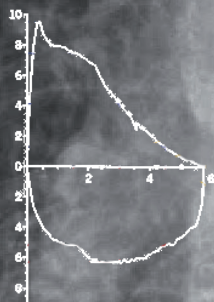


(PD)

Planificación y Evaluación
Plan Director de las Enfermedades del Aparato Respiratorio

Plan Director de las Enfermedades del Aparato Respiratorio



40

(PD)

Planificación y Evaluación
Plan Director de las Enfermedades del Aparato Respiratorio

Plan Director de las Enfermedades del Aparato Respiratorio



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

© 2010 Generalitat de Catalunya
Departamento de Salud
Trav. de les Corts, 131-159
Edificio Ave María
08028 Barcelona
www.gencat.cat/salut
<http://canalsalut.gencat.cat>

Edición:
Departamento de Salud
Dirección de Planificación y Evaluación

Coordinación editorial:
Dirección General de Planificación y Evaluación

ISBN: 978-84-393-8706-0
Asesoramiento y corrección lingüística:
Sección de Planificación Lingüística del Departamento de Salud
Maquetación: Trivium Serveis Publicitaris, s.l.u.

Primera edición en catalán: Barcelona, noviembre de 2010
Traducción a castellano: Barcelona, noviembre de 2011

Índice

Presentación de la consejera	7
1. Resumen ejecutivo	10
2. Introducción	15
3. Finalidad	
3.1. Misión	18
3.2. Principios y valores	18
3.3. Objetivos del Plan de salud	18
3.4. Objetivos para el periodo 2011-2012	20
4. Organización	
4.1. Organigrama	23
4.2. Dirección del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio	23
4.3. Consejo Asesor	23
4.4. Comisión Permanente	24
4.5. Grupos de Trabajo	24
5. Análisis de situación	
5.1. Morbilidad de las enfermedades del aparato respiratorio: las hospitalizaciones	27
5.2. Mortalidad de las enfermedades del aparato respiratorio	31
5.2.1. El análisis territorial de la mortalidad	33
5.3. Percepción del estado de salud de la población en el ámbito de las enfermedades respiratorias	35
5.4. Análisis de los datos sobre tabaquismo en Cataluña	36
5.5. Los indicadores relativos a los dispositivos de atención primaria	38
5.6. Pruebas diagnósticas y listas de espera	41
5.6.1. Espirometría	41
5.6.2. Estudios del sueño	43
5.6.3. Circuito de diagnóstico rápido (CDR) del cáncer de pulmón	45
5.7. Terapias respiratorias domiciliarias	46
5.8. Impacto económico y costes sanitarios relacionados con las enfermedades del aparato respiratorio	46
6. Líneas estratégicas	
6.1. Enfoque preventivo de las enfermedades del aparato respiratorio	49
6.2. Accesibilidad y calidad de las pruebas diagnósticas, en especial de la espirometría	50
6.3. Atención a los pacientes con EPOC durante la agudización grave	51
6.4. Atención a la patología del sueño	51
6.5. Atención a los pacientes asmáticos	52
6.6. Atención a los pacientes con patología que requiere un enfoque especial y concreto	53
7. Modelo asistencial y criterios de planificación	55
8. Objetivos y evaluación	59
9. Bibliografía	66
10. Profesionales que han participado	72
11. Anexos	81

Presentación de la consejera

Presentación de la consejera

La planificación sanitaria es uno de los ejes fundamentales de la política de Gobierno. El buen nivel de calidad y la eficacia del sistema sanitario catalán hacen que la salud de los ciudadanos de Cataluña sea una de las mejores del mundo. En este marco, la planificación sanitaria del Departamento de Salud tiene como objetivo marcar las directrices estratégicas para seguir avanzando en la mejora del estado de salud, la disminución de las desigualdades y la eficacia de los servicios de salud. Hay que hacer un énfasis especial para que los servicios de salud sigan contribuyendo a mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, con la incorporación de la nueva evidencia científica y la visión de los profesionales y de los ciudadanos.

El Plan de salud de Cataluña es la herramienta con que cuenta el Gobierno para marcar las prioridades en materia de salud. El Gobierno de la Generalitat, fomentando el rol director del Plan de salud, lo refuerza creando los planes directores, que se encargan de hacer operativas las políticas marcadas en este plan.

Los planes directores, adaptados a la realidad de nuestro país y al contexto económico y sanitario, definen las actividades y la ordenación de servicios necesarias para alcanzar las políticas planteadas, con una visión integrada de la situación y adoptando un enfoque desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta la rehabilitación, con las actuaciones de diagnóstico y tratamiento. Los planes establecen un modelo de atención y organización de servicios que parten de la realidad y permiten seguir avanzando en la eficacia y la calidad del sistema. Basándose en el análisis de la salud, los servicios sanitarios y el contexto socioeconómico del país, el Departamento de Salud priorizó como planes directores para el periodo 2005-2007 la salud mental y las adicciones, la oncología, las enfermedades vasculares, los problemas de salud sociosanitarios, la inmigración y la investigación en ciencias de la salud. Con estas líneas os quiero presentar un nuevo plan para el periodo 2008-2011, el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio (PDMAR).

La necesidad de elaborar un plan director de enfermedades del aparato respiratorio surge del hecho contrastado de que estas enfermedades son la tercera causa de muerte en Cataluña y tienen un impacto muy importante en la discapacidad y la disminución de la calidad de vida de quienes las sufren, especialmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las enfermedades respiratorias crónicas afectan al conjunto del sistema sanitario, tanto desde el punto de vista económico (numerosos ingresos hospitalarios, fármacos y terapias respiratorias a domicilio) como desde el punto de vista organizativo, dado que se hace patente la necesidad de minimizar el infradiagnóstico y mejorar la continuidad asistencial.

Para dar respuesta a todos estos retos de la sociedad actual se crea este Plan director, que fija los objetivos de atención a la población así como las acciones que deben hacer posible alcanzar estos objetivos. La misión del Plan director es mejorar la prevención y la atención a las enfermedades del aparato respiratorio en todo el territorio de Cataluña mediante la reordenación de recursos y las acciones de promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la rehabilitación, bajo una perspectiva territorial, de condición social y de género equitativa y sostenible, a fin de reducir el impacto sobre la salud de la población. Las intervenciones de mejora incluyen aspectos clínicos y organizativos, refuerzan el papel fundamental que la asistencia primaria tiene en nuestro sistema de salud y convergen con las recomendaciones del Plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria. Así

pues, el Plan director trabajará de cerca con todos los profesionales implicados en la gestión integral de las enfermedades respiratorias desde una perspectiva sostenible, centrada en los pacientes y que favorezca la participación; y aboga también por la promoción y la difusión de la formación a los profesionales sanitarios así como a los pacientes y el entorno familiar. El Plan director como herramienta de trabajo irá acompañado del desarrollo de los procesos preventivos y asistenciales y de los circuitos necesarios para hacer operativas sus estrategias en las distintas regiones y gobiernos territoriales de salud de Cataluña y adquirirá el compromiso de evaluar las estrategias iniciadas y comunicar sus resultados.

A todos los que han participado en la elaboración del documento, quiero agradecerles su dedicación y esfuerzo. Espero y deseo que este Plan sea de utilidad para todos los profesionales que trabajan en el sistema sanitario y que contribuya a mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos de la Cataluña del siglo XXI.

Marina Geli i Fàbrega
Consejera de Salud

1. Resumen ejecutivo

1. Resumen ejecutivo

Reducir la incidencia y la mortalidad de todas las enfermedades respiratorias debe ser uno de los principales retos de salud de nuestra sociedad. Para hacerles frente, el Departamento de Salud ha elaborado el Plan director de Enfermedades del aparato respiratorio, que nace como resultado del inicio de uno de los objetivos fijados por el Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010. El Plan director prioriza acciones transversales y prevé causas que superan el ámbito tradicionalmente considerado sanitario, mediante un modelo de enfoque integral que va desde la promoción y la prevención hasta la rehabilitación, que tiene en cuenta el principio de equidad ante desigualdades territoriales, de género u otras, y que contribuye a alcanzar los objetivos del Plan de salud de Cataluña. Para hacer realidad este modelo integral es necesaria la implicación y la colaboración de profesionales de diferentes ámbitos y disciplinas. La voluntad es garantizar a todos los pacientes de Cataluña el acceso y la calidad de las medidas preventivas y diagnósticas así como la atención integral de las enfermedades del aparato respiratorio.

La colaboración y coordinación son dos de los ejes estratégicos del marco de trabajo del Plan director. Así pues, se trabajará muy de cerca con otras estrategias nacionales (Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud) y eminentemente con las autonómicas, colaborando con programas y profesionales del Departamento de Salud, como la Dirección General de Salud Pública (DGSP), a fin de abordar aspectos preventivos y de promoción de la salud en el ámbito de las enfermedades respiratorias. También se colaborará con otros planes y programas como el Plan director de oncología o el Programa de prevención y control de la tuberculosis.

Consciente de que la atención primaria es la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema sanitario, el Plan director también aprovechará las sinergias que puedan surgir después del trabajo realizado por el Plan de innovación de la atención primaria y la salud comunitaria así como con el Plan director sociosanitario, a fin de reforzar este enfoque integral, la continuidad asistencial y la gestión de los pacientes frágiles, dependientes o que requieren atención domiciliaria.

Análisis de situación

Las enfermedades del aparato respiratorio, después de los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio, son la tercera gran causa de mortalidad en Cataluña, con 6.105 defunciones en el año 2008 (el 10,2% del total de causas de mortalidad). La proporción de hombres que mueren a causa de enfermedades respiratorias es del 60%.

Es muy evidente la relación entre la exposición al tabaco y el deterioro de la función pulmonar. Dejar de fumar frena la progresión de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y disminuye el número y la gravedad de las agudizaciones. Actualmente, la prevalencia de tabaquismo en Cataluña se estima en un 29,4% en la población de 15 años en adelante; un 34% son hombres y un 24% mujeres.

En Cataluña, el número de muertes por todas las causas atribuibles al tabaquismo es de 8.673 (6.984 hombres y 1.689 mujeres). Esto corresponde a un 15,5% del total de muertes en personas de 35 años o más. En el periodo 1990-2006, la proporción de personas fumadoras ha disminuido y lo ha hecho más acentuadamente entre los hombres que entre las mujeres.

En 2008, el 10,1% (97.887) de los contactos hospitalarios fueron por enfermedades respiratorias. La tasa de hospitalización total en Cataluña el año 2007 fue de 122,5

pacientes por cada 1.000 habitantes, de 13 por cada 1.000 habitantes a causa de enfermedades respiratorias y de 2,5 por cada 1.000 habitantes a causa de EPOC

En cuanto al impacto económico de las enfermedades del aparato respiratorio, representó, en 2008, un 9,3% del presupuesto de CatSalut, un 24% del cual está destinado al gasto farmacéutico.

La EPOC es una afección inflamatoria crónica que dificulta el paso del aire por los bronquios, que afecta al pulmón y que aparece lentamente y de manera progresiva por culpa del consumo del tabaco. Se calcula que el 9,1% de la población entre 40 y 80 años sufre esta enfermedad. Uno de cada cinco contactos hospitalarios por patología respiratoria en Cataluña son por EPOC y cabe destacar que, a diferencia de otros procesos crónicos, en la EPOC no se ha registrado un descenso de la mortalidad.

El asma es una enfermedad crónica que ha aumentado en cuanto al número de personas que la sufren; sin embargo, actualmente disponemos de medicación efectiva para disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida. Se estima que un 4,9% de la población entre 40 y 69 años ha sido diagnosticada con asma y que el porcentaje de los niños afectados es del 9,4% (2002). El asma relacionada con las actividades laborales es la primera causa en las declaraciones del Registro voluntario de enfermedades ocupacionales respiratorias (MOR) y se estima que cada año aparecen entre 250 y 300 casos nuevos de asma relacionada con la actividad laboral por cada millón de habitantes.

La patología del sueño comprende el insomnio, la narcolepsia, la epilepsia y algunas parasomnias, y afecta a entre el 4 y el 6% de la población adulta. Aunque se trata de una patología que deteriora mucho la calidad de vida de quien la padece, es tratable y con un alta terapéutica. La prueba diagnóstica para la patología del sueño es la polisomnografía. En 2009 se han observado reducciones en las listas y los tiempos de espera en algunas regiones de Cataluña. Sin embargo, se requiere un estudio más detallado para detectar posibles mejoras en el flujo de derivación de estos pacientes.

El enfoque de las enfermedades del aparato respiratorio

El Plan director de enfermedades del aparato respiratorio debe contribuir al logro de los objetivos de salud que formula el Plan de salud de Cataluña y es la herramienta que debe permitir poner en marcha estos objetivos con visión territorial. El Plan pretende integrar las visiones de los distintos profesionales sanitarios que atienden a los pacientes con enfermedades respiratorias, promover el trabajo en equipo, garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes ámbitos e impulsar cambios organizativos, a partir de la reordenación y la racionalización del uso de los recursos existentes.

Los objetivos específicos del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio se han definido basándose en la evidencia existente de las propuestas del Consejo Asesor y los datos del análisis de la situación que se han obtenido a partir de estudios preliminares:

- a) Estudio sobre la función pulmonar. La espirometría es la herramienta básica de diagnóstico para las enfermedades del aparato respiratorio. La disponibilidad de aparatos de espirometría es buena en todo el territorio. Sin embargo, a través de encuestas sobre el estudio de la función pulmonar en la atención primaria y en los hospitales, se ha observado que el uso es muy variable y que se requieren esfuerzos para mejorar la formación de los profesionales que realizan esta prueba.

b) A partir de los datos del Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) se ha podido observar que las enfermedades del aparato respiratorio representan el 10,1% de todos los contactos hospitalarios. El 20% de los contactos hospitalarios por enfermedad respiratoria se deben a pacientes con EPOC. Existe una variabilidad significativa en la estancia media hospitalaria de los pacientes con EPOC, con un 15% de reingresos antes de 30 días, posteriores al alta del primer ingreso.

c) Del estudio de las terapias respiratorias a domicilio se desprende que cada semana más de 100 pacientes inician el tratamiento con presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) para tratar la patología del sueño. Hoy en día, se calcula que más de 50.000 pacientes en Cataluña usan este tratamiento. Redefinir el circuito de seguimiento es una de las prioridades del Plan director en esta línea estratégica.

De acuerdo con el Consejo Asesor, a partir de esta información se proponen, para el periodo 2011-2012, los objetivos siguientes:

1. Desarrollar actividades preventivas en los pacientes con enfermedades respiratorias. Desde el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio se deben promover las actividades preventivas con más impacto sobre las enfermedades respiratorias, como la deshabituación tabáquica y la actividad física.

Además del apoyo a las campañas de deshabituación tabáquica lideradas por la DGSP, el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio también quiere impulsar, en coordinación y colaboración con la DGSP, proyectos específicos para promover el cese tabáquico aprovechando las descompensaciones graves de la EPOC, poniendo especial énfasis en el momento del diagnóstico.

La formación de profesionales para mejorar la experiencia en las estrategias de deshabituación tabáquica será otra de las prioridades.

En cuanto al ejercicio físico, se quiere promover la incorporación de pacientes con EPOC al Plan de actividad física, deporte y salud (PAFES).

2. Conseguir espirometrías de calidad. El acceso a una espirometría de calidad es la herramienta clave para mejorar el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con enfermedades respiratorias y por eso se centrará en:
 - El diseño de un programa de formación estandarizado.
 - El despliegue de un plan de formación de formadores que garantice la aplicación de los planes formativos en cada territorio.
 - La estandarización de los datos de la espirometría para garantizar su reproducibilidad y el almacenamiento.
 - La creación de redes territoriales para llevar a cabo el control de calidad de las espirometrías que se hacen tanto en el hospital como en la atención primaria.

El objetivo final es que el clínico tenga acceso a una espirometría de calidad, independientemente del ámbito donde trabaje.

3. Mejorar el proceso diagnóstico y el seguimiento de los pacientes asmáticos a fin de mejorar la salud. Se crearán grupos de trabajo multidisciplinares para mejorar el proceso diagnóstico y de derivación de los pacientes con asma. Un elemento clave

es la difusión de las herramientas de apoyo en la toma de decisiones y la promoción de la formación de los profesionales así como la educación de los pacientes.

4. Mejorar la atención de los pacientes con agudización grave de la EPOC. La atención a los pacientes con EPOC es muy compleja y requiere intervenciones a diferentes niveles. Desde un punto de vista operativo, el primer objetivo es mejorar la atención a los pacientes que ingresan por agudización grave de la EPOC. Este objetivo se justifica por el impacto sobre los pacientes (mortalidad del 10% durante el proceso agudo) y sobre el sistema sanitario (utilización de camas y recursos de atención urgente y reingresos del 15%).
5. Redefinir y establecer un modelo asistencial específico para la patología del sueño. Una patología tan prevalente como la patología del sueño actualmente se atiende fundamentalmente en el hospital. Es crucial definir el papel de los distintos ámbitos asistenciales en la atención de estos pacientes (tanto en su diagnóstico, como el inicio del tratamiento y el seguimiento a largo plazo).

Paralelamente a los cinco ámbitos principales de actuación, el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio deberá dar respuesta a objetivos que afectan a pocos pacientes pero que tienen un gran impacto personal y asistencial, como la atención a los pacientes con enfermedades minoritarias (como la hipertensión pulmonar o las enfermedades intersticiales).

En la segunda fase del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio será necesario pensar en el desarrollo de los objetivos citados, especialmente en cuanto a la rehabilitación respiratoria y el enfoque de la patología respiratoria desde la vertiente de la atención sociosanitaria.

2. Introducción

2. Introducción

Las enfermedades del aparato respiratorio se encuentran entre las primeras causas de muerte y son uno de los principales retos de salud de nuestra sociedad. El Plan de salud de Cataluña las señala como un problema de salud relevante y establece que para hacerles frente hay que actuar transversalmente, teniendo en cuenta causas que superan el ámbito tradicionalmente considerado sanitario. Además, a diferencia de otros procesos crónicos, en la EPOC no se ha constatado un descenso de la mortalidad, como sucede en las enfermedades cardiovasculares. En Cataluña, las enfermedades del aparato respiratorio constituyen la tercera causa de mortalidad, tras el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Casi el 30% de la población se declara fumadora activa y, aunque parece que se ha roto la tendencia creciente en el porcentaje de mujeres fumadoras, el tabaquismo sigue siendo un problema de salud importante.

