

Carles Rubies Feijoo
Departament de Salut. Divisió de
Tecnologies d'Informació

Hospitalització d'aguts: CMBD-AH

Montse Bustins Poblet
Àrea de Serveis i Qualitat del CatSalut

Carme Hernández Carcereny
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Marc Pinar Bertran
Departament de Salut

Alba Rosas Ruiz
Departament de Salut

Teresa Salas Ibáñez
Àrea de Serveis i Qualitat del CatSalut

GRUPS DE TREBALL D'ASMA

Josep Maria Antó Boqué
Centre de Recerca
en Epidemiologia Ambiental (CREAL)

Maria Antònia Llauger Rosselló
EAP Encants 10E Encants
Centre de Salut Maragall ICS

Núria López Galbany
Hospital de Sabadell Corporació
Parc Taulí

Lluís Marquès Amat
Hospitals Arnau de Vilanova - Santa Maria
de Lleida

Xavier Muñoz Gall
Hospital Vall d'Hebron

César Picado Vallès
Hospital Clínic i Provincial de
Barcelona

Vicente Plaza Moral
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Núria Roger Casals
Hospital General de Vic

Alba Rosas Ruiz
Direcció General de Planificació i
Avaluació

Josep Sánchez Jiménez
Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella

Montserrat Torrejón Lázaro
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Subgrup de diagnòstic estructurat i seguiment de l'asma infantil

Coordinador:

Josep Sánchez Jiménez
Hospital Comarcal de Sant Jaume de
Calella

Membres:

Rosa Grau Lorente
Hospital Parc Taulí de Sabadell

Maria Montserrat Bosque García
Hospital de Sabadell CPT

Jordi Fàbrega Sabaté
Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell

Emili Fos Escrivà
CAP Santa Margarita i els Monjos

Alba Gairí Burgués
Hospital Arnau de Vilanova

Marcel Ibero Iborra
Hospital de Terrassa

Antonio Moreno Galdó
Hospital de la Vall d'Hebron

Núria Nadal Braqué
Servei d'Atenció Primària Lleida ciutat,
Segrià-Garrigues

Xavier Maria Pérez Porcuna
CAP Santa Eugènia de Berga

Núria Sánchez Ruano
EAP CAPSE Casanova

Maria del Carme Santafé Méndez
CAP La Marina

Pilar Villalobos Arévalo
Hospital de Figueres

Lídia Sanz Borrell
CAP de Serós de Lleida

Subgrup de diagnòstic estructurat i seguiment de l'asma en adults

Coordinador:

César Picado Vallès
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Membres:

Santiago Bardagí Forns
Hospital de Mataró

Lluís Marquès Amat
Hospitals Arnau de Vilanova i
Santa Maria de Lleida

Enric Hernández Huet
EAP Corró d'Avall
Les Franqueses del Vallès

Meritxell Peiró Fàbrega
CAP Passeig de Maragall de Barcelona

Iñigo Maria Lorente Doria
CAP 1er de Maig de la Mariola

Pere Simonet Aineto
ABS Viladecans 2

Subgrup de seguiment de pacients amb asma

Coordinadora:

Montserrat Torrejón Lázaro
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Membres:

Miquel Baltasar Drago
Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

Núria López Galbany
Hospital de Sabadell Corporació Parc Taulí

Santiago Bardagí Forns
Hospital de Mataró

Marian Llussà Arboix
CAP Guillermo Mas Riera

Joan Josep Cabré Vila
ABS Reus-1

María Asunción Martín Mateos
Hospital Sant Joan de Déu

Sílvia del Valle Fernández
Hospital Sant Joan de Déu

Sara Peños Mayor
Hospital Comarcal de Sant Jaume
de Calella

Amparo Gaitano García
CAP Bordeta-Magòria

Vicente Plaza Moral
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Jordi Giner Donaire
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Núria Roger Casals
Hospital General de Vic

Maria Mercè Lavega Llorens
CAP Primer de Maig de Lleida

Maria José Torregrosa Bertet
CAP La Mina-Sant Adrià del Besòs 2

Alba Rosas Ruiz

Direcció General de Planificació i Avaluació
Departament de Salut

Pepi Valverde Trillo

Consorci Sanitari Integral

ATENCIÓ A L'AGUDITZACIÓ DE L'MPOC

Montserrat Freixas Laporta

EAP Dreta de l'Eixample

Eduard Monsó Molas

Societat Catalana de Pneumologia
(SOCAP)

Carme Hernández Carcereny

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Esteve Saltó Cerezuela

Direcció General de Salut Pública

Maria Antònia Llauger Rosselló

EAP Encants 10E Encants
Centre de Salut Maragall ICS

ATENCIÓ A LA SAOS

Ferran Barbé Illa

Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

Josep Maria Montserrat Canal

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Joan Escarrabill Sanglas

Director del Pla director de malalties de
l'aparell respiratori

Núria Nadal Braqué

SAP Lleida ciutat, Segrià-Garrigues

11. Annexos

ACORD

GOV/235/2010, de 23 de novembre, pel qual s'aprova el Pla director de malalties de l'aparell respiratori.

La Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, així com la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, preveuen que el sistema sanitari ha d'estar orientat a la promoció de la salut i a la prevenció de la malaltia.

Al seu torn, l'article 62 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, va crear el Pla de Salut de Catalunya com l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria, en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya.

El Pla de Govern 2007-2010, aprovat pel Govern de Catalunya el 13 de març de 2007, en l'eix 1.3.3 (reforçar l'atenció integral de la persona prioritant l'atenció primària i comunitària així com l'atenció a la dependència i la cronicitat) estableix com a objectiu en l'àmbit de la planificació assistencial la creació dels Plans Directors de malalties respiratòries, digestives, reumàtiques i d'atenció neurològica, que complementaran els cinc Plans Directors existents d'altres patologies.

Les malalties respiratòries són la tercera causa de mort a Catalunya i tenen un impacte molt important en la discapacitat i la limitació de la qualitat de vida de les persones que les pateixen, especialment la malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Les malalties respiratòries cròniques impacten en el conjunt del sistema sanitari, tant des del punt de vista econòmic (nombrosos ingressos hospitalaris, fàrmacs i teràpies respiratòries a domicili) com des del punt de vista organitzatiu, atès que es fa palesa la necessitat de minimitzar l'infradiagnòstic i millorar la continuïtat assistencial.

Des d'aquesta perspectiva, és una prioritat fixar les directrius de l'atenció a la patologia respiratòria mitjançant instruments de planificació específics que, en el context global dels objectius i intervencions del Pla de Salut de Catalunya per a l'atenció a les malalties respiratòries, defineixi les estratègies de salut adequades.

Així, els serveis d'atenció primària hauran d'adequar la resposta assistencial, en aquest estadi de l'atenció sanitària, a la promoció d'estils de vida protectors dels trastorns respiratoris; a la prevenció de les patologies relacionades; a la detecció precoç de les patologies respiratòries, i a una atenció basada en l'evidència científica, que permeti millorar la qualitat de vida dels afectats i la seva reincorporació a la vida activa. Els serveis d'atenció especialitzada hauran de basar la seva resolució en les intervencions més avalades per l'evidència tot intentant disminuir la gran variabilitat clínica existent.

El Pla director de malalties de l'aparell respiratori haurà de fixar els objectius de l'atenció a aquestes patologies i determinar les actuacions a realitzar per assolirlos. Per articular territorialment el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori i partint de l'organització descentralitzada del sistema sanitari a Catalunya, s'ha previst desenvolupar aquest Pla d'acord amb l'organització territorial del Servei Català de la Salut i de la xarxa sanitària d'utilització pública. En aquest sentit, serà en l'àmbit dels governs territorials de salut creats a l'empara del Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut, que s'hauran d'adaptar els objectius del Pla a les especificitats del seu territori de referència i vetllar, des d'aquesta

estructura territorial i des de les regions sanitàries, per la seva aplicació en el seu àmbit.

Atès el que preveu la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, que té per objecte l'ordenació del sistema sanitari de Catalunya, així com la regulació general de totes les accions que permetin fer efectiu el dret a la protecció de la salut, i la Llei 13/2008, de 5 de novembre, de la presidència de la Generalitat i del Govern;

Per tot això, a proposta de la consellera de Salut, el Govern

ACORDA:

- 1 Aprovar el Pla director de malalties de l'aparell respiratori, amb les actuacions que s'hi preveuen, el qual s'adjunta a l'annex d'aquest Acord.
- 2 Establir que el Pla director de malalties de l'aparell respiratori té una vigència fins el 31 de desembre de 2011, sens perjudici de la possibilitat de pròrroga, a acordar pel Govern, si la consecució dels seus objectius i el desenvolupament del Pla ho requereix.
- 3 Encomanar la direcció de l'execució de les actuacions incloses en el Pla director de director de malalties de l'aparell respiratori, així com la seva avaluació i seguiment al Departament de Salut.
- 4 Publicar aquest Acord al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, tret del seu annex, que es pot consultar a l'adreça d'internet www.gencat.cat/salut.