La EPOC es una enfermedad inflamatoria crónica que aparece en personas genéticamente susceptibles como respuesta a la inhalación del humo del tabaco. La prevalencia de la EPOC en la población de 40 a 80 años en nuestro medio se ha estimado en un 9,1%. La agudización de la EPOC es un problema de salud relevante, a causa del peligro elevado para los pacientes en cuanto a supervivencia y por el alto porcentaje de reingresos: el 38% de los pacientes reingresan al año y la media de tiempo desde el alta hasta el reingreso es de cinco meses.

El infradiagnóstico es otro problema grave en relación con las enfermedades respiratorias. En España, la identificación de los pacientes con EPOC en la atención primaria queda muy lejos del 9% de la población de 40 a 80 años que sufre la enfermedad. Además, únicamente en el 24% de los diagnósticos consta el resultado de la espirometría en la historia clínica de la atención primaria. Por otro lado, el 23% de los pacientes que ingresan por exacerbación de la EPOC afirman que no les atiende a ningún médico de forma específica para la enfermedad respiratoria.

El asma es una enfermedad respiratoria crónica que presenta un incremento en el número de personas que lo padecen. Actualmente, disponemos de medicación efectiva que ha permitido que disminuya significativamente la mortalidad y que la inmensa mayoría de personas que sufren esta enfermedad puedan tener una vida normal. Pese a todo, los resultados de que disponemos apuntan a que el control de la enfermedad no es el óptimo en la mayoría de los afectados y que aún existe margen de mejora respecto al nivel de cumplimiento terapéutico actual por parte de los pacientes.

En los últimos años la tasa de mortalidad por asma en todas las edades ha disminuido considerablemente. Actualmente, las enfermedades del aparato respiratorio representan un 10,2% del total de defunciones en Cataluña y se constata que el asma tiene un peso casi inapreciable (en 2008 se registraron nueve defunciones por asma en Cataluña). En cuanto a los contactos hospitalarios, las enfermedades del aparato respiratorio representaron en 2008 en Cataluña un 10,1% del total de contactos hospitalarios mientras que el asma fue responsable de un 5% de los 98.800 contactos hospitalarios producidos por causas respiratorias.

El asma relacionado con las actividades laborales es la primera causa en las declaraciones del Registro voluntario de enfermedades ocupacionales respiratorias (MOR). Según los estudios epidemiológicos del Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental

(CREAL), cada año surgen entre 250 y 300 casos nuevos de asma relacionado con la actividad laboral por cada millón de habitantes.

Desde el punto de vista organizativo y de prestación de servicios sanitarios, en Cataluña cada semana 100 nuevos pacientes empiezan a usar aparatos que generan presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) para tratar el síndrome de apnea del sueño.

Así pues, a partir de datos locales y referencias generales, parece razonable abordar específicamente las enfermedades respiratorias en el marco de un Plan director.

El propósito del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio es conseguir un enfoque global de las enfermedades de este grupo, que englobe todo el espectro, desde la promoción y la prevención hasta la rehabilitación, que tenga en cuenta el principio de equidad ante desigualdades territoriales, de género u otras, y que contribuya a alcanzar los objetivos del Plan de salud de Cataluña. La voluntad es mejorar las medidas preventivas y diagnósticas y la atención a las enfermedades del aparato respiratorio para todos los ciudadanos de Cataluña garantizando el acceso y la calidad.

La aparición de nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas ha hecho que cada día tengan más peso los recursos tecnológicos y, por tanto, corresponde al Plan contribuir en el establecimiento de los criterios de necesidad, distribución y utilización de estas tecnologías y el análisis de oportunidad y viabilidad en el campo de la atención a estas enfermedades.

Hay evidencia de la relación entre la exposición al tabaco y el deterioro de la función pulmonar. Dejar de fumar frena la EPOC y reduce el número y la gravedad de las agudizaciones. Otros factores de riesgo asociados menos frecuentemente son: la exposición laboral, la contaminación ambiental, los antecedentes de hiperreactividad bronquial o las afecciones respiratorias infantiles repetitivas.

La detección precoz de la enfermedad crónica respiratoria mediante la espirometría forzada es importante en cuanto a coste-efectividad. Así, en el caso de la EPOC, el manejo ambulatorio adecuado de la enfermedad incluye: establecer pautas de deshabituación tabáquica, hacer espirometrías en atención primaria, abordar las agudizaciones desde la atención primaria e impulsar programas de hospitalización a domicilio y de alta precoz para enfermos con EPOC agudizada. Esto debe repercutir en una importante reducción de costes, ya que la hospitalización es la partida más importante de coste sanitario derivado de la atención a las agudizaciones de la EPOC. La oxigenoterapia domiciliaria junto con dejar de fumar son las dos únicas intervenciones que cambian la historia natural de la EPOC.

3. Finalidad

3. Finalidad

3.1 Misión

Mejorar la atención a las enfermedades del aparato respiratorio mediante la reordenación de recursos y el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación adecuados, con una perspectiva territorial, de condición social y de género equitativa y sostenible, a fin de reducir el impacto sobre la salud de la población.

3.2 Principios y valores

Los principios de este Plan director son los del Plan de salud de Cataluña, que se centran en las prioridades de salud de la población siguiendo los principios de igualdad de acceso, equidad, efectividad, eficiencia, coordinación y calidad de los servicios, participación comunitaria y satisfacción de los usuarios. Los ciudadanos son el centro de un modelo de atención integral, tanto desde la perspectiva de la historia natural de la enfermedad, como desde una perspectiva multidisciplinar.

El Plan director velará por conseguir una distribución más racional de los recursos y el logro de los objetivos y satisfará los principios mencionados. Los esfuerzos para mejorar la competencia de los profesionales y facilitarles los medios adecuados son elementos centrales del Plan director.

3.3 Objetivos del Plan de salud

El Plan director de enfermedades del aparato respiratorio surge con el propósito de contribuir a alcanzar los objetivos de salud y disminución de riesgo que el Plan de salud de Cataluña ha formulado para el año 2010. Así pues, el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio nace como resultado de la puesta en marcha de uno de los objetivos fijados por el Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010. En este sentido, el Plan director incorpora los objetivos siguientes

- Reducir la mortalidad por gripe, enfermedad infecciosa aguda del aparato respiratorio y neumonía en un 10% entre la población de 60 años y más.
- Reducir la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre la población de más de 40 años en un 10%.
- Reducir la prevalencia de tabaquismo hasta el 28% entre la población de 15 años y más.
- Reducir la prevalencia de tabaquismo hasta el 32% entre los jóvenes de 15 a 24 años.
- Reducir la prevalencia de tabaquismo hasta el 22% entre las mujeres de 15 años y más.
- Reducir la prevalencia de tabaquismo hasta el 34% entre los hombres de 15 años y más.
- Alcanzar una proporción de cese tabáquico del 35% en la población de 15 años y más.
- Reducir por debajo del 16% la prevalencia de personas entre 18 y 74 años absolutamente sedentarias.
- Disminuir en un 10% la prevalencia de personas entre 18 y 74 años que tienen un nivel insuficiente de actividad física durante el ocio.
- Aumentar en un 20% la prevalencia de personas entre 18 y 74 años que caminan 30 minutos al día como mínimo.
- Aumentar por encima del 14% la prevalencia de personas entre 18 y 74 años que realizan actividades físicas de ocio de intensidad moderada cinco veces o más por semana o una cantidad equivalente.

Desde el año 2000, la evolución del grado de consecución de los objetivos de salud y disminución de riesgo propuestos para el año 2010 en relación con las enfermedades respiratorias es bastante positivo. Las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias observadas en 2004 ya son inferiores a las que prevé el objetivo marcado para 2010. La mortalidad por gripe, enfermedad infecciosa aguda y neumonía en las personas de 60 años y más se ha reducido un 27,6% entre los años 2000 y 2004, así como la mortalidad por EPOC en la población de 40 años y más (14,6% de reducción). A continuación, se

muestran los resultados en los indicadores establecidos para medir la consecución de dichos objetivos. Cabe mencionar que la publicación de los datos oficiales referentes a la mortalidad (Registro de mortalidad del Departamento de Salud) se realiza con un decalaje de dos años, con lo cual en este documento los datos más actuales corresponden a 2008.

Tabla 1. Valoración del grado de consecución de los objetivos de salud y disminución de riesgo para el año 2010 en relación con las enfermedades respiratorias

OBJETIVO INDICADOR	2000	2004	2010*	Valoración
1. Reducir la mortalidad por gripe, enfermedad infecciosa aguda del aparato respiratorio y neumonía en un 10% entre la población de 60 años y más. <i>Tasa de mortalidad estandarizada por edad por 100.000 h. por gripe, enfermedad infecciosa aguda del aparato respiratorio y neumonía en población de 60 años y más</i>	57,4	41,5	51,7	++
2. Reducir la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre la población de más de 40 años en un 10%. <i>Tasa de mortalidad estandarizada por edad por 100.000 h. por EPOC en población de más de 40 años</i>	204,5	174,6	184,0	++

Fuente: elaboración del Plan de salud a partir de los datos del Registro de mortalidad de Cataluña, 2004. Departamento de Salud. Tasas estandarizadas por edad según la población de Cataluña de 1991.
*Estimación del valor esperado para 2010 en caso de alcanzar los objetivos planteados.

Con el propósito de mejorar la salud de las personas enfermas con patologías respiratorias, el Plan de salud de Cataluña define unas propuestas estratégicas que el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio asume como propias:

- Fomentar estilos de vida saludables, especialmente entre los pacientes con EPOC, la deshabituación tabáquica y la actividad física.
- Desarrollar en la atención primaria acciones para la detección y tratamiento del tabaquismo, para la vacunación antigripal y antineumocócica en la población de riesgo.
- Detectar y tratar precozmente la EPOC y el asma en todos los niveles asistenciales.
- Promover circuitos claros y ágiles para la indicación y el seguimiento de la oxigenoterapia domiciliaria.
- Establecer medidas de coordinación entre el hospital y la atención primaria para el seguimiento y el control de la EPOC para dar una respuesta integral a las necesidades de los pacientes.
- Reducir la variabilidad de la práctica clínica en la agudización de la EPOC.
- Impulsar programas de hospitalización a domicilio y de alta precoz para enfermos con EPOC agudizada.

A pesar de que los objetivos fijados para 2010 están muy dirigidos a las enfermedades infecciosas y a la gripe, el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio ampliará el espectro de intervención con una perspectiva más global.

Colaboración del Plan director con otros programas, servicios y unidades del Departamento de Salud

Dada la complejidad que requiere la atención integral de los pacientes con patologías crónicas, como es el caso de muchas de las enfermedades respiratorias, el Plan director trabajará muy de cerca con otros programas, estrategias y planes del Departamento de Salud. La colaboración y coordinación son dos de los ejes estratégicos del marco de trabajo del Plan director. Así pues, se trabajará junto con la Dirección General de Salud Pública con vistas a abordar aspectos preventivos y de promoción de la salud en el ámbito de las enfermedades respiratorias. También se colaborará con el Plan director de oncología, el Plan director de inmigración o el Programa de prevención y control de la tuberculosis del Departamento de Salud en caso de que sea necesario hacer una recomendación o un enfoque puntual del cáncer de pulmón o la tuberculosis, respectivamente.

La atención primaria es la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema sanitario. El carácter multidisciplinar y transversal del profesional de atención primaria favorece un enfoque integral de las patologías y, además, adquiere una relevancia especial en aquellas patologías que se convierten en crónicas y en las que la continuidad asistencial y la gestión de los pacientes frágiles, dependientes o que requieren atención domiciliaria son cruciales. En este sentido, el Plan director también aprovechará las sinergias que puedan surgir del trabajo realizado por el Plan de innovación de la atención primaria y la salud comunitaria así como por el Plan director sociosanitario.

3.4 Objetivos para el periodo 2011-2012

3.4.1. Desarrollar **actividades preventivas** en los pacientes con enfermedades respiratorias.

3.4.1.1. Extender las intervenciones para el cese tabáquico en los pacientes respiratorios.

3.4.1.2. Promover intervenciones para incrementar la práctica de actividad física en los pacientes respiratorios.

3.4.1.3. Promover la vacunación en enfermos respiratorios de acuerdo con las recomendaciones del Programa de Vacunaciones del Departamento de Salud.

3.4.2. Conseguir **espiometrías de calidad**. El infradiagnóstico es uno de los problemas más graves en el entorno clínico y asistencial de las enfermedades respiratorias, especialmente en el caso de la EPOC. Para abordar esta problemática, el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio pretende alcanzar los objetivos siguientes:

3.4.2.1. Conocer la situación de la práctica de la espirometría en los distintos niveles asistenciales (hospitalario y atención primaria).

3.4.2.2. Crear redes territoriales entre el hospital y la atención primaria para hacer efectivo el control de calidad de las espiometrías.

3.4.2.3. Garantizar la formación de los profesionales que deben realizar espiometrías.

3.4.2.4. Generalizar la disponibilidad de una espirometría de calidad para todos los clínicos y garantizar el acceso a todos los pacientes.

3.4.3. Mejorar la atención de los pacientes con **agudización grave de la EPOC**. La agudización grave de la EPOC tiene un impacto inmediato sobre los pacientes

(riesgo de muerte) y a medio plazo (disminución de la calidad de vida). Además, tiene un gran impacto sobre el sistema sanitario. Los objetivos planteados para hacer frente a la agudización de la EPOC son los siguientes:

- 3.4.3.1. Identificar los factores que pueden mejorar la atención a la agudización grave de la EPOC en el ámbito de la atención primaria.
- 3.4.3.2. Enmarcar estas acciones en un modelo de atención integrada de la EPOC para garantizar la continuidad asistencial en los casos de agudización.
- 3.4.3.3. Fomentar estilos de vida saludables en enfermos con EPOC, poniendo especial énfasis en el desarrollo y la profundización del enfoque del cese tabáquico en todo tipo de enfermos respiratorios.
- 3.4.3.4. Impulsar programas de hospitalización a domicilio y de alta precoz para enfermos con EPOC agudizada.

3.4.4. Redefinir y establecer un modelo asistencial específico para la **patología del sueño**. La patología del sueño tiene un impacto notable sobre el sistema sanitario: se calcula que en Cataluña al menos 100 pacientes nuevos inician semanalmente el tratamiento. Además, actualmente todo el seguimiento se hace centrado en el hospital. Por estos motivos, el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio cree que deberá centrar sus esfuerzos en alcanzar los objetivos siguientes:

- 3.4.4.1. Definir el modelo de diagnóstico específico para la patología del sueño.
- 3.4.4.2. Establecer criterios con el fin de identificar los casos graves.
- 3.4.4.3. Describir un nuevo modelo asistencial basado en los dispositivos comunitarios.

3.4.5. Establecer recomendaciones para mejorar **la atención de los pacientes asmáticos** en Cataluña:

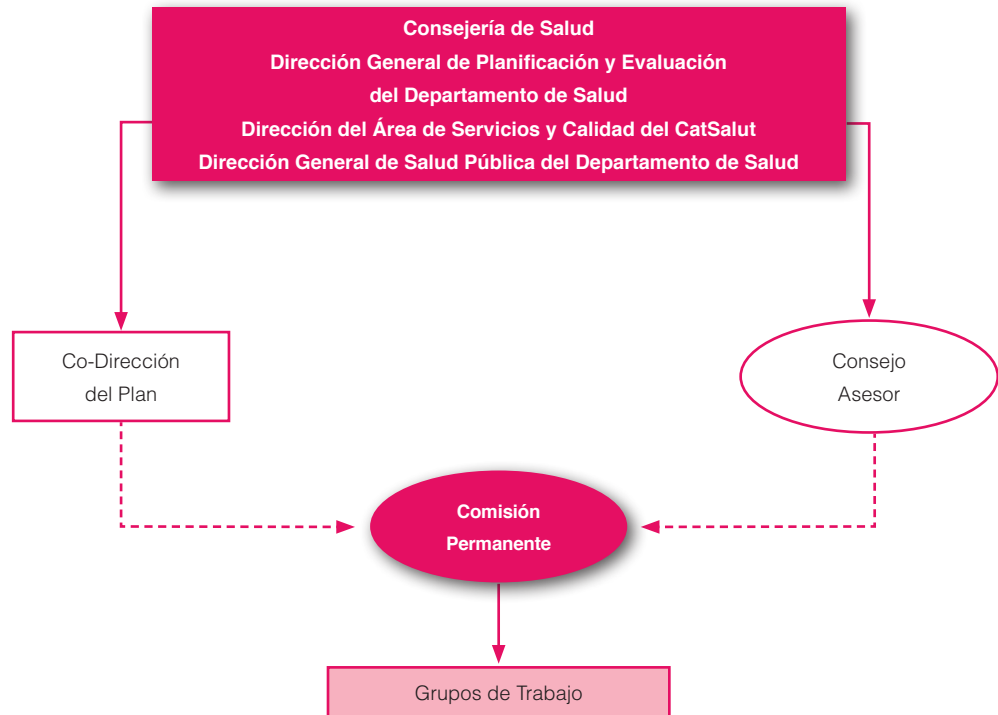
- 3.4.5.1. Crear un grupo de trabajo de asma.
- 3.4.5.2. Elaborar propuestas específicas para mejorar el diagnóstico y el proceso de derivación en relación con el asma del adulto y el asma infantil.
- 3.4.5.3. Mejorar la educación sanitaria de los pacientes y la formación de los profesionales.

3.4.6. **Efectuar recomendaciones específicas** acerca de áreas de actuación concretas. Existe un número considerable de pacientes con problemas respiratorios que no son de la magnitud de los que se describen en los objetivos anteriores, pero que pueden beneficiarse de recomendaciones específicas. En este contexto, el PDMAR queda abierto a otros planes directores y programas del Departamento de Salud para colaborar con todos en aspectos como: establecer un modelo de atención a los enfermos con hipertensión pulmonar, analizar los resultados derivados del circuito de diagnóstico rápido del cáncer de pulmón, mejorar la atención a los enfermos con fibrosis quística y los afectados de enfermedades neuromusculares con afectación respiratoria, así como establecer los criterios para que algunos pacientes puedan beneficiarse de las terapias respiratorias a domicilio con circuitos ágiles de diagnóstico y seguimiento. El Plan director también trabajará en la elaboración de recomendaciones sobre un modelo para el manejo de los pacientes con alergia en Cataluña.