Barcelona, 23 de novembre de 2010

LAIA BONET RULL
Secretària del Govern
(10.326.150)

ORDRE

SLT/570/2010, de 25 de novembre, per la qual es crea l'estructura del Pla director de malalties de l'aparell respiratori.

mitjançant l'Acord GOV/235/2010, de 23 de novembre, el Govern ha aprovat el Pla director de les malalties de l'aparell respiratori amb una vigència fins el 31 de desembre de 2011, sens perjudici de la possibilitat de pròrroga, a acordar pel Govern, si la consecució dels seus objectius i el desenvolupament del Pla ho requereix.

Aquest Acord encomana la direcció de l'execució de les actuacions incloses en el Pla director de malalties de l'aparell respiratori, així com la seva avaluació i seguiment, al Departament de Salut. A aquests efectes escau definir, en l'àmbit del Departament de Salut, l'estructura que permeti assolir-ne els objectius, acomplir els reptes que suposa i atribuir-ne les responsabilitats. Així mateix, l'estructura del Pla ha de comptar també, per ser més eficaç, amb la col·laboració i el suport de persones expertes en aquesta matèria, que s'articularà a través del Consell Assessor del Pla director de malalties de l'aparell respiratori, que es crea amb aquesta Ordre.

Per això, a l'empara de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, que té per objecte l'ordenació del sistema sanitari de Catalunya, així com la regulació general de totes les accions que permetin fer efectiu el dret a la protecció de la salut, en ús de les facultats que em confereix l'article 39.3 en relació amb l'article 40.1, ambdós de la Llei 13/2008, del 5 de novembre, de la presidència de la Generalitat i del Govern, ORDENO:

Article 1

Estructura del Pla

1.1 El Pla director de malalties de l'aparell respiratori té l'estructura següent:

- a) La Direcció del Pla.
- b) el Consell Assessor.

1.2 Per optimitzar les funcions del Pla, la Direcció del Pla pot acordar la constitució de grups de treball, els quals actuaran sota aquesta Direcció d'acord amb les orientacions del Consell Assessor. En els grups de treball, quan la naturalesa o l'especificitat del tema així ho aconselli, s'hi poden integrar persones col·laboradores externes entre professionals de reconeguda expertesa en l'àmbit de què es tracti, vetllant per la presència de persones expertes en funció de gènere.

Article 2

La Direcció del Pla

2.1 La Direcció del Pla l'exerceix una persona experta en l'àmbit de malalties de l'aparell respiratori amb vinculació funcionària, estatutària de serveis de salut o laboral del Departament de Salut o dels ens i organismes que hi són adscrits, la qual és nomenada pel conseller o la consellera de Salut a proposta del director o directora general de Planificació i Avaluació.

2.2 La designació per desenvolupar les funcions pròpies de la Direcció del Pla no suposa l'accés a un nou lloc de treball ni comporta, per tant, la consolidació de cap tipus de dret a aquests efectes.

2.3 La Direcció del Pla s'adscriu orgànicament a la Direcció General de Planificació i Avaluació.

2.4 Són funcions de la Direcció del Pla les següents:

- a) Fixar els objectius generals i específics del Pla i les prioritats, la programació d'actuacions i els calendaris d'execució.
- b) Formular les línies de direcció estratègiques i operatives del Pla en cadascun

- dels camps d'actuació assenyalats i elevar-les al director o directora general de Planificació i Avaluació, per a la seva proposta al conseller o la consellera de Salut.
- c) Crear els grups de treball necessaris per a l'execució del Pla.
 - d) Definir i concretar les actuacions a executar sobre la base dels objectius fixats i proposar-les als òrgans competents.
 - e) impulsar i fer el seguiment de la implantació del Pla en les diferents regions sanitàries de Catalunya.
 - f) efectuar l'avaluació del procés d'aplicació del Pla.
 - g) elaborar els informes, dictàmens i anàlisis requerits pel Comitè executiu del Departament de Salut en temes relacionats amb l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori.