4. Organización

4. Organización

4.1 Organigrama



4.2 Dirección del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio

Corresponde al director del Plan director:

- Impulsar, dirigir y coordinar los trabajos técnicos del Consejo Asesor en el proceso de elaboración del Plan, fijar los objetivos generales y específicos y las prioridades, la programación de actuaciones así como los calendarios de ejecución.
- Formular la propuesta del Plan director en cada uno de los campos de actuación y elevarla a la Dirección General de Planificación y Evaluación para que la proponga al consejero o la consejera de Salud.
- Definir y concretar las actuaciones que hay que ejecutar sobre la base de los objetivos fijados y proponerlas a los órganos competentes, así como efectuar la evaluación del proceso de aplicación del Plan.
- Proponer los criterios para la coordinación de los principales aspectos del proceso de elaboración del Plan director.
- Impulsar y hacer el seguimiento de la implantación del Plan en las diferentes regiones sanitarias de Cataluña.

Para desarrollar las funciones encomendadas, cada uno de los directores contará con el apoyo técnico y administrativo del Departamento de Salud y con el asesoramiento del Consejo Asesor.

4.3 Consejo Asesor

Formado por representantes de todas las organizaciones relevantes de la sociedad catalana que tengan interés en las enfermedades respiratorias (sociedades científicas, asociaciones profesionales y de pacientes, sindicatos, industria y administraciones).

4.4 Comisión Permanente

El Plan director de enfermedades del aparato respiratorio cuenta con una comisión permanente formada por personas designadas por la Dirección General de Planificación y Evaluación y por los coordinadores de los distintos grupos de trabajo creados en el seno del Plan director, que se consideran adecuadas por su experiencia en los distintos campos de las enfermedades del aparato respiratorio.

La función de la Comisión Permanente es estudiar y elaborar las acciones y las propuestas. El director del Plan se reserva la facultad de consultar puntualmente a personas de su confianza con la aprobación de la Dirección General de Planificación y Evaluación y de organizar los grupos de trabajo específicos que considere necesarios para desarrollar tareas concretas.

4.5 Grupos de Trabajo

En el Consejo Asesor se constituirán los grupos de trabajo que el presidente o la presidenta del Consejo, por sugerencia del director del Plan, por iniciativa propia o de cualquier vocal, considere necesarios para desarrollar mejor las funciones de este órgano.

Los grupos de trabajo están constituidos por personas externas expertas en el ámbito específico que se trata. Al frente de cada grupo de trabajo hay una persona responsable, que será miembro de la Comisión Permanente, con las funciones de dirigir y coordinar el grupo, de fijar el plan de trabajo y la propuesta de actuaciones, que han de ajustarse a los contenidos y al calendario de trabajo que determine el plenario. Las propuestas que cada grupo de trabajo elabore deben recogerse en un informe técnico, que se elevará al pleno para que lo apruebe.

4.5.1. Principales grupos de trabajo para el desarrollo del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio en el horizonte de 2011

A continuación, se exponen muy brevemente las líneas principales que abordará el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio en cada uno de los principales grupos de trabajo que se crearán progresivamente hasta el año 2011. Sin embargo, el Plan director también tratará a través de una estrategia más intensiva y de corta duración, otras patologías respiratorias con un perfil y unas características demográficas y de requerimientos asistenciales que hacen necesario un abordaje específico (véase el apartado 5 de este documento).

Así pues, se exponen los grupos de trabajo principales a parte de las actividades que se desarrollan en colaboración con la Dirección General de Salud Pública, de capital importancia desde el punto de vista preventivo (tabaco, actividad física o vacunación) y de promoción de la salud, así como aquellos que por su especificidad y peculiaridad requieren grupos de trabajo muy específicos y especializados y tareas puntuales (la hipertensión pulmonar, la fibrosis quística o las terapias respiratorias domiciliarias).

4.5.1.1. Espirometría forzada. Grupo creado para definir unos criterios de calidad en la realización de la espirometría forzada en los hospitales y en la atención primaria de Cataluña.

4.5.1.1.1. Subgrupo de la encuesta dirigida a la XHUP (Red Hospitalaria de Utilización Pública) de Cataluña.

4.5.1.1.2. Subgrupo de la encuesta dirigida a la atención primaria de Cataluña.

4.5.1.1.3. Subgrupo de formación de profesionales que efectúan pruebas de espirometría forzada.

4.5.1.2. Asma. Grupo creado para elaborar propuestas de diagnóstico estructurado y los criterios de derivación y las exploraciones complementarias para el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con asma en la edad adulta y la niñez. Este grupo también tratará a parte, específicamente, y si corresponde en colaboración con otros planes del Departamento de Salud, las necesidades existentes en el ámbito del asma alérgico.

4.5.1.2.1. Subgrupo del diagnóstico estructurado del asma en el adulto.

4.5.1.2.2. Subgrupo del diagnóstico estructurado del asma infantil.

4.5.1.2.3. Subgrupo de seguimiento de los pacientes con asma.

4.5.1.3. EPOC. Grupo que tratará con especial atención la agudización grave de la EPOC y la revisión del modelo asistencial.

4.5.1.4. Apnea del sueño obstructiva (ASO). Grupo creado con el objetivo principal de diseñar un modelo para el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con apnea del sueño.

5. Análisis de situación

5. Análisis de situación

Los datos que se presentan a continuación provienen del análisis de la situación actual de los principales diagnósticos que constituyen el amplio grupo de enfermedades del aparato respiratorio desde una perspectiva tanto de salud como de servicios, así como de los principales factores de riesgo conocidos relacionados con estas enfermedades.

Los resultados que se presentan hacen referencia a datos de carácter general, o a un análisis específico efectuado exclusivamente para este documento, con lo que los datos se refieren al periodo con información disponible hasta el momento del análisis.

5.1 Morbilidad de las enfermedades del aparato respiratorio: las hospitalizaciones

Las enfermedades respiratorias en general y las crónicas en particular, especialmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), presentan una alta morbimortalidad y un alto coste sanitario y social.

Las enfermedades del aparato respiratorio causaron, en 2007, 98.803 contactos hospitalarios (el 10,4% del total de contactos), un 12% más respecto a los 88.228 contactos hospitalarios registrados en 2006 (este año los contactos hospitalarios representaban un 9,7% del total de contactos). De esos 98.803 contactos, el 18,8% (18.522 contactos) fueron por EPOC. Durante el periodo 2003-2008, las enfermedades respiratorias han representado sobre el total de contactos un porcentaje bastante estable durante el periodo, en torno al 10% (tabla 2). En 2007 la tasa bruta de hospitalización por cada 1.000 habitantes en Cataluña era de 122,5 contactos, mientras que la tasa de hospitalización por enfermedades respiratorias se situaba en los 13 pacientes por cada 1.000 habitantes. En el caso de la EPOC, la tasa bruta de hospitalización fue de 2,5 contactos por cada 1.000 habitantes (tabla 3).

Tabla 2. Evolución de los contactos hospitalarios por enfermedades del aparato respiratorio. Cataluña, 2003-2008

Año	Contactos	%
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

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. Registro del conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria (CMBDAH), 2008.

Tabla 3. Tasas brutas de hospitalización y enfermedades respiratorias. Cataluña, 2007

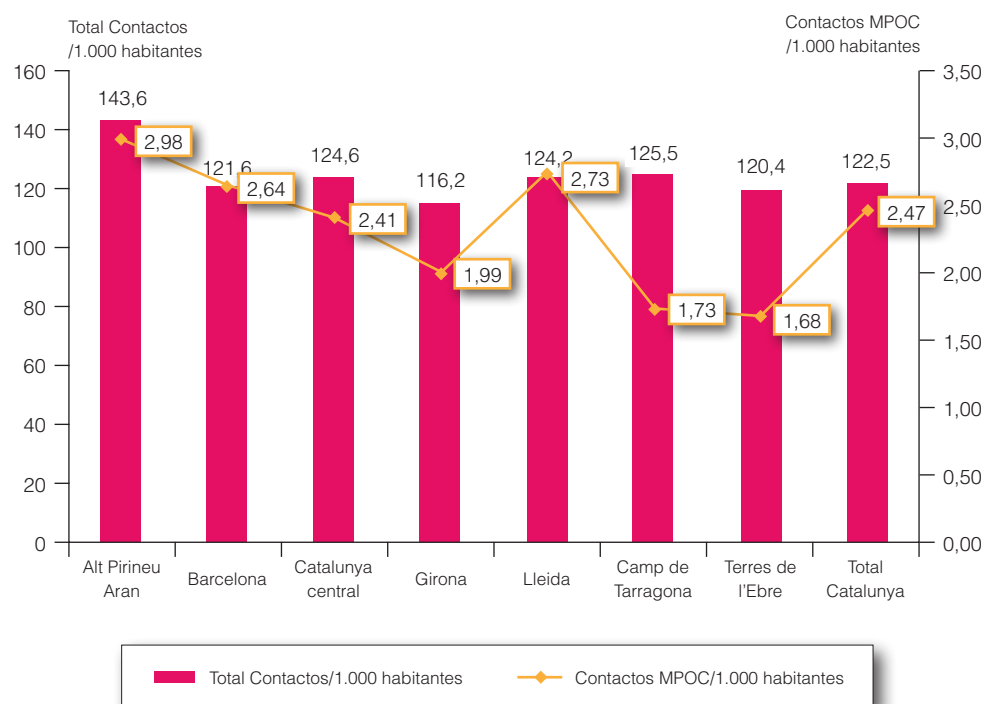
Tasa bruta de hospitalización por cada 1.000 habitantes		
Tasa bruta total	Por enfermedades del aparato respiratorio	Por EPOC
122,5	13,2	2,47

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. Registro del conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria (CMBDAH), 2007..

En cuanto a la distribución de los contactos hospitalarios según la región sanitaria, se observa un número de contactos por cada 1.000 habitantes que oscila entre los 116,2 de

Girona y los 143,6 de Alt Pirineu y Aran. Un patrón similar se observa en el caso de los contactos por EPOC, aunque la tasa más baja en esta ocasión se observa en Camp de Tarragona. En cualquier caso, la razón entre el valor máximo y el mínimo es de 1,73 para el total de contactos hospitalarios y 1,72 en el caso de EPOC (gráfico 1).

Gráfico 1. Total de contactos hospitalarios y contactos por EPOC. Cataluña, 2007



Fuente: Servicio Catalán de la Salud. Registro del conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria (CMBDAH), 2007. Criterios de selección: Diagnóstico principal: códigos "491.2, 492.8, 493.2, 494 y 496" y Diagnóstico principal códigos "518.81 y 518.84" con primer diagnóstico secundario códigos "491.2, 492.8, 493.2, 494 y 496" de la Clasificación Internacional de Enfermedades; novena revisión; modificación clínica: CIM-9 MC

La media de la estancia hospitalaria a causa de enfermedades del aparato respiratorio en los hospitales de Cataluña el año 2007 fue de casi 6 días, con una media de 4. El perfil del paciente ingresado es mayoritariamente el de un hombre (en el 59,5% de los casos) de 55,6 años de edad media. De los contactos por enfermedades del aparato respiratorio el 5% (4.481 contactos) acabaron en muerte intrahospitalaria. La EPOC tiene una estancia media de 7 días y el paciente ingresado tiene como media unos 74 años. El 15,5% de los enfermos ingresados por EPOC han reingresado 30 días después del alta hospitalaria y el 30,6% lo han hecho a los 60 días (a los 30 días del primer reingreso).

El estudio de la distribución territorial y los flujos de pacientes con EPOC en las regiones sanitarias muestra un nivel de cobertura alto para cada una de las regiones. En todos los casos, más del 90% de los pacientes con EPOC son atendidos en su región sanitaria de residencia.

Tabla 4. EPOC. Distribución porcentual y número de contactos de hospitalización convencional de los residentes en cada región sanitaria dependiendo de la región sanitaria del hospital. Cataluña, 2007

Región sanitaria del hospital	Región sanitaria de residencia						Otras residencias					
	Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona	Catalunya no especificada	Estado Español	Extranjero	Desconocida	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

Residentes en Cataluña	18.197	98,2%
Residentes en el Estado español	188	1,0%
Residentes en el extranjero	42	0,2%
Residencia desconocida	95	0,5%
Total contactos	18.522	100,0%

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. Registro del conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria (CMBDAH), 2007

Criterios de selección: Diagnóstico principal códigos "491.2, 492.8, 493.2, 494 y 496" y Diagnóstico principal códigos "518.81 y 518.84" con primer diagnóstico secundario códigos "491.2, 492.8, 493.2, 494 y 496" de la Clasificación Internacional de Enfermedades; novena revisión; modificación clínica: CIM-9 MC..

En el caso de la EPOC, el estudio del perfil de la población que ingresa con esta patología en Cataluña muestra una característica bastante común y transversal a la hora de analizar los comportamientos de un indicador en todo el territorio, la variabilidad. Como media, un paciente que ingresa por primera vez en un centro hospitalario de Cataluña a causa de una EPOC o bien por una agudización de la EPOC, tiene 74 años y en un 77% de los casos es un hombre. La estancia media hospitalaria en el conjunto de Cataluña por un paciente que ingresa con EPOC es de 7 días (con un mínimo de 6 días en Terres de l'Ebre, y un máximo de casi 9 días en Lleida). La tasa bruta de hospitalización de Cataluña por EPOC es de 24,7 contactos por 10.000 habitantes,

con territorios que arrojan cifras bastante superiores (como Alt Pirineu y Aran, con una tasa bruta de hospitalización por región de residencia de casi 30 contactos por 10.000 habitantes, y un mínimo de 17 contactos por 10.000 habitantes en Terres de l'Ebre). En total, en 2007 se produjeron hasta 18.522 contactos hospitalarios debido a la EPOC (tabla 5).

Tabla 5. Características de la hospitalización aguda por EPOC. Cataluña, 2007

Región sanitaria	Edad media	Estancia media (días)	Tasa bruta de hospitalización*	Contactos hospitalarios (nre.,%)
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%)

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. Registro del conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria (CMBDAH), 2007.

Criterios de selección: Diagnóstico principal códigos "491.2, 492.8, 493.2, 494 y 496" y Diagnóstico principal códigos "518.81 y 518.84" con primer diagnóstico secundario códigos "491.2, 492.8, 493.2, 494 y 496" de la Clasificación Internacional de Enfermedades; novena revisión; modificación clínica: CIM-9 MC.

* Tasa bruta de hospitalización: contactos por cada 1.000 habitantes.

En Cataluña, en 2007, el porcentaje global de reingresos a los 30 días del alta hospitalaria, sobre el total de contactos, fue del 15%. Es decir, 2.530 pacientes reingresaron por EPOC a los 30 días del alta hospitalaria más de una vez, de entre el total de 16.800 contactos con código de identificación personal (CIP) registrado.

Si hacemos un subanálisis de la población de 40 años o más con EPOC, según los mismos criterios diagnósticos, se confirma de nuevo la existencia de variabilidad territorial según muestran los datos de la tabla 6.

Tabla 6. Características de la hospitalización aguda de la población ≥ 40 años con EPOC. Cataluña, 2008

Región sanitaria	Edad media	Hombres (%)	Estancia media (días)	Tasa bruta de hospitalización*	Mortalidad intrahospitalaria (nre.,%)	Contactos hospitalarios (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	

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. Registro del conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria (CMB-DAH)-2008.

Criterios de selección: pacientes con ≥ 40 años y diagnóstico principal códigos "491.2, 492.8, 493.2, 494 y 496" y diagnóstico principal códigos "518.81 y 518.84" con primer diagnóstico secundario códigos "491.2, 492.8, 493.2, 494 y 496" de la Clasificación Internacional de Enfermedades; novena revisión; modificación clínica: CIM-9 MC.

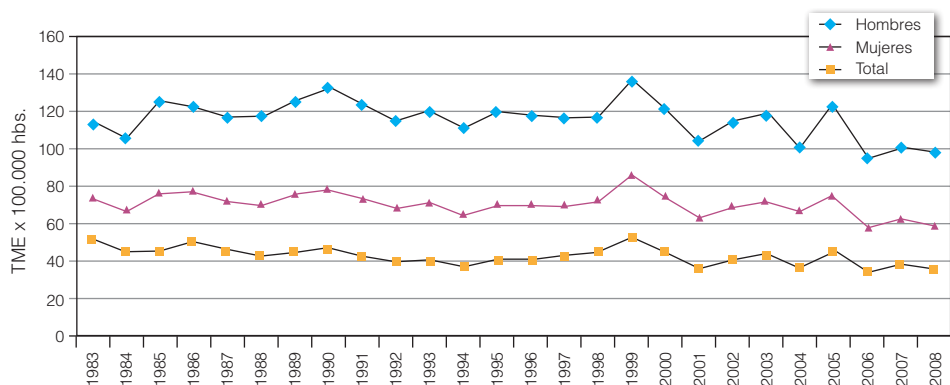
* Tasa bruta de hospitalización: contactos por cada 1.000 habitantes.

5.2 Mortalidad de las enfermedades del aparato respiratorio

En Cataluña, las enfermedades del aparato respiratorio fueron el año 2008 la tercera causa de muerte en ambos sexos, con una tasa cruda de 83,60 defunciones por 100.000 habitantes. Las 6.105 defunciones por enfermedades respiratorias representaron el 10,26% del total. El 60% de las muertes de este grupo correspondieron a hombres.

El gráfico 2 presenta la evolución de la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio entre 1983 y 2008 según el sexo. En general, se observa una ligera disminución de la mortalidad, estandarizada por edad, por este grupo de causas hasta el año 2001, y un descenso más marcado, de cerca del 6%, entre 2001 y 2008.

Gráfico 2. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas (TME) por edad por enfermedades del aparato respiratorio según el sexo. Cataluña, 1983-2008



Fuente: Departamento de Salud. Registro de mortalidad. Grupos de causas 49 a 53 de la lista D73 de causas de muerte

NOTA: Estandarización para la población de Cataluña 1991. Método directo.

Mortalidad global: tasas por 100.000 habitantes.

En el contexto europeo, la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio sitúa en Cataluña como una de las regiones con mortalidad alta, entre los países europeos occidentales, con una tasa de 50,6 defunciones por 100.000 habitantes, ligeramente inferior a la de Holanda y bastante superior a la de Alemania y algunos países nórdicos como Finlandia o Suecia (a excepción de Dinamarca, con una tasa de 60,6 defunciones por 10.000 habitantes).

Tabla 7. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad para enfermedades del aparato respiratorio en el conjunto de países de Europa y Cataluña

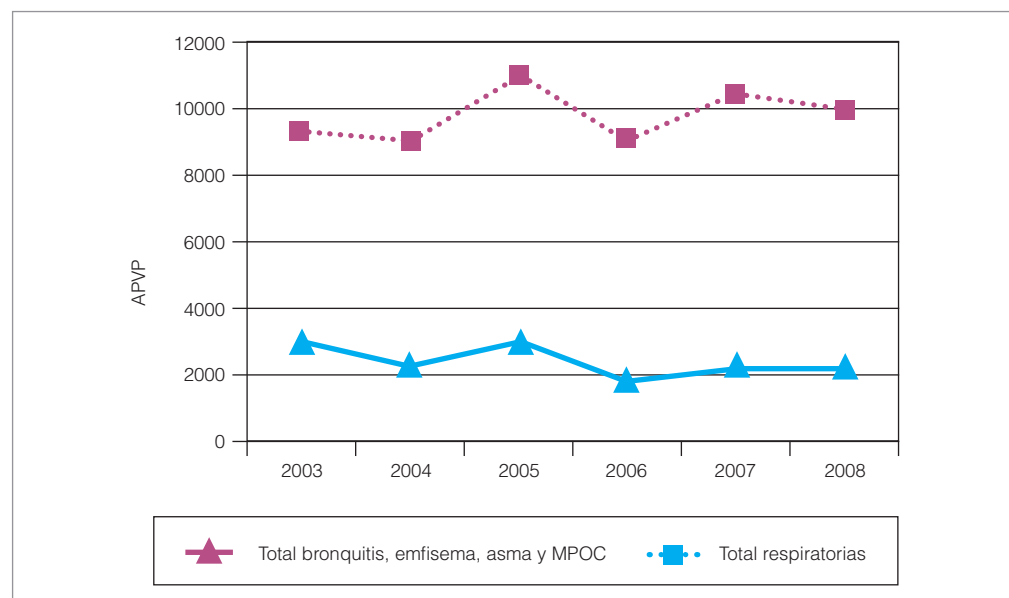
País	TME	Año
Finlandia	25,84	2007
Suiza	27,59	2006
Francia	27,65	2006
Italia	29,12	2006
Suecia	30,82	2006
Austria	32,19	2007
Eslovenia	35,37	2007
Alemania	36,97	2006
Cataluña	50,60	2007
Holanda	54,16	2007
Dinamarca	60,56	2006
España	61,83	2005
Irlanda	72,19	2007
Reino Unido	73,39	2007

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad según la población europea

La mortalidad prematura, medida a través de los años potenciales de vida perdidos (APVP), es uno de los indicadores sanitarios que ofrecen una aproximación más real al coste y a la carga de una enfermedad dentro nuestro entorno. En 2008 se perdieron en Cataluña un total de 9.918 en años potenciales de vida a causa de las enfermedades del aparato respiratorio, lo que representó el 5,6% de los APVP en Cataluña. Los hombres perdieron 7.249 años de vida potencial, el 73% del total por enfermedades respiratorias, mientras que las mujeres perdieron 2.669. Por cada una de estas muertes se perdieron una media de 13,8 años de vida potencial. Por sexos, las mujeres pierden de media 15,88 años de vida potencial, mientras que los hombres pierden 13,23.

El gráfico 3 muestra la evolución de los APVP entre 1 y 70 años, por bronquitis, asma, enfisema y EPOC (según la agrupación D73 de causas de muerte) entre 2003 y 2008. En Cataluña, en 2008 se perdieron 2.273 años potenciales de vida a causa de este conjunto de entidades clínicas respiratorias, un 23% del total de APVP para el total de enfermedades respiratorias. Por sexo, los hombres presentan una pérdida de años potenciales de vida por este conjunto de enfermedades muy superior a las mujeres. En cuanto a la mortalidad evitable, hoy en día, la tuberculosis (con 25 defunciones el año 2008 y una tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes de 0,4 muertes) y el asma (con 9 defunciones el mismo año con una tasa de mortalidad de 0,2 muertes por 100.000 habitantes) siguen siendo las dos enfermedades respiratorias susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria consideradas por consenso causas de mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable. Si se excluye del análisis el cáncer de pulmón, las enfermedades del aparato respiratorio representan el 1,8% de las muertes evitables.

Gráfico 3. Evolución de los años potenciales de vida perdidos (APVP) de 1 a 70 años para el total de enfermedades respiratorias y por bronquitis, enfisema, asma y EPOC. Cataluña, 2003-2008



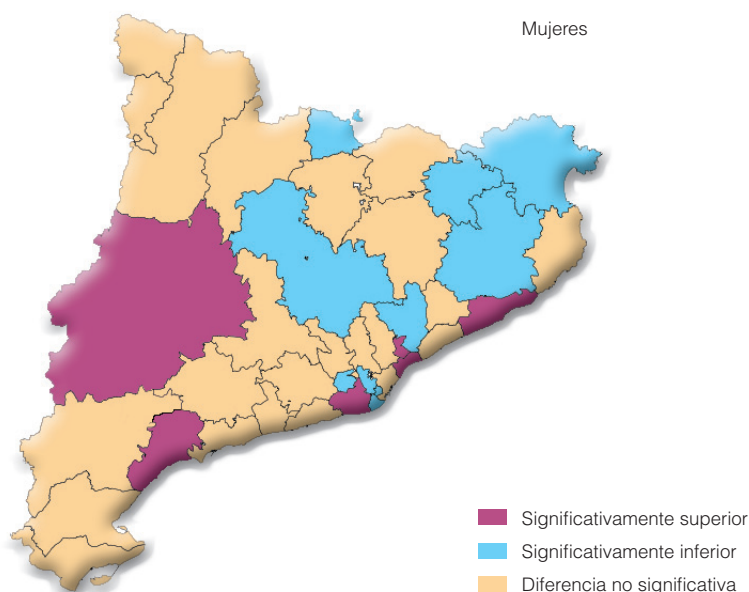
Fuente: Departamento de Salud. Registro de mortalidad. Grupo de causas 52 de la lista D73 de causas de muerte. Años potenciales de vida perdidos: tasas por 10.000 habitantes.

5.2.1. El análisis territorial de la mortalidad

El análisis territorial realizado por el Plan de salud de Cataluña para el sexenio 1999-2004 muestra las diferencias por sexo y territorio de los índices de mortalidad estándar (IME).

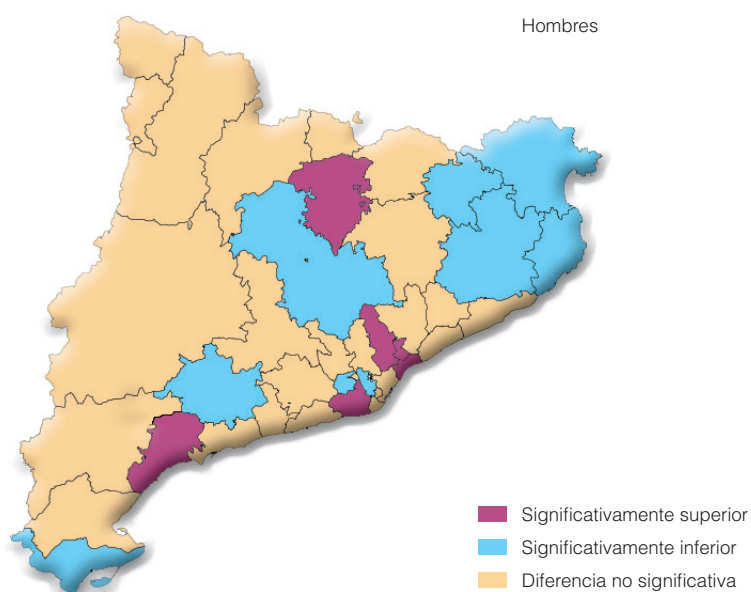
En los hombres, las enfermedades del aparato respiratorio presentan un IME superior en la región sanitaria de Barcelona, mientras que es significativamente inferior en Terres de l'Ebre y Girona. En las mujeres, el IME es significativamente superior a Lleida y Camp de Tarragona mientras que es inferior en Girona y Catalunya Central. A continuación se presentan las diferencias territoriales de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio por sexo en los gobiernos territoriales de salud (GTS).

Figura 1. Mapa de la distribución de las diferencias de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio entre los GTS en mujeres. Cataluña, 1999-2004



Fuente: Plan de salud de Cataluña. Registro de mortalidad de Cataluña. Padrones municipales del IDESCAT.

Figura 2. Mapa de la distribución de las diferencias de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio entre los gobiernos territoriales de salud en hombres. Cataluña, 1999-2004



Fuente: Plan de salud de Cataluña. Registro de mortalidad de Cataluña. Padrones municipales del IDESCAT.

5.3 Percepción del estado de salud de la población en el ámbito de las enfermedades respiratorias

Según datos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) elaborada en 2006, un 6,2% de la población mayor de 14 años declara que padece bronquitis crónica, más prevalente en hombres (6,9%) que en mujeres (5,6%). En el caso de las alergias crónicas, un 16,2% de la población ha declarado que las sufre, pero en este tipo de patología la proporción por sexos es a la inversa, es ligeramente más prevalente en las mujeres (14,8%) que en los hombres (11,1%). En el asma, la prevalencia declarada en mayores de 14 años es superior en mujeres (6,7%) que en hombres (5,5%).

Tabla 8. Porcentaje de personas mayores de 14 años que declaran que sufren bronquitis crónica. Cataluña, 2006

Bronquitis crónica	Hombres	Mujeres	Total
15-44 años	3,2	3,8	3,5
45-64 años	7,4	5,2	6,2
65-74 años	17,4	11,2	14,0
> 74 años	20,5	10,0	13,9
Total	6,9	5,6	6,2

Fuente: ESCA 2006. Departamento de Salud.

Tabla 9. Porcentaje de personas mayores de 14 años que declaran que sufren asma. Cataluña, 2006

Asma	Hombres	Mujeres	Total
15-44 años	4,8	5,9	5,3
45-64 años	4,4	5,8	5,1
65-74 años	7,9	10,1	9,1
> 74 años	12,1	9,3	10,3
Total	5,5	6,7	6,1

Fuente: ESCA 2006. Departamento de Salud.

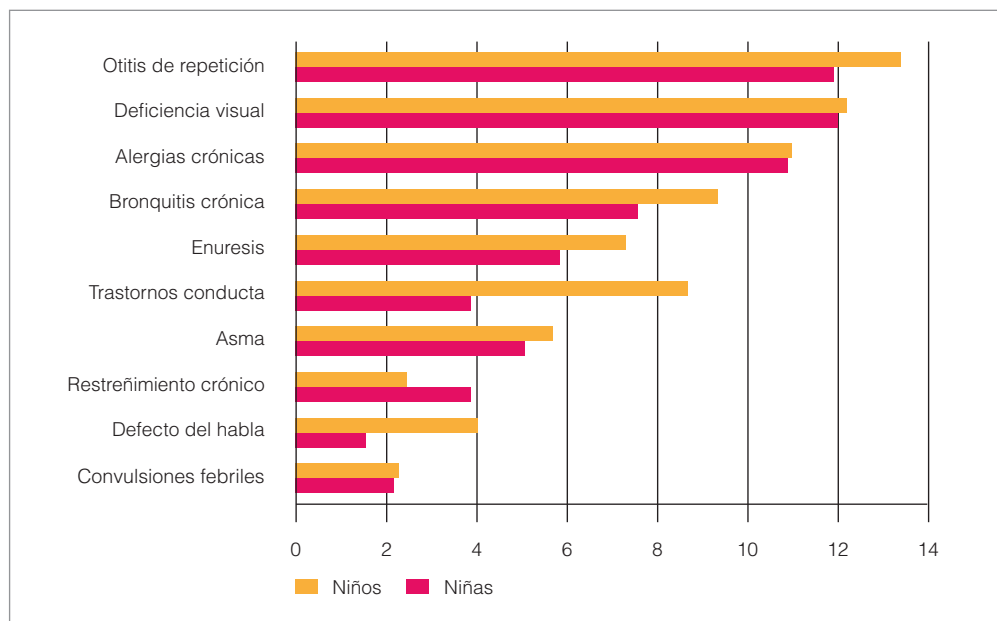
Tabla 10. Porcentaje de personas mayores de 14 años que declaran que sufren alergias crónicas. Cataluña, 2006

Alergias crónicas	Hombres	Mujeres	Total
15-44 años	16,3	17,9	17,1
45-64 años	13,6	17,6	15,7
65-74 años	11	19,8	15,7
> 74 años	11,1	14,8	13,4
Total	14,7	17,6	16,2

Fuente: ESCA 2006. Departamento de Salud.

En cuanto a la población infantil, cerca de un 8% de las niñas declara que padece bronquitis crónica o bronquitis de repetición, mientras que en los niños este porcentaje supera el 9%. El asma es otro de los problemas de salud respiratorios más declarado por parte de la población infantil (entre el 5% y el 6%), y es ligeramente más prevalente en los niños que en las niñas.

Gráfico 4. Porcentaje de los principales trastornos que declara la población de 0 a 14 años por sexo. Cataluña, 2006

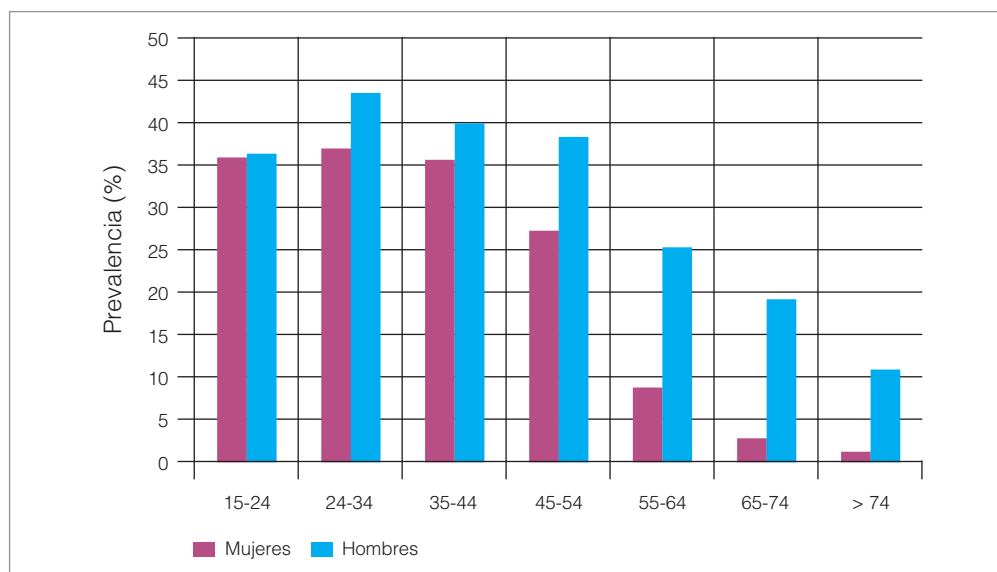


Fuente: ESCA 2006. Departamento de Salud.

5.4 Análisis de los datos sobre tabaquismo en Cataluña

El consumo de tabaco es la primera causa de muerte prematura previsible en los países desarrollados. La evolución del tabaquismo en los últimos años muestra una disminución del hábito en los hombres y un cambio de tendencia en el consumo de las mujeres, que desde 2006 muestra una disminución. Actualmente, la prevalencia de tabaquismo en Cataluña es inferior al 30%. Son muchos los factores que pueden haber influido en la tendencia favorable del consumo de tabaco, pero en cualquier caso se considera que el efecto de la ley de 2006 ha sido un hecho fundamental. Por sexos, los hombres fuman más que las mujeres en todos los tramos de edad.

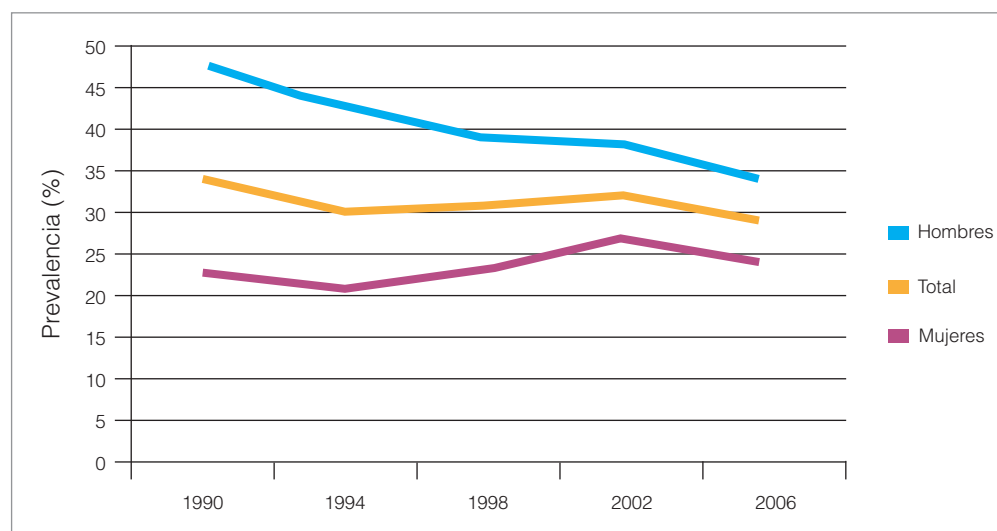
Gráfico 5. Prevalencia de tabaquismo* por grupos de edad y sexo. Cataluña, 2006



Fuente: ESCA 2006. Departamento de Salud.

*Fumadores diarios y ocasionales.

Gráfico 6. Evolución de la prevalencia de tabaquismo (fumadores diarios y ocasionales) en la población de 15 años y más, por sexo. Cataluña, 1990-2006



Fuente: Encuesta de tabaco de Cataluña, 1990 y 1998; y Encuesta de Salud de Cataluña 1994, 2002 y 2006. Departamento de Salud

El Departamento de Salud de Cataluña ha llevado a cabo un estudio sobre la mortalidad atribuible al tabaquismo en la población de Cataluña en el periodo 1998-2006, para conocer su evolución en los últimos años. En 1998 en Cataluña se produjeron 53.720 muertes en la población de más de 35 años, de las cuales, 8.604 (16,0%) se debieron al consumo de tabaco (7.136 hombres y 1.468 mujeres). En 2002 se produjeron 55.800 muertes en la población de más de 35 años, de las cuales, 9.073 (16,3%) fueron atribuibles al consumo de tabaco (7.282 hombres y 1.791 mujeres). En 2006 se produjeron 56.045 muertes por todas las causas en población de más de 35 años, de las cuales 8.673 (15,5%) se atribuyen al tabaquismo (6.984 hombres y 1.689 mujeres).