Article 3

El Consell Assessor

- 3.1 El Consell Assessor del Pla director de malalties de l'aparell respiratori és l'òrgan assessor del Departament de Salut en l'àmbit de l'atenció a les malalties de l'aparell respiratori, i s'adscriu a la Direcció General de Planificació i Avaluació, la qual donarà el suport administratiu i de gestió al Consell Assessor.
- 3.2 El Consell Assessor té la composició següent:
 - a) President o presidenta, nomenat o nomenada pel conseller o consellera de Salut entre persones expertes i de reconeguda solvència en l'àmbit de les malalties de l'aparell respiratori.
 - b) Vicepresident o vicepresidenta, nomenat o nomenada pel conseller o consellera de Salut entre persones expertes i de reconeguda solvència en l'àmbit de les malalties de l'aparell respiratori. La persona que exerceixi la vicepresidència substitueix el president o la presidenta en els casos d'absència, de vacant, de malaltia o per qualsevol altra causa justificada.
 - c) Coordinador o coordinadora: el director o la directora del Pla, que té assignades les funcions de coordinar el desenvolupament de les funcions del Consell Assessor i de garantir el suport tècnic i administratiu d'aquest òrgan.
 - d) Vocals: fins a un màxim de 60 persones, expertes i de reconeguda solvència en l'àmbit de les malalties de l'aparell respiratori vinculades a les universitats catalanes, entitats proveïdores de serveis, centres sanitaris, col·legis professionals de l'àmbit de les ciències de la salut, institucions i centres de recerca biomèdica, societats científiques, associacions de pacients i familiars, associacions d'usuaris i usuàries, entitats o grups de dones amb activitat en l'àmbit de la salut de les dones i de les administracions sanitàries.
- 3.3 Les persones vocals són nomenades pel conseller o consellera de Salut a proposta de les entitats respectives. Amb l'objectiu d'assolir la paritat de gènere, en la designació de les persones titulars de les vocalies s'atendrà al principi de participació equilibrada de dones i homes.
- 3.4 La Secretaria del Consell Assessor del Pla és exercida per una persona que presti serveis en el Departament de salut, adscrita a la Direcció General de Planificació i Avaluació, i sense que en cap cas això suposi la creació de cap lloc de treball. La persona que exerceixi la Secretaria assisteix a les reunions del Consell Assessor del Pla amb veu i sense vot.
- 3.5 Corresponen al Consell Assessor les funcions següents:
 - a) Prestar el seu assessorament en les actuacions que es derivin del procés d'implantació, desenvolupament i avaluació del Pla.
 - b) Analitzar, debatre i estudiar les propostes i les conclusions generades pels grups de treball.

- c) Donar assessorament específic i tècnic en les tasques d'implantació, avaluació i actualització del Pla.
 - d) Avaluar l'evolució del Pla i emetre informes prospectius sobre noves necessitats que orientin la seva evolució futura i actualització, incorporant en tot cas la perspectiva de gènere i els drets de les dones en la seva formulació per tal d'identificar les diferents conseqüències i repercussions que les actuacions previstes poden tenir sobre homes i dones.
- 3.6 En exercici de les funcions del Consell Assessor del Pla que afectin els àmbits propis en què actuen el Consell Assessor sobre Tabaquisme a Catalunya i/o el Consell Assessor sobre l'Activitat Física i Promoció de la Salut, els presidents o presidentes dels òrgans afectats han d'establir de comú acord la coordinació necessària.
- 3.7 Per a un millor funcionament el Consell Assessor pot exercir les seves funcions en Plenari i en Comissió Permanent.
- 3.8 Correspon en tot cas al Plenari fixar un calendari de reunions del Consell Assessor i determinar propostes d'objectius a executar per la Comissió Permanent. El Plenari s'ha de reunir en sessió ordinària almenys una vegada l'any i en sessió extraordinària sempre que el convoqui la Presidència, per iniciativa pròpia o a petició d'un mínim d'un terç de les persones que en siguin membres.
- 3.9 La Comissió Permanent té la composició següent:
- a) el president o presidenta del Consell Assessor.
 - b) el director o directora del Pla, que actua en qualitat de coordinador o coordinadora.
 - c) Un màxim de 20 vocalies, les persones titulars de les quals són designades pel conseller o consellera de Salut d'entre les persones que són membres del Plenari, atenent a criteris de representació equilibrada de dones i homes amb expertesa en aquesta designació. La Comissió Permanent s'ha de reunir en sessió ordinària almenys dues vegades l'any i en sessió extraordinària quan la convoqui la Presidència, per iniciativa pròpia o a petició d'un mínim d'un terç de les persones que en són membres.
- 3.10 El funcionament intern i el règim d'adopció d'acords del Consell Assessor s'han d'ajustar a les disposicions generals reguladores dels òrgans col·legiats de l'Administració de la Generalitat.
- 3.11 Els i les membres del Consell Assessor poden percebre les dietes i les indemnitzacions que els corresponguin, d'acord amb la normativa vigent.

Article 4

Adscripció de mitjans personals i materials

El conseller o consellera de Salut ha d'adscriure els mitjans personals i materials suficients per al compliment de les funcions del Pla director de malalties de l'aparell respiratori, mitjançant les unitats corresponents del Departament de salut i/o dels ens i els organismes que hi són adscrits.

DISPOSICIÓ FINAL ÚNICA

La vigència d'aquesta Ordre resta condicionada a la del Pla director de malalties de l'aparell respiratori.

Barcelona, 25 de novembre de 2010

MARINA GELI I FÀBREGA

Consellera de Salut

(10.326.022)