Se estima que en 2006 el 6% del total de las muertes de mujeres y el 20% de las de hombres fueron atribuibles al consumo de tabaco.

Según los últimos datos, en Cataluña cada año mueren 400 personas menos por causas atribuibles al consumo de tabaco (en 2006, 298 hombres y 102 mujeres). En 2006, el número total de muertes atribuibles al tabaquismo fue de 8.673 (6.984 hombres y 1.689 mujeres). Esto corresponde a un 15,5% del total de muertes en personas de 35 años o más.

En 2006 se vendieron en Cataluña 30.253.069 paquetes de cigarrillos menos que en 2005 y su desplome continuó durante 2007 y se ha estabilizado en 2008. El consumo de cigarrillos por cápita ha pasado de 2.541 durante el año 2005 a 2.305 el año 2008.

Son muchas las acciones puestas en marcha para prevenir el tabaquismo. Entre otras, cabe destacar:

El programa "Atención primaria sin humo", junto con las sociedades científicas de atención primaria, ha elaborado y editado la Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo, que se ha distribuido en todos los CAP de Cataluña. .

La actividad asistencial relacionada con la ayuda para dejar de fumar se ha incrementado ligeramente. Durante 2008, con la ayuda de los profesionales de atención primaria del

ICS, un total de 47.261 personas dejaron de fumar. En cuanto a los hospitales, en el periodo 2006-2008, 1.313 pacientes ingresados recibieron ayuda para dejar de fumar. En las unidades especializadas todos los años se atiende a más de 2.100 pacientes. En este sentido, hay que hacer hincapié en la campaña informativa y de sensibilización sobre los efectos del humo del tabaco “El humo es fatal”. El objetivo es promover actitudes y comportamientos asertivos en las personas no fumadoras para evitar y reducir la exposición al humo, y de respeto y adhesión a la normativa vigente, y aumentar la utilización de los recursos asistenciales para dejar de fumar, como la línea telefónica Sanidad Responde.

El programa “Embarazo sin humo”, llevado a cabo en los centros de asistencia a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) y en los centros de atención primaria (CAP) de Cataluña. También cabe destacar la décima semana sin humo “La vida sin humo sabe mejor”, una iniciativa organizada por el Grupo de Atención Primaria de Abordaje al Tabaquismo (GRAPAT), la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC) y el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, junto con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y el Programa de actividades de promoción y prevención de la salud (PAPPS).

Desde la vertiente de la prevención primaria, el Plan director está trabajando con la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud en el Plan de deshabituación tabáquica en pacientes con EPOC en la fase de agudización de la enfermedad a su ingreso hospitalario (PDT-MPOC). Esta iniciativa se desarrollará a partir de septiembre de 2010 en cinco centros hospitalarios de la denominada Red de hospitales sin humo, que tendrá continuidad una vez los pacientes sigan su recorrido en otros dispositivos asistenciales del sistema sanitario (atención primaria y atención especializada). Este programa podrá incluir la financiación, si es necesario, del tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica.

Por otra parte, el Departamento de Salud mantiene la actividad inspectora con una media de 11.000 inspecciones anuales a varios establecimientos, el 14% de las cuales han generado varios expedientes por incorrecciones. Desde el 1 de enero de 2006 (fecha de entrada en vigor de la ley 28/2005, de medidas frente al tabaquismo) hasta el 31 de marzo de 2009, se han hecho 35.890 inspecciones, 5.143 de las cuales han mostrado incorrecciones.

5.5 Los indicadores relativos a los dispositivos de atención primaria

Los datos que se presentan a continuación provienen de los equipos de atención primaria del Institut Català de la Salut (ICS). En atención primaria, los casos incidentes de EPOC están experimentando una ligera disminución y la tendencia a usar la espirometría en el momento del diagnóstico de EPOC y asma aumenta. En 2007, el uso de la espirometría en el momento del diagnóstico de la EPOC se registraba en la historia clínica informatizada en un 33% de los nuevos casos de pacientes con EPOC diagnosticados en atención primaria, mientras que en 2009 ese porcentaje aumentó hasta el 40,8%. En cuanto al uso de la espirometría en el momento del diagnóstico del asma en atención primaria, en 2007 se hacía al 7,8% de la población, mientras que en 2009 se duplica este porcentaje y se alcanza el 16,3% de casos incidentes. Cabe destacar que en 2007 el proceso de informatización de los equipos de atención primaria (EAP) no era efectivo para la totalidad de dispositivos asistenciales, por lo que los datos de este año no reflejan el porcentaje de la práctica clínica per se, sino que son más cercanos al nivel de registro de esta práctica. En 2009 el grado de informatización de la totalidad de los EAP era lo suficientemente exhaustivo. Este hecho permitió, entre otros, el vertido de los datos referentes a la espirometría al sistema

informático de los centros de atención primaria (e-CAP). Sin embargo, esta transferencia aún no es automática y, por este motivo, en cuanto a los datos del nivel de registro de la espirometría, se podría encontrar una situación de subregistro.

Tabla 11. Evolución de la actividad efectuada en atención primaria en relación con la asistencia a las enfermedades respiratorias. Cataluña, 2007-2009

	2007	2009*
Número de diagnósticos de EPOC (prevalentes)	83.455	105.947
Número de diagnósticos de EPOC (incidentes)	14.636	12.286
Espirometría en el diagnóstico de la EPOC	4.855	5.012
Número de fumadores	614.605	682.162
Número de deshabituaciones el último año	38.222	47.901
Número de diagnósticos de asma (incidentes)	15.022	12.821
Espirometrías en el momento del diagnóstico de asma	1.174	2.088
Formación y verificación de la técnica inhalante en la EPOC	21.244	65.319

Fuente: Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria (SISAP); ICS, 2007-2009.

* Los datos de 2009 corresponden al análisis del corte hecho al final del primer trimestre (marzo 2009).

EPOC: Del estudio de las historias clínicas de atención primaria de los centros del ICS (equivalente aproximadamente al 80% de la atención primaria de Cataluña) se desprende que hay 113.900 historias clínicas donde consta el diagnóstico de **EPOC**. De estas, en el 24% de los casos consta la realización de una espirometría en el momento del diagnóstico. También se observa que aproximadamente en el 23% de los casos se han prescrito inhaladores para el tratamiento de la EPOC y que aproximadamente un 66% de los pacientes diagnosticados han sido vacunados de la gripe común y han recibido profilaxis antineumocócica (esta última en una proporción algo menor). En cuanto a la formación y la verificación de la técnica inhalante en la EPOC, se ha producido un incremento de esta actividad correspondiente al 67% (en 2007 solo constaba esta verificación en 21.244 historias clínicas mientras que en 2009, 65.319 pacientes con EPOC han recibido formación y verificación del uso y la técnica de los inhaladores).

Asma: En cuanto al **asma**, de las 152.588 historias clínicas en población adulta en las que consta este diagnóstico, solo figura la realización de la espirometría diagnóstica en el 10% de los casos y en una tercera parte de los pacientes se han prescrito fármacos inhalados. En el asma infantil, la espirometría consta solo en el 4,4% de las 41.687 historias clínicas.

Si analizamos los datos referentes a la vacunación de la población general y según datos de los sistemas de información de atención primaria del ICS, el 6% de la población entre 15 y 59 años ha recibido la vacuna de la gripe, mientras que la cobertura en la población mayor de 59 años es del 57%. Finalmente, hay que remarcar que al 15% de los adultos (mayores de 15 años) atendidos en atención primaria, se les ha administrado la vacuna neumocócica, mientras que la cobertura en la población asignada mayor de 59 años es del 56%. Estos datos concuerdan con la información facilitada por la evaluación del contrato de la compra de servicios de los proveedores de atención especializada y primaria. Según datos de esta última fuente, en 2009 la prevalencia de pacientes exfumadores era del 35,2% (entendiendo como paciente exfumador aquel que se ha abstenido del hábito tabáquico durante un año o más). Por otra parte, el porcentaje de ceses tabáquicos en los dispositivos de atención primaria ha registrado un aumento de un 25% en los dos últimos años.

En cuanto a los datos declarados por los proveedores de atención especializada y obtenidos a partir de la evaluación de la parte variable del contrato de compra de servicios de CatSalut de los años 2006 a 2008, observamos que el porcentaje de reingresos urgentes a los 30 días del alta por EPOC presenta una tendencia a la reducción. En 2008 este porcentaje era cercano al 11%. Cabe mencionar que, según se ha comentado en el apartado quinto de este documento (análisis de situación) y, más concretamente, en el análisis de la morbilidad, el mismo indicador para el año 2007 y según datos del CMBDAH, era del 15%. Este dato no parece discordante con el 7,2% que refleja la evaluación del contrato de servicios, dado que esta evaluación no se hizo sobre la totalidad de los proveedores de atención especializada, mientras que los datos facilitados por el CMBDAH comprenden el 100% de los centros hospitalarios de la XHUP. En cuanto a los datos sobre la resolución de los programas de CDR para cáncer de pulmón y, en concreto, cuando se evalúa el porcentaje de pacientes con tiempos inferiores a los 15 y 30 días desde que entran en el programa hasta que reciben tratamiento, podemos llegar a la conclusión de que se observa un incremento de este indicador para el periodo 2006-2008. Así pues, en 2008 casi el 57% de los pacientes que entran en un programa de CDR de cáncer de pulmón reciben tratamiento en un intervalo inferior a los 15 días, y casi un 60% lo hacen en un intervalo menor a 30 días. Este último dato parece coherente con los facilitados posteriormente por el mismo indicador (véase el apartado 5.6.3 de este documento), según los datos oficiales de las listas de espera para el CDR de cáncer de pulmón.

Tabla 12. Evolución de los principales indicadores de la evaluación de la compra de servicios de atención primaria y especializada para enfermedades respiratorias. Cataluña, 2006-2008

Indicador	2006	2007	2008
Atención primaria			
Cobertura vacunal antigripal en la población de 60 años o más asignada (porcentaje de personas) <i>Referencia: 85% (población de riesgo)</i>	57,40%	56,60%	57,50%
Cobertura vacunal antineumocócica en la población de 60 años o más asignada (porcentaje de personas)	46,70%	52,80%	56,00%
Pacientes exfumadores <i>Referencia: 35%</i>	32,60%	28,40%	35,20%
Atención especializada			
Porcentaje de reingresos urgentes para EPOC	11,8%	7,2%	10,6%
Casos de cáncer de pulmón con intervalo de tiempo desde la entrada en el Programa de circuito de diagnóstico rápido hasta el diagnóstico, inferior a 15 días (porcentaje de casos)	47,7%	53,3%	56,9%
Casos de cáncer de pulmón con intervalo de tiempo desde la entrada en el Programa de circuito de diagnóstico rápido hasta el tratamiento, inferior a 30 días (porcentaje de casos)	31,8%	46,1%	59,5%

Fuente: Evaluación de la parte variable del contrato de la compra de servicios. CatSalut, 2006-2008.

Datos declarados por los proveedores.

5.6 Pruebas diagnósticas y listas de espera

5.6.1. Espirometría

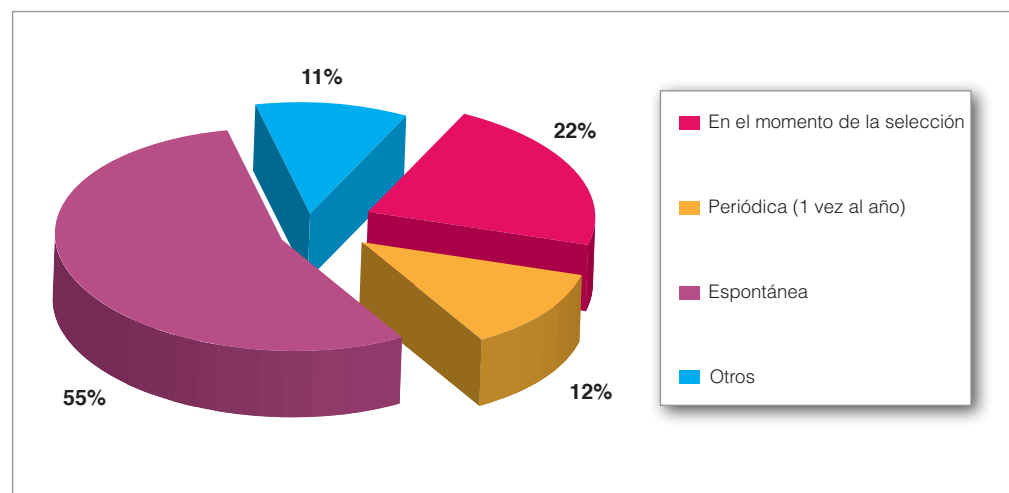
La espirometría o estudio de la función pulmonar es la herramienta indispensable para evaluar al enfermo respiratorio. A causa de las características de estos enfermos, es imprescindible disponer de espirometrías en todo el territorio y en todos los ámbitos asistenciales, con un nivel de calidad adecuado. Por ello, este ha sido uno de los primeros objetivos estratégicos y operativos que el Plan director se ha marcado en la fase inicial.

Las guías de práctica clínica aceptadas mundialmente para el tratamiento de la EPOC y el asma (GOLD y GINA) establecen la espirometría como una herramienta fundamental para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de los pacientes con estas patologías. Por tanto, una infrutilización de esta prueba puede conllevar un infradiagnóstico de estas enfermedades, con todas las consecuencias que ello pueda acarrear. Por otro lado, hay artículos que muestran una infrutilización de la espirometría en el ámbito hospitalario en la atención a los enfermos con EPOC cuando se comparan con el uso de pruebas complementarias empleadas en otras patologías (como la ecocardiografía en la insuficiencia cardiaca).

Así pues, dado que el estudio de la función pulmonar es indispensable para la evaluación de los pacientes con enfermedades respiratorias, parece razonable que el punto de partida para cualquier proyecto sea el acceso a las herramientas diagnósticas básicas. A pesar de ello, estudios efectuados en nuestro medio demuestran la existencia de varias causas por las que no se realizan suficientes espirometrías en atención primaria. La falta de formación es la causa en el 35,1% de los casos, la falta de personal, en el 21,4%, y la de tiempo, en el 19,9% de los casos. En el 10,6% de los casos se prefiere derivar el paciente al especialista.

En cualquier caso, la formación y la rotación de profesionales son dos problemas relacionados con el número y la calidad de espirometrías disponibles para los profesionales. De hecho, los resultados de una encuesta hospitalaria sobre la extensión y el uso de la espirometría en los centros de Cataluña elaborada por el Plan director evidencia este hecho, dado que un 55% de los profesionales que hacen espirometrías en los hospitales acceden a la formación de una manera no reglada.

Gráfico 7. Distribución del tipo de formación recibida por los profesionales que hacen espirometrías en los hospitales de la red de utilización pública. Cataluña, 2009



Fuente: encuesta realizada por el PDMAR en los hospitales de la XHUP. Cataluña, 2009

Del mismo modo que se evidencia una falta de formación de los profesionales que se dedican a hacer este tipo de pruebas, también se ha detectado una variabilidad de la práctica de la espirometría en todo el territorio de Cataluña. Este hecho se constata a través de los resultados de la encuesta anteriormente citada, dirigida a los 65 hospitales de la XHUP el primer semestre de 2009, donde se pretendía analizar específicamente aspectos relacionados con el número de espirometrías que se hacen, quién las hacía, la formación que recibía ese personal, cómo se trataban los datos obtenidos y la información sobre el control de calidad realizado.

El análisis del número de espirometrías hechas en los hospitales muestra una variabilidad importante del número de espirometrías que se realizan en los hospitales, que va desde una por cada 100 habitantes en las regiones sanitarias de Lleida y Tarragona, a 1,6 por 100 habitantes en la región sanitaria de Girona. A causa de la elevada concentración de habitantes en el área metropolitana de Barcelona, se analizaron los datos de la región sanitaria de Barcelona y posteriormente se efectuó un análisis desagregado a partir de los distintos sectores sanitarios en que se encuentra sectorizada dicha región sanitaria.

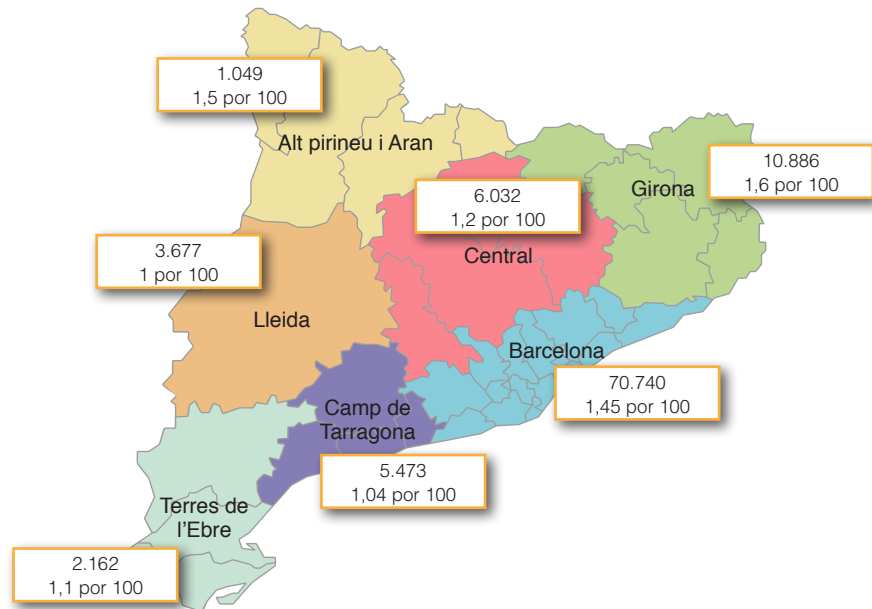
Dentro de la región sanitaria de Barcelona también se constata una diversidad en la distribución del número de espirometrías por cada 100 habitantes, que va de 0,47 por 100 habitantes en el Vallès Oriental, a 2,67 por 100 habitantes en el Baix Llobregat ($p < 0,05$).

Estas variaciones no se explican según la proximidad a hospitales terciarios o áreas metropolitanas o rurales. En ese mismo estudio se constató la existencia de la gran variabilidad que se da en las diversas zonas del área metropolitana de Barcelona. Así, en la región del norte de Barcelona (Barcelonès Nord y Maresme) se hacen significativamente menos espirometrías que en la región sur (Metropolitana Sur).

Pese a que no disponemos de un estándar del número de espirometrías ideal por 100 habitantes, los resultados de esta encuesta evidencian una variabilidad territorial importante, que puede estar relacionada con posibles implicaciones en la variabilidad del enfoque de los pacientes respiratorios en el ámbito hospitalario.

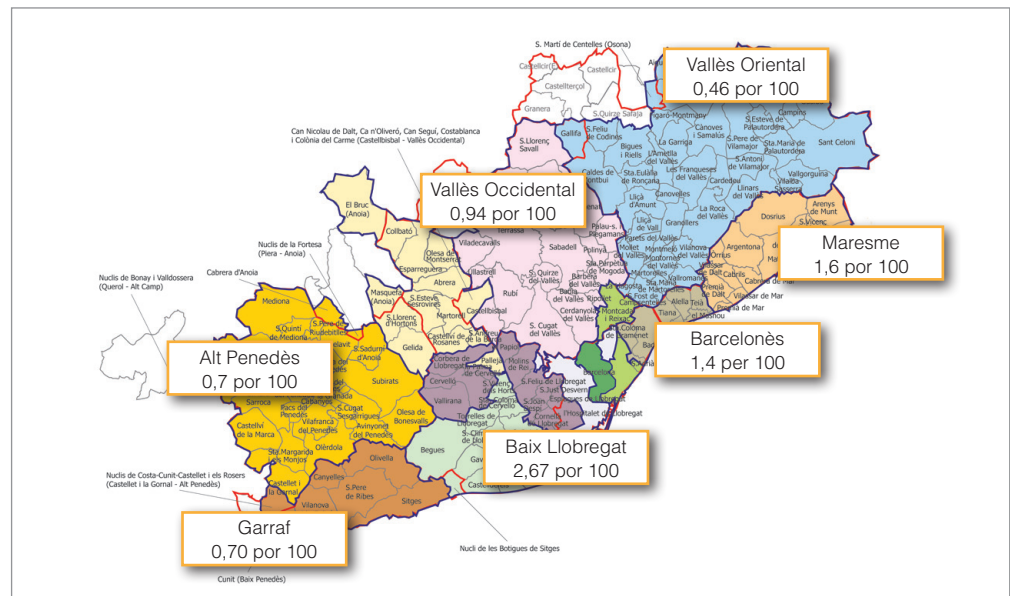
Otros resultados que se derivan de este estudio son que únicamente el 21,5% de los profesionales que hacen espirometrías han recibido una formación previa al inicio de esta actividad. Se constata también que en un 30% de los hospitales los datos de la espirometría se incluían automáticamente en la base de datos del hospital. Estos dos últimos puntos ponen de manifiesto la necesidad de promover programas de control de calidad de las espirometrías.

Figura 3. Número de espirometrías por 100 habitantes en las distintas regiones sanitarias. Cataluña, 2009



Fuente: encuesta realizada por el PDMAR en los hospitales de la XHUP. Cataluña, 2009.

Figura 4. Número de espirometrías por 100 habitantes en los diferentes sectores sanitarios de la región sanitaria de Barcelona (RSB), 2009



Fuente: encuesta realizada por el PDMAR en los hospitales de la XHUP. Cataluña, 2009.

5.6.2. Estudios del sueño

Otra prueba diagnóstica muy empleada en el ámbito clínico de la patología respiratoria es la polisomnografía, muy útil y fundamental para detectar los trastornos respiratorios relacionados con el sueño. El estudio polisomnográfico es una prueba neurofisiológica y respiratoria continua y supervisada del ciclo vigilia-sueño, en el que se registran, entre otros parámetros, la actividad electroencefalográfica, electrocardiográfica y los movimientos oculares, el flujo de aire, la saturación de oxígeno y la presencia de ronquidos.

La polisomnografía basal está indicada cuando se presenta alguna de las alteraciones siguientes: ipersomnia diurna (somnolencia excesiva), ronquidos y periodos de apnea percibidos por los pacientes o por terceros, hipertensión arterial de difícil manejo, hipertensión pulmonar, corazón pulmonar o eritrocitosis de causa no aparente, en casos de trastornos de inicio y mantenimiento del sueño en que se sospeche una patología, evaluación de un insomnio persistente crónico que no responde al tratamiento inicial o bien seguimiento de trastornos del sueño diagnosticados mediante una polisomnografía previa.

Los diagnósticos más frecuentemente obtenidos a través de la polisomnografía son, además del insomnio, la narcolepsia, la epilepsia o algunas parasomnias, los trastornos respiratorios producidos durante el sueño. Entre ellos, los que se detectan más habitualmente son la apnea y/o hipopnea del sueño, obstructiva o central.

Los últimos datos disponibles del corte oficial corresponden al registro sanitario de las listas de espera de intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas correspondientes a diciembre de 2009 (últimos datos disponibles en el momento de la edición de este documento), e indican que la accesibilidad por parte de los usuarios del sistema catalán de salud a la realización de este tipo de pruebas es, en líneas generales, todavía mejorable, pese a que se observa una heterogeneidad clara según la región sanitaria dónde se atiende a los pacientes que hace difícil juzgar las posibles causas de este hecho. Sin embargo, se puede decir que tanto las listas de espera como los tiempos de espera para la realización de polisomnografías en los centros hospitalarios catalanes han mejorado en los últimos meses con respecto a los datos del mismo periodo de 2008. En 2009 se observan reducciones en las listas y los tiempos de espera en algunas regiones de Cataluña, como en la región sanitaria de Lleida y de Terres de l'Ebre, respecto a los datos de 2008.

Los datos de la región sanitaria de Alt Pirineu y Aran sugieren que muy probablemente los pacientes residentes son atendidos en la región sanitaria de Lleida, que es, después de Camp de Tarragona, la segunda que presenta una mejor resolución para la realización de polisomnografías, con una media inferior a cuatro días en el tiempo de espera. A excepción de las regiones sanitarias con mayor volumen de asegurados (Barcelona y Catalunya Central), Girona con 142 pacientes en lista de espera y Terres de l'Ebre con 75 son las dos regiones sanitarias con listas de espera moderadas. Los tiempos, sin embargo, son bastante diferentes. Un paciente de Girona tendrá que esperar de media dieciocho días para poder hacerse una polisomnografía, mientras que un paciente de Terres de l'Ebre tendrá que esperar unos tres meses. Probablemente será necesario revisar los circuitos de derivación de los pacientes de esta región a la región sanitaria de Camp de Tarragona o Lleida dado que cuentan con unas listas de espera y un tiempo de resolución más cortos.

La región sanitaria de Barcelona, a causa del volumen de población de referencia (5 millones de pacientes asegurados según datos de 2010) merece una mención aparte. A pesar de la elevada lista de espera (3.407 pacientes en diciembre de 2009), un asegurado residente en Barcelona deberá esperar de media unos cincuenta días para poder hacerse una polisomnografía en cualquier centro de la XHUP de Barcelona y su área metropolitana.

Será necesario un estudio más detallado a fin de detectar posibles mejoras en el flujo de derivación de pacientes para poder reducir aún más las listas y los tiempos de espera para la realización de una polisomnografía, punto clave en el proceso diagnóstico de una patología prevalente como la SAOS.

Tabla 13. Evolución de las listas de espera y media de tiempo de espera para la realización de polisomnografías. Cataluña, 2009

	Lista de espera (pacientes)	Media tiempo de espera (días)
Región Sanitaria Alt Pirineu i Aran	0	0
Región Sanitaria Lleida	12	3,7
Región Sanitaria Camp de Tarragona	8	0
Región Sanitaria Terres de l'Ebre	75	100
Región Sanitaria Catalunya Central	467	125
Región Sanitaria Barcelona	3.407	53
Región Sanitaria Girona	142	17,7
Total Cataluña (media)	4.111	130

Fuente: registro sanitario de listas de espera. Área de Servicios y Calidad. CatSalut, datos correspondientes al corte oficial de diciembre de 2009.

5.6.3. Circuito de diagnóstico rápido (CDR) del cáncer de pulmón

El objetivo del CDR es reducir el retraso (tiempo transcurrido) atribuible a los servicios sanitarios, entre la sospecha fundamentada de cáncer y el diagnóstico y el tratamiento. Este mecanismo organizativo combina el acceso rápido de los pacientes con sospecha fundamentada de cáncer que pasa consulta en la atención primaria con la utilización de la consulta externa y la hospitalización de día y, por otra parte, también con el establecimiento de circuitos preferentes para la realización de las exploraciones diagnósticas.

Se determina como objetivo asistencial un tiempo inferior a treinta días desde la visita por una sospecha fundamentada de cáncer hasta el inicio del tratamiento.

Los indicadores de seguimiento del CDR para 2008 muestran, en general, una evolución muy positiva respecto a los resultados de 2007. En Cataluña, en 2008 se incluyeron 3.662 pacientes en el CDR para cáncer de pulmón. Esto representa un incremento del 23% respecto a los 2.819 incluidos en 2007. Se ha reducido la media de tiempo de espera entre la entrada de los pacientes al CDR y el inicio del tratamiento. En 2008 era de 32,5 días, mientras que el año anterior era de casi 39 días. También se ha conseguido reducir el tiempo de espera para acceder al CDR de cáncer de pulmón. En Cataluña, en 2008, en el 58% de los casos el tiempo de espera fue inferior a 30 días, mientras que el año 2007 este indicador era del 48%. También es muy positiva la reducción del porcentaje de pacientes con tiempo de espera más largos (45 días), de casi 10 puntos (el 22,5% en 2008 en comparación del 31,43% de 2007).

Tabla 14. Indicadores de seguimiento del CDR de cáncer de pulmón. Cataluña, 2007-2008

Indicador	2007	2008
Número de pacientes incluidos en el CDR	2.819	3.662
Número de pacientes incluidos en el CDR que cumplen criterios de inclusión	2.006	3.159
Porcentaje de pacientes incluidos en el CDR que cumplen criterios de inclusión	71,16%	85,52%
Media de tiempo entre la entrada en el CDR y el inicio del tratamiento (días)	38,88	32,25
Porcentaje de casos con intervalo < 30 días entre la entrada en el CDR y el inicio del tratamiento	48,20%	57,93%
Porcentaje de casos con intervalo entre 30 y 45 días entre la entrada en el CDR y el inicio del tratamiento	20,36%	19,54%
Porcentaje de casos con intervalo > 45 días entre la entrada en el CDR y el inicio del tratamiento	31,43%	22,53%

Fuente: informes de seguimiento del CDR. División de Evaluación de Servicios. CatSalut, 2007-2008.

5.7 Terapias respiratorias domiciliarias

Con el nombre de terapias respiratorias domiciliarias (TRD) se agrupan a todos los servicios terapéuticos indicados para el tratamiento de afecciones respiratorias, apoyo ventilatorio y control de los distintos parámetros indicativos de alteraciones en la oxigenación.

Los servicios de atención domiciliaria se desarrollan con prescripción médica facultativa expresa, y es el médico especialista quien detalla la terapia necesaria, los parámetros y la duración de la asistencia. Esta asistencia domiciliaria aporta ventajas al paciente en un determinado tipo de patologías, como en las respiratorias, proporciona más comodidad y atención individualizada y protocolizada.

En 2009 se incluyeron cerca de 73.500 pacientes en programas de terapias respiratorias domiciliarias. El primer tipo de TRD más prescrita es la destinada a tratar a los pacientes con apnea del sueño. En 2009 se prescribieron 50.835 aparatos de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP). En cuanto al segundo tipo de TRD, cerca de 16.000 recibieron oxigenoterapia con concentrador en un 80% de los casos (12.499 pacientes) y el resto, unos 3.467 pacientes, recibieron oxígeno líquido. El tercer tipo de TRD más prescrita es el aerosolterapia, con unos 3.806 pacientes incluidos en 2009. Seguidamente encontramos la ventilación mecánica de 12 y 14 horas, con unos 2.196 pacientes, y en último lugar el monitoreo de la apnea infantil con unos 787 pacientes. En 2007 CatSalut destinó 27,8 millones de euros para financiar la práctica de las TRD, un 7,6% del total de presupuesto de la atención especializada destinado a las enfermedades respiratorias y un 4% del total del presupuesto destinado a enfermedades del aparato respiratorio.

Tabla 15. Terapias respiratorias a domicilio. Cataluña, 2009

Terapia respiratoria domiciliaria	Prescripción (%)
CPAP	69
Concentrador	17
Líquido	5
Ventilación	3
Nebulizadores	5
Monitoreo	1

Fuente: División de Evaluación de Servicios. CatSalut, 2009.

5.8 Impacto económico y costes sanitarios relacionados con las enfermedades del aparato respiratorio

La evaluación de la distribución del presupuesto es una herramienta importante en el análisis de la situación y la planificación de los servicios sanitarios. Esta evaluación económica ha sido, por tanto, un elemento importante en el análisis de la situación del Plan director de Enfermedades del Aparato Respiratorio. Según otro estudio, en 2008 el 9,3% del presupuesto de CatSalut se destinó a la atención de las enfermedades del aparato respiratorio. De este presupuesto, cerca del 52% se destina a la atención especializada, un 24% a la atención primaria y un 24,3% a la atención farmacéutica. Del total del presupuesto reservado a la atención especializada de las enfermedades del aparato respiratorio, un 86,3% se destina a la atención hospitalaria, un 7,6% al oxigenoterapia y el 5,5% restante a los dispositivos sociosanitarios.

Según un estudio realizado en la comarca del Baix Empordà sobre el impacto de la morbilidad en las pérdidas para la economía catalana en el marco de una atención

sanitaria integrada, las defunciones prematuras por causa de las enfermedades del aparato respiratorio representaron el año 2004 una pérdida en la productividad de 76,4 millones de euros (un 4,5% del total). Asimismo, se estima que el coste sanitario ocasionado por la EPOC es de 2 millones de euros, mientras que el del asma es de cerca de tres cuartas partes del millón de euros.

6. Líneas estratégicas

6. Líneas estratégicas

El Plan director de enfermedades respiratorias se apropia y asume dentro de sus propios objetivos estratégicos y operativos los que marca el Plan de salud de Cataluña en todas las áreas de actuación relacionadas con la prevención y tratamiento de las patologías respiratorias. En este sentido, hay que apuntar los objetivos siguientes:

- Reducir la mortalidad por gripe, enfermedad infecciosa aguda del aparato respiratorio y neumonía en un 10% entre la población de 60 años y más.
- Reducir la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre la población de más de 40 años en un 10%..
- Reducir la prevalencia de tabaquismo hasta el 28% entre la población de 15 años y más.
- Reducir la prevalencia de tabaquismo hasta el 32% entre los jóvenes de 15 a 24 años.
- Reducir la prevalencia de tabaquismo hasta el 22% entre las mujeres de 15 años y más.
- Reducir la prevalencia de tabaquismo hasta el 34% entre los hombres de 15 años y más.
- Alcanzar una proporción de cese tabáquico del 35% en la población de 15 años y más.
- Reducir por debajo del 16% la prevalencia de personas entre 18 y 74 años absolutamente sedentarias.
- Disminuir en un 10% la prevalencia de personas entre 18 y 74 años que tienen un nivel insuficiente de actividad física durante el ocio.
- Aumentar en un 20% la prevalencia de personas entre 18 y 74 años que caminan 30 minutos al día como mínimo.
- Aumentar por encima del 14% la prevalencia de personas entre 18 y 74 años que realizan actividades físicas de ocio de intensidad moderada cinco veces o más por semana o una cantidad equivalente.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN 2010-2012

6.1. Enfoque preventivo de las enfermedades del aparato respiratorio

Objetivo general

Mejorar los resultados en salud de las enfermedades respiratorias mediante medidas preventivas

Justificación

La prevención es una de las intervenciones en salud pública más eficientes a la hora de evitar, disminuir o retrasar problemas de salud. Las enfermedades respiratorias, por su componente de cronicidad, son un conjunto de entidades clínicas con factores de riesgo conocidos y establecidos y, por tanto, susceptibles de obtener buenos resultados con las acciones preventivas, de eficacia y efectividad documentadas, puestas en marcha en este entorno.

Objetivos específicos

- Promover la deshabituación tabáquica de los enfermos con EPOC.
- Incrementar la promoción de la actividad física en enfermos con patología respiratoria.
- Promover la vacunación en enfermos respiratorios de acuerdo con las recomendaciones del Programa de vacunaciones del Departamento de Salud.

Proyectos

- Trabajar junto a la dirección General de Salud Pública en las áreas comunes susceptibles de establecer colaboraciones.

Actuaciones

- Diseñar e implementar experiencias modelo para la deshabituación tabáquica aprovechando el ingreso por descompensación grave de la EPOC, así como una estrategia de deshabituación tabáquica en el momento del diagnóstico. En este sentido, el Plan director trabajará con la Dirección General de Salud Pública en el Plan de deshabituación tabáquica en Pacientes con EPOC en la fase de agudización de la enfermedad en su ingreso hospitalario (PDT-MPOC) en el ámbito de la red de hospitales sin humo.
- Crear una unidad didáctica para promover la intervención sobre tabaquismo en pacientes respiratorios.
- Diseñar un programa de actividad física para pacientes con EPOC.
- Promover la vacunación en enfermos respiratorios asumiendo las recomendaciones del Programa de vacunaciones del Departamento de Salud:
 - Gripe: se recomienda la vacunación de las personas de cualquier edad (mayores de 6 meses) con enfermedades respiratorias crónicas, incluido el asma. A partir de los 60 años, a todas las personas.
 - Neumocócica 23-valente: e recomienda la vacunación de las personas de 5 años o más de edad con enfermedades respiratorias crónicas. A partir de los 60 años, a todas las personas.
 - Neumocócica conjugada: actualmente el Departamento solo recomienda la vacunación (con vacuna conjugada 13-valente) en los niños de 2 meses a 5 años con patologías de base que sean factor de riesgo. Los grupos de riesgo siguen siendo los que se establecieron en 2001 para la vacuna heptavalente. Se incluye la enfermedad crónica respiratoria, pero el asma queda excluido de las recomendaciones.

6.2. Accesibilidad y calidad de las pruebas diagnósticas, en especial de la espirometría

Justificación

La espirometría es la prueba diagnóstica principal de la patología respiratoria, pero los escasos datos disponibles muestran unos niveles de utilización, incluso en pacientes respiratorios, muy bajos. Hay suficiente evidencia científica, corroborada con un estudio impulsado por el Plan director, sobre la realidad de la práctica de espirometría en los hospitales y los centros de atención primaria de Cataluña, para concluir que muchos enfermos con asma o EPOC están infradiagnosticados y, en consecuencia, infratratados. Para asegurar que la herramienta diagnóstica se ejecuta con unos criterios de calidad, hay que poner en marcha un programa de formación dirigido a los profesionales que hacen estas pruebas, con un contenido reglado y estandarizado a fin de asegurar una práctica homogénea y de calidad en todo el territorio.

Objetivo general

Mejorar el acceso a la espirometría y alcanzar una espirometría de calidad en todo el territorio.

Objetivos específicos

- Hacer una encuesta para explorar la situación actual de la práctica de la espirometría en Cataluña.
- Mejorar la formación de los profesionales que tienen que hacer espirometrías a través del diseño de un curso con unos contenidos estandarizados.
- Crear redes territoriales para hacer efectivo el control de calidad de las espirometrías.

- Incrementar la práctica de espirometría de calidad en el momento del diagnóstico en pacientes con EPOC y asma.

Actuaciones

- Elaborar una encuesta sobre la práctica de la espirometría en los hospitales y otra en la atención primaria.
- Diseñar un curso de formación estándar para la realización de espirometrías y definir un procedimiento de formación de formadores.
- Crear redes con profesionales de diferentes niveles asistenciales que regularmente hagan el control de calidad de las espirometrías efectuadas en el territorio, mediante procedimientos telemáticos.
- Incrementar la práctica de la espirometría en pacientes con EPOC y asma en el momento del diagnóstico.

6.3. Atención a los pacientes con EPOC durante la agudización grave

Justificación

La EPOC es una de las patologías respiratorias más frecuentes y la que deteriora más la calidad de vida de las personas que la padecen. El curso evolutivo de la enfermedad es en forma de agudizaciones que, en gran manera, se pueden evitar. Aparte de los riesgos directamente relacionados con la exacerbación y el impacto para el paciente y el sistema sanitario, hay que considerar dos aspectos: los reingresos y el impacto global sobre el sistema sanitario. Desde un punto de vista teórico, en la exacerbación de la EPOC hay diferentes fases en las que se puede intervenir de forma activa:

- a) Días previos al ingreso (los pacientes con EPOC suelen presentar síntomas entre 4-8 días antes del ingreso por exacerbación y durante este periodo se supone que entran en contacto repetidamente con el sistema sanitario).
- b) Atención aguda durante la exacerbación. La mayor parte de veces esta atención se da en los servicios hospitalarios de urgencias. El proceso de toma de decisiones no está estandarizado y en muchos casos los pacientes no reciben el tratamiento más adecuado en el momento oportuno (algunos pacientes podrían beneficiarse de ventilación no invasiva, por ejemplo).
- c) Atención durante y después de la hospitalización. Los pacientes con EPOC requieren planes de alta específicos que garanticen la continuidad asistencial.
- d) Una vez obtenida el alta hay que diseñar programas proactivos para evitar los reingresos hospitalarios.

Objetivo general

Mejorar la atención de los pacientes con agudización grave de la EPOC.

Objetivos específicos

- Analizar el proceso de atención a la agudización de la EPOC (identificar los factores que pueden prevenir la agudización de los enfermos con EPOC y mejorar la atención a la agudización y el alta de la EPOC).
- Diseñar un modelo de atención integrada de la EPOC y garantizar la continuidad asistencial.

Actuaciones

- Análisis de la agudización grave de la EPOC. Elaborar un documento técnico.
- Estudio sobre las necesidades de la ventilación no invasiva.
- Creación de un modelo de atención integrada en la EPOC.

- Difusión del modelo estándar para conseguir que cada región sanitaria la adapte según las necesidades y los recursos del territorio.
- Impulso a programas de hospitalización a domicilio y de alta precoz para enfermos con EPOC agudizada.

6.4. Atención a la patología del sueño

Justificación

La SAOS es, junto con el insomnio, el trastorno del sueño más frecuente. Se caracteriza por la presencia de apnea y/o hipopnea en un número superior a 10 episodios por hora. Afecta a predominantemente hombres con exceso de peso y con antecedentes de hipertensión arterial y afectación cardíaca coronaria. El diagnóstico se basa en una anamnesis detallada, una exploración física del paciente, seguida de una polisomnografía, que actualmente es la prueba diagnóstica de confirmación de la enfermedad. El tratamiento incluye tres enfoques: las medidas higienicodietéticas (pérdida de peso como principal factor para corregir), prescripción de CPAP (que es el tratamiento de elección en casos moderados y graves) y cirugía (cuando existen alteraciones anatómicas específicas). La patología del sueño es una patología frecuente que deteriora mucho la calidad de vida de las personas que la padecen. Es manejable, con un alto rendimiento terapéutico. El principal escollo radica, actualmente, en el diseño de un modelo asistencial que dé respuesta a las necesidades y las carencias actuales.

Objetivo general

Mejorar la atención de los pacientes con patología del sueño a través del diseño de un modelo asistencial.

Objetivos específicos

- Analizar la variabilidad de la prescripción.
- Diseñar una propuesta de modelo asistencial para abordar la patología del sueño.

Actuaciones

- Informe sobre la variabilidad de la prescripción.
- Creación de un grupo de trabajo específico para el enfoque de la patología del sueño y el síndrome del sueño obstructivo. Elaboración de un documento técnico del modelo de atención propuesto.

6.5. Atención a los pacientes asmáticos

Justificación

El asma bronquial es una patología respiratoria frecuente y que está incrementando en los últimos años.

Objetivo general

Mejorar la atención al paciente asmático a partir de la mejora del diagnóstico y el proceso de derivación de los pacientes con patología asmática, así como la mejora en la educación sanitaria de los pacientes y la formación de los profesionales.

Objetivos específicos

- Proponer el modelo de diagnóstico estructurado y el tratamiento de los niños con asma en Cataluña.
- Proponer el modelo de diagnóstico estructurado y el tratamiento de los adultos con

asma en Cataluña.

- Proponer un modelo para el seguimiento y la educación de los pacientes con asma.
- Elaborar recomendaciones para abordar el asma laboral.

Actuaciones

- Creación de un grupo de trabajo sobre asma infantil para elaborar un documento técnico con recomendaciones.
- Creación de un grupo de trabajo sobre asma de adultos para elaborar un documento técnico con recomendaciones.
- Creación de un grupo de trabajo para elaborar un documento técnico con las propuestas y el guión de los contenidos educativos para pacientes.
- Creación de un grupo de trabajo para elaborar un documento técnico con las propuestas y el guión de los contenidos educativos para profesionales.
- Creación de un grupo de trabajo que haga un estudio y unas recomendaciones para abordar la patología respiratoria ocupacional, con especial focalización en el asma laboral.

6.6. Atención a los pacientes con patología que requiere un enfoque especial y concreto

Justificación

Existen una serie de patologías y situaciones clínicas relacionadas con la salud respiratoria que requieren un enfoque muy específico y concreto. Por tanto, hay que diseñar actuaciones específicas y de un alcance determinado con una estrategia diferente en cada caso.

Objetivo general

Mejorar la atención de los pacientes con patología respiratoria muy específica que requiera actuaciones muy concretas.

Proyectos

Diseñar, proponer y elaborar recomendaciones o actuaciones concretas en ámbitos específicos de actuación para patologías respiratorias que a pesar de ser minoritarias o de volumen menor son trascendentes para los pacientes que las sufren y requieren un enfoque individualizado.

Actuaciones

- Recomendaciones específicas para el enfoque de:
 - La hipertensión pulmonar.
 - El diagnóstico rápido del cáncer.
 - La fibrosis quística.
 - Las enfermedades neuromusculares con afectación respiratoria.
 - Las terapias respiratorias a domicilio.
 - La alergia.

7. Modelo asistencial y criterios de planificación

7. Modelo asistencial y criterios de planificación

Plan director de enfermedades del aparato respiratorio se centra en la prevención y la atención integral sobre determinadas enfermedades respiratorias: la EPOC, la apnea del sueño obstructiva y el asma, principalmente. El objetivo de este capítulo es aportar elementos de referencia para la definición de los criterios de planificación de servicios para la atención de estas enfermedades en el marco del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio y el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública. El Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública se concibe como el instrumento principal de la planificación de servicios en Cataluña. Su elaboración requiere, como primer paso, junto con el análisis de la situación, la definición de criterios de planificación de servicios para evaluar las necesidades de despliegue y de adecuación de los recursos para dar respuesta a los problemas de salud de la población.

Los principios que orientan las políticas de salud y de servicios del sistema público de salud de Cataluña son la equidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la satisfacción de los ciudadanos con los servicios. En la planificación de servicios estos principios se traducen en tres elementos clave: la accesibilidad, en los diversos componentes (espacial, temporal, social y cultural), la calidad en el resultado y en el proceso de atención, y el coste de las intervenciones que hay que llevar a cabo en los diferentes tipos de servicios. El ejercicio de definición de criterios y la discusión de las propuestas de despliegue y de adecuación de los recursos se basa en la interrelación entre estos elementos, para que la atención se pueda dar lo más cerca posible del domicilio de las personas afectadas, en el momento oportuno, sin que se produzcan desigualdades entre grupos de población y territorios, pero garantizando la máxima calidad posible y con la alternativa más rentable.

El trabajo de definición de criterios de planificación de servicios para la atención a las enfermedades respiratorias se hará a través de una serie de grupos de trabajo, en los que participarán profesionales asistenciales del ámbito de la neumología, gestores de los servicios de emergencias, diferentes regiones sanitarias y profesionales de la Dirección General de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud. A través de estos grupos de trabajo se identificarán los servicios más adecuados para llevar a cabo las intervenciones priorizadas por el Plan director. Los resultados de las sesiones de trabajo permitirán establecer las orientaciones necesarias que hay que tener en cuenta en la definición de los criterios de planificación de servicios: ¿Qué intervenciones hay que considerar? ¿En qué servicios se deben llevar a cabo? ¿cuáles son los requerimientos principales de recursos que se pueden derivar? Y, ¿qué relaciones entre los distintos tipos de servicios se deben producir?

A grandes rasgos, fruto de la discusión preliminar de algunos grupos de trabajo puestos en marcha en la primera fase del Plan director se identifican carencias muy concretas que representan un denominador común en todos los ámbitos de la atención a las enfermedades del aparato respiratorio y que nos ayudan a identificar una serie de problemas de modelo asistencial que habrá que trabajar:

- La demanda asistencial en relación con las enfermedades del aparato respiratorio es considerable tanto en la atención primaria como en la atención especializada, con un importante peso de las agudizaciones de ciertas patologías que ocasionan un aumento de la frecuentación de los hospitales de agudos. Esta demanda presenta también una variabilidad territorial.
- Hay ciertos desequilibrios territoriales en la provisión de determinados servicios y en los modelos de atención. Es necesario un replanteamiento de la situación en algunos territorios y en ciertas patologías.

- Se constata una falta de criterios compartidos entre la atención primaria y la especializada y entre diferentes especialidades, sobre la cartera de servicios y la adecuación de la derivación en algunas patologías determinadas. Parece que en el caso del asma los criterios están claros y el escollo se centra más en la consolidación de los circuitos y la reorganización del sistema.
- Se detectan carencias puntuales en algunas patologías en la accesibilidad a determinados recursos de la atención especializada y se generan déficits en la continuidad asistencial porque hay poca coordinación entre niveles. A veces, la falta de definición y la fragmentación asistencial conlleva duplicidades innecesarias en la asistencia y en el consumo de recursos.
- Los actuales sistemas de información y colaboración entre la atención primaria y la especializada son mejorables a fin de lograr un buen nivel en la atención a las enfermedades respiratorias. Se hace patente una carencia en la evaluación de los resultados.
- Hay que incrementar el nivel de la formación de los profesionales, así como la de los pacientes para una gestión integral de patologías crónicas como la EPOC o el asma.

Por otro lado, y a partir de la información recogida en el análisis de la situación, se ha observado que existe un desequilibrio territorial en algunos aspectos fundamentales para la atención a las enfermedades del aparato respiratorio. Esto es muy relevante en aspectos tan fundamentales como el acceso a la espirometría forzada. Por este motivo, se han hecho estudios sobre la práctica de la espirometría en la atención hospitalaria y la atención primaria con el fin de analizar la situación en profundidad. Gracias a estos estudios sabemos que los servicios asistenciales disponen de los aparatos necesarios para hacer las espirometrías, pero se detecta una falta de formación reglada, poca permanencia del personal formado y ausencia de un sistema de control de calidad. El Plan director, a fin de corregir esta situación en el procedimiento diagnóstico más importante de la patología respiratoria, además de continuar en la profundización de la práctica forzada de las espirometrías, ha diseñado un curso de formación que ya se ha empezado a desplegar territorialmente y está promoviendo la incorporación de la espirometría en la historia clínica electrónica, a fin de facilitar tanto el diagnóstico de las enfermedades como el control de calidad de las pruebas mediante redes territoriales.

Una de las patologías respiratorias más relevantes es el asma. En parte relacionado con el punto anterior, se considera que existe un infradiagnóstico importante en el asma y que el modelo asistencial actual en Cataluña no es homogéneo. El Plan director ha creado un grupo de trabajo para enderezar este tema. En principio, el grupo se ha organizado en cuatro ámbitos que en el momento de editar este documento se encuentran en fases de desarrollo diferentes. En cualquier caso, ya se dispone de los documentos consensuados para abordar el asma infantil y realizar el seguimiento del asma. Se encuentra en fase avanzada el abordaje del asma del adulto y se iniciarán los trabajos para el asma laboral. Los consensos mencionados implican una visión territorial con el establecimiento de tareas específicas para los diferentes niveles asistenciales y los criterios de derivación. En este sentido, hay que citar también la implicación del Plan director en el desarrollo de un modelo asistencial para la patología alérgica.

El consumo de tabaco se considera el factor de riesgo vital más relevante de entre los conocidos para las enfermedades respiratorias. Entre sus efectos nocivos para la salud destaca el deterioro de la función pulmonar, que comporta lo que conocemos como EPOC. Esta enfermedad, además de ser una causa de muerte importante, representa la pérdida de la calidad de vida para las personas que la padecen. Como ya hemos

mencionado, es objetivo del Plan director colaborar con el Programa para la prevención del tabaquismo de la Dirección General de Salud Pública para prevenir los problemas respiratorios causados por el consumo de tabaco, tanto en el sentido de evitar el inicio en el consumo, como en el de fomentar el cese tabáquico en población sana o enferma. La EPOC evoluciona en forma de exacerbaciones y, desde un punto de vista asistencial, es importante prevenir los episodios de agudización y tratarlos de la forma más adecuada posible para intentar evitar el elevado número de ingresos hospitalarios que estos pacientes pueden ocasionar al sistema sanitario. En este sentido, la identificación a través del estudio de un número suficiente de casos, de los puntos clave de mejora asistencial, y la promoción de la deshabituación tabáquica en el momento del diagnóstico y en los episodios de agudización, son objetivos del Plan director.

La patología del sueño es un problema de salud que afecta a entre el 2% y el 4% de la población adulta. La confirmación diagnóstica se debe realizar mediante estudios respiratorios del sueño (en el hospital o en casa pero con el control de los especialistas hospitalarios). Actualmente, hay varios tratamientos pero la mayoría de pacientes deben emplear durante la noche los aparatos que generan presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP). Desde el punto de vista de la organización de la atención, el sistema sanitario debe resolver el reto del seguimiento a largo plazo de estos pacientes. La mayor parte de estos pacientes deben seguir el tratamiento de forma indefinida, por lo que la prevalencia aumenta progresivamente. En estos momentos los expertos están de acuerdo en que no hace falta incrementar el número de laboratorios hospitalarios para hacer los estudios del sueño, pero también coinciden en poner de manifiesto la necesidad de reordenar el seguimiento de estos pacientes. Una enfermedad tan prevalente como la patología del sueño debería fundamentar el seguimiento en los recursos de la comunidad (especialmente los dispositivos de atención primaria) con el apoyo de los especialistas. El Plan director trabajará en estas dos direcciones: optimizar los laboratorios del sueño actuales, y promover el trabajo en red y definir el papel de la atención primaria en el seguimiento de esta patología.

Las enfermedades minoritarias presentan rasgos comunes y necesidades compartidas: periodos prolongados de tiempo hasta que se llega al diagnóstico, dificultades de acceso a los núcleos de experiencia y, en muchos casos, desconocimiento de los problemas específicos de cada enfermedad en la mayor parte de los ámbitos asistenciales. La prevalencia de la hipertensión pulmonar (no secundaria a ninguna enfermedad previa) se sitúa entorno de 16 casos por millón de habitantes (con unos 3-4 casos nuevos por millón de habitantes y año). Como en la mayor parte de los casos de enfermedades minoritarias, la hipertensión tiene impacto sobre los pacientes (mal pronóstico a corto plazo), necesidades asistenciales muy especializadas y consumo de recursos terapéuticos muy elevados.

La propuesta del Plan director consiste en identificar los nodos naturales de experiencia y, a partir de esos nodos, crear redes asistenciales que definan de qué forma comparten la atención a los pacientes y de qué forma deben recibir el apoyo de los nodos más expertos. Esta voluntad de crear redes debe ir emparejada con el compromiso de compartir la información entre todos los centros participantes. Esta idea de red es extrapolable al resto de enfermedades minoritarias que afectan al aparato respiratorio.

8. Objetivos y evaluación

8. Objetivos y evaluación

A fin de avanzar en la utilización y el análisis de la información disponible, y con el objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria en las enfermedades del aparato respiratorio, es necesario recopilar indicadores para evaluar el cumplimiento y el logro de los objetivos planteados. La integración de esta información puede contribuir a identificar márgenes de mejora de la atención y sugerir a los gestores y planificadores sanitarios nuevas iniciativas para la compra y la provisión de servicios.

Se presenta un conjunto de indicadores que permiten proporcionar información que apoye la toma de decisiones a la hora de planificar, organizar, gestionar y evaluar el avance del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio. El propósito, por tanto, es disponer de información fiable, consistente y sistemática que, con la periodicidad pertinente, permita seguir y evaluar el progreso de los principales objetivos estratégicos del Plan director y de los objetivos operativos de trascendencia para la correcta implementación del Plan.

La elección de los indicadores de seguimiento y evaluación se ha basado en los principios de objetividad, validez, sensibilidad, especificidad y consenso. En este sentido, hay que tener en cuenta que los actuales sistemas de información no permiten obtener un conjunto exhaustivo de indicadores. De ahí que, con carácter de progresividad y factibilidad, se irán perfeccionando los indicadores existentes y se incluirán otros que se consideran necesarios para llegar a disponer de un buen análisis de la situación y evolución de la atención a las enfermedades del aparato respiratorio en Cataluña y de la respuesta asistencial del sistema sanitario catalán a este problema de salud.

En cuanto al resto de objetivos que por razones tecnológicas, funcionales o conceptuales no sean susceptibles de ser evaluados a partir de indicadores sintéticos, se utilizarán mecanismos y herramientas de evaluación ad hoc detalladas en este documento.

El Plan director de enfermedades del aparato respiratorio utilizará, por tanto, como indicadores sintéticos básicos de seguimiento y evaluación los que se presentan a continuación. Siempre se calculará el indicador global para Cataluña y, si es técnicamente posible, se calculará también para hombres y mujeres y para diferentes ámbitos territoriales.

En cuanto a los objetivos relacionados con el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio, serán evaluados a partir de las fuentes de información mencionadas. El objetivo del Plan director para el primer trimestre de 2010 en cuanto al seguimiento y la evaluación de la propuesta de acciones para poner en marcha será elaborar los indicadores que permitan hacer la evaluación pertinente.

La mejora de los sistemas de información en cuanto a la atención de las enfermedades del aparato respiratorio será uno de los pilares estratégicos para poder establecer mecanismos adecuados de seguimiento y evaluación del proceso de implementación del Plan director.

Tabla 16. Cuadro resumen de los objetivos generales fijados por el PDMAR con las respectivas actuaciones y los indicadores para evaluarlas. Periodo 2010-2012

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTUACIÓN Y HORIZONTE TEMPORAL	INDICADOR Y HORIZONTE TEMPORAL
1. Mejorar los resultados en salud de las enfermedades respiratorias mediante medidas preventivas	1.1. Promover la deshabituación tabáquica de los enfermos con EPOC	1.1.1. Diseño de una estrategia de deshabituación tabáquica en el momento del diagnóstico (2011)	1.1.1.1. Existencia de la experiencia (2011)
		1.1.2. Diseño de una experiencia de deshabituación tabáquica en el ingreso por descompensación grave de la EPOC (2011)	1.1.1.2. Alcanzar la implicación de al menos el 50% de los hospitales de Cataluña (2012)
		1.1.3. Diseño de una unidad didáctica para promover la intervención sobre tabaquismo en pacientes con EPOC (2011)	1.1.1.3. Incrementar el cese tabáquico en pacientes con EPOC un 10% por encima de la tasa en población general (2012)
			1.1.1.4. Disminuir la tasa de reingresos en pacientes con EPOC por debajo del 15% (2012) 1.1.2. Existencia de la experiencia (2011) 1.1.3 Existencia del material docente (2012)
	1.2. Incrementar la promoción de la actividad física en enfermos con patología respiratoria	1.2.1. Diseño de un programa de actividad física para pacientes con EPOC (2011)	1.2.1. Existencia del programa (2011)
	1.3. Promover la vacunación en enfermos respiratorios	1.3.1. Reforzar las recomendaciones de vacunación a la atención primaria (2010-2012)	1.3.1. Alcanzar un 10% adicional de vacunación de gripe en pacientes con EPOC (respecto a los niveles del año 2009) (2012) 1.3.1.1. Alcanzar un 10% adicional de vacunación de neumococo en pacientes con EPOC (respecto a los niveles de 2009) (2012)

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTUACIÓN Y HORIZONTE TEMPORAL	INDICADOR Y HORIZONTE TEMPORAL
<p>2. Mejorar el acceso a la espirometría y alcanzar una espirometría de calidad en todo el territorio</p>	<p>2.1. Hacer una encuesta para explorar la situación actual de la práctica de la espirometría en Cataluña</p>	<p>2.1.1. Hacer una encuesta para estudiar la práctica de la espirometría en los hospitales de la XHUP (2010)</p>	<p>2.1.1. Efectuada (sí/no) (2010)</p>
		<p>2.1.2. Hacer una encuesta para estudiar la práctica de la espirometría en atención primaria (2010)</p>	<p>2.1.2. Efectuada (sí/no) (2010)</p>
	<p>2.2. Mejorar la formación de los profesionales que tienen que hacer espirometrías a través del diseño de un curso con unos contenidos estandarizados</p>	<p>2.2.1. Crear un grupo de trabajo para abordar el objetivo (2010)</p>	<p>2.2.1. Creación del grupo de trabajo (2010)</p>
		<p>2.2.2. Hacer 6 cursos de formación en el territorio (2010-2012)</p>	<p>2.2.2. Realización de los 6 cursos (sí/no) y haber efectuado al menos 1 curso en cada RS (2010-2011)</p>
		<p>2.2.3. Hacer un curso de formación de formadores (2011)</p>	<p>2.2.3. Realización del curso (sí/no) y lograr designar al menos 1 referente en cada RS (2011)</p>
		<p>2.2.4. Hacer un curso específico para pediatría (2010-2012)</p>	<p>2.2.4. Realización del curso (sí/no) (2010-2012)</p>
	<p>2.3. Crear una red de profesionales en el territorio para el control de calidad de las espirometrías</p>	<p>2.3.1. Incorporar la espirometría en la historia clínica electrónica (2010)</p>	<p>2.3.1. Disponer de los requisitos técnicos para incorporar la espirometría a los equipamientos de hospitales y CAP (sí/no) (2010)</p>
		<p>2.3.2. Experiencia piloto de red en una zona con atención primaria y hospital del ICS (2011)</p>	<p>2.3.2. Efectuado (sí/no) (2011)</p>
		<p>2.3.3. Experiencia piloto de red en una zona con varios proveedores (2011)</p>	<p>2.3.3. Efectuado (sí/no) (2011) 2.3.4. Lograr que al menos un 60% de las espirometrías realizadas tengan un estándar de calidad de nivel A (2012)</p>
	<p>2.4. Incrementar la práctica de la espirometría en pacientes con EPOC y asma en el momento del diagnóstico</p>		<p>2.4.1. Alcanzar unos niveles superiores a los de 2010 en cuanto a la práctica de la espirometría en el momento del diagnóstico en pacientes:</p>
			<p>2.4.1.1. Con EPOC al menos en un 50% (2012) 2.4.1.2. Con asma al menos en un 50% (2012)</p>

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTUACIÓN Y HORIZONTE TEMPORAL	INDICADOR Y HORIZONTE TEMPORAL
<p>3. Mejorar la atención de los pacientes con agudización grave de la EPOC</p>	<p>3.1. Analizar el proceso de atención en la agudización de la EPOC</p> <p>3.2. Diseñar un modelo de atención integrada en la EPOC</p>	<p>3.1.1. Análisis de la agudización antes y durante el ingreso y en el alta (revisión de historias) (2010-2011)</p> <p>3.2.1. Estudio sobre las necesidades de ventilación no invasiva (2010-2011)</p> <p>3.2.2. Crear un modelo de atención integrada en la EPOC (2012)</p> <p>3.2.3. Conseguir que cada RS adapte el modelo estándar según las necesidades y los recursos del territorio (2012)</p> <p>3.2.4. Impulsar programas de hospitalización a domicilio y de alta precoz para enfermos con EPOC agudizada</p>	<p>3.1.1. Efectuado (sí/no)(2010-2011)</p> <p>3.1.1.1. Alcanzar una reducción de la tasa de reingresos global por debajo del 15% (véase el indicador 1.1.1.5) (2012)</p> <p>3.1.1.2. Reducir la variabilidad de los reingresos por RS respecto a la tasa de 2010 (2012)</p> <p>3.2.1. Efectuado (sí/no)(2010-2011)</p> <p>3.2.2. Creación del modelo (2012)</p> <p>3.2.3. Adaptación por parte de las RS (2012)</p> <p>3.2.4. Número de programas creados (2012)</p>
<p>4. Mejorar la atención de los pacientes con patología del sueño a través del diseño de un modelo asistencial</p>	<p>4.1. Análisis de la variabilidad de la prescripción</p> <p>4.2. Propuesta de modelo asistencial</p>	<p>4.1.1. Informe sobre la variabilidad de la prescripción (2011)</p> <p>4.2.1. Creación de un grupo de trabajo para elaborar una propuesta de modelo asistencial (2011)</p>	<p>4.1.1. Existencia del documento (2011)</p> <p>4.2.1. Existencia del documento (2011)</p> <p>4.2.1.1. Realizar tres experiencias piloto para evaluar el modelo de patología del sueño en 3 perfiles de áreas (metropolitana, no metropolitana y áreas con integración de los laboratorios del sueño) (2012)</p> <p>4.2.1.1.1. Evaluar resultados (de estructura y satisfacción)</p>

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTUACIÓN Y HORIZONTE TEMPORAL	INDICADOR Y HORIZONTE TEMPORAL
5. Mejorar la atención al paciente asmático	5.1. Proponer el modelo de diagnóstico estructurado y tratamiento de los niños con asma en Cataluña	5.1.1. Creación de un grupo de trabajo sobre asma infantil para elaborar un documento técnico con recomendaciones (2010)	5.1.1. Existencia del documento (sí/no) (2010) 5.1.1.1. Conseguir que la guía de asma infantil sea de uso y aplicabilidad para los proveedores de Cataluña (2011)
	5.2. Proponer el modelo de diagnóstico estructurado y tratamiento de los adultos con asma en Cataluña	5.1.2. Creación de un grupo de trabajo sobre asma de adultos para elaborar un documento técnico con recomendaciones (2010)	5.1.2. Creación del grupo de trabajo (2011) 5.1.2.1. Existencia del documento (sí/no) (2011)
	5.3. Proponer un modelo para el seguimiento y la educación de los pacientes con asma	5.1.3. Creación de un grupo de trabajo para elaborar un documento técnico con las propuestas y el guión de los contenidos educativos para pacientes (2011)	5.1.3. Creación del grupo de trabajo (2010) 5.1.3.1. Existencia del documento (sí/no) (2011) 5.1.3.2. Conseguir que en cada RS al menos haya un referente en formación de formadores (2011)
		5.1.3.1. Creación de un grupo de trabajo para elaborar un documento técnico con las propuestas y el guión de los contenidos educativos para profesionales (2010)	5.1.3.1. Creación del grupo de trabajo (2010) 5.1.3.2. Existencia del documento (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 recomendaciones para el abordaje del asma laboral	5.1.4. Creación de un grupo de trabajo que haga un estudio y recomendaciones para abordar la patología respiratoria ocupacional, con especial atención al asma laboral (2012)	5.1.4. Creación del grupo de trabajo (2011) 5.1.4.1. Existencia del documento (sí/no) (2011)

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTUACIÓN Y HORIZONTE TEMPORAL	INDICADOR Y HORIZONTE TEMPORAL
<p>6. Mejorar la atención de los pacientes con patología respiratoria muy específica que requiere actuaciones muy concretas</p>	<p>6.1. Hipertensión pulmonar</p>	<p>6.1.1. Elaborar un documento para protocolizar la atención de los pacientes con hipertensión pulmonar. Inclusión del documento en el Mapa sanitario y sociosanitario de Cataluña (2010)</p>	<p>6.1.1. Existencia del documento (sí/no) (2010)</p>
	<p>6.2. Diagnóstico rápido del cáncer</p>	<p>6.2.1. Explorar sinergias con el Plan director de oncología. Analizar los tiempos de respuesta del diagnóstico en el tratamiento del cáncer de pulmón (2010-2012)</p>	
	<p>6.3. Enfermedades respiratorias minoritarias (fibrosis quística)</p>	<p>6.3.1. Creación de un grupo de trabajo con la Asociación Catalana de Fibrosis Quística (2010-2012)</p>	
	<p>6.4. Enfermedades neuromusculares con afectación respiratoria (esclerosis lateral amiotrófica)</p>	<p>6.4.1. Estudiar los circuitos de derivación (2010-2012)</p>	
	<p>6.5. Terapias respiratorias domiciliarias</p>	<p>6.5.1. Colaborar con el CatSalut en el análisis y la gestión de las TRD (2010-2011)</p>	<p>6.5.1. Existencia del documento (sí/no) (2011)</p>
	<p>6.6. Alergia</p>	<p>6.6.1. Colaborar con el CatSalut y el Plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria para definir el modelo de atención alergológica de Cataluña (2010)</p>	<p>6.6.1. Existencia del documento (sí/no) (2010)</p>

9. Bibliografía

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. Profesionales que han participado

10. Profesionales que han participado

DIRECCIÓN

María Luisa de la Puente Martorell
Directora general. Dirección General de Planificación y Evaluación
Sotsdirectora del Servei Català de la Salut

Antoni Plasència Taradach
Director general. Dirección General de Salud Pública

Joan Escarrabill Sanglas
Director. Plan director de enfermedades del aparato respiratorio

Francesc Brosa Llinares
Director de la Gerencia del Área de Servicios y Calidad. Servei Català de la Salut

Ricard Tresserras Gaju
Subdirector de Planificación Sanitaria. Departamento de Salud

COLABORADORES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Secretaría General

Marta Segura Bonet
Secretaria General

Maria Josep Borràs Pascual
Jefa de la Asesoría Jurídica

Dirección General de Planificación y Evaluación

Dolors Costa Sampere
Adjunta de Dirección

Pilar Brugulat Guiteras
Jefa de servicio del Plan de salud

Elena Calvo Valencia
Jefa del Gabinete Técnico

Cristina Colls Guerra
Jefa de la Unidad de Análisis de la Información

Josep Fusté Sugrañés
Jefe de la Unidad de Mapa Sanitario y Planes Estratégicos

Instituto de Estudios de la Salud

Mateu Huguet Recasens
Director

Dirección General de Salud Pública

Antoni Plasència Taradach
Director general

Josep Lluís de Peray Baiges
Agencia de Salud Pública

Carmen Cabezas Peña
Subdirectora de Promoción de la Salud

Lluís Urbiztondo Perdices
Servicio de Medicina Preventiva

Joan Batalla Clavell
Servicio de Medicina Preventiva

Dirección General de Recursos Sanitarios

David Elvira Martínez
Director general

Josep Davins Miralles
Subdirector General de Servicios Sanitarios

Rosa Gispert Magarolas
Jefa de Servicio del Registro de Mortalidad

Anna Puigdefàbregas Serra
Registro de mortalidad

Glòria Ribas Serra
Registro de mortalidad

Servei Català de la Salut

Sebastià Barranco Tomàs
Gerente de la Región Sanitaria de Lleida

Joan Victorià Peralta Biosca

Gerente de la Región Sanitaria de Alt Pirineu y Aran

Joaquim Pellejà Pellejà

Gerente de la Región Sanitaria de Camp de Tarragona

Ismael Roldan Bermejo

Gerente de la Región Sanitaria Terres de l'Ebre

Marta Pedrerol Mas

Gerente de la Región Sanitaria de Girona

Antoni Iruela López

Gerente de la Región Sanitaria de Catalunya Central

Jaume Estany Ricart

Gerente del Consorci Sanitari de Barcelona

Carme Esteve Orti

Adjunta a la Gerencia de la Región Sanitaria de Barcelona. Gerente del Ámbito Territorial Barcelona Norte (Barcelonès Nord, Maresme, Vallès Occidental y Vallès Oriental) de la Región Sanitaria de Barcelona

Mònica Almiñana Rique

Adjunta a la Gerencia de la Región Sanitaria de Barcelona. Gerente del Ámbito territorial Barcelona Sur

Josep Maria Argimon Pallàs

Gerencia de Compra y Evaluación de Servicios

Teresa Salas Ibáñez

Área de Servicios y Calidad

Montse Bustins Poblet

Área de Servicios y Calidad

Elisa Sagarra Morera

Área de Servicios y Calidad del CatSalut

Institut Català de la Salut**Ermengol Coma Redon**

SISAP

Manel Ferran Mercadé

SISAP

Francesc Fina Avilés

SISAP

Manolo Medina Peralta

SISAP

JEFES DE PLANIFICACIÓN DE LAS REGIONES SANITARIAS**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

CONSEJO ASESOR

Josep Maria Antó Boqué

Presidente del Consejo Asesor

Ricard Tresserras Gaju

Vicepresidente del Consejo Asesor

Joan Escarrabill Sanglas

Director del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio

Alba Rosas Ruiz

Secretaria técnica del Consejo Asesor

Miembros

Salvador Altimir Losada

Sociedad Catalanobaleares de Geriátria y Gerontología

Enric Argelagués Vidal

Institut Català de la Salut (ICS)

Carme Boqué Oliva

Sociedad Catalana de Medicina de Urgencia y Emergencia (SOCMUE)

Maria Alba Brugués Brugués

Asociación de Enfermería de Familia y Comunitaria de Catalunya (AIFICC)

Mercè Canela Cardona

Sociedad Catalana de Cirugía Torácica

Montserrat Casamitjana Abella

Sociedad de Salud Pública de Catalunya y Baleares

Ramon Cristófol Allué

Sociedad Catalanobaleares de Medicina Interna

Empar Cuxart Fina

Sociedad Catalana de Rehabilitación y Medicina Física

Rafael Fernández Fernández

Sociedad Catalana de Medicina Intensiva y Crítica (SOCMIC)

Esteve Fernández Muñoz

Unidad de Investigación y Control del Tabaquismo. Institut Català d'Oncologia (ICO)

Maria Dolors Forés García

Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC)

Xavier Guinart Primé

Departamento de Medio Ambiente y Vivienda

Mateu Huguet Recasens

Director del Instituto de Estudios de la Salud (IES)

Lluís Marzal Torrent

Servicio de Emergencias Médicas SEMSA

Vicente Molina Morales

Sociedad Catalana de Pediatría

Eduard Monsó Molas

Societat Catalana de Pneumologia (SOCAP)

Ferran Morell Brotard

Fundación Catalana de Neumología (FUCAP)

Maria Dolors Navarro Rubio

Foro Catalán de Pacientes

Montse Nuevo Gayoso

Sociedad Catalanobaleares de Fisioterapia

Anna Ribera Massaguer

Consortio de Salud y Social de Catalunya (CSC)

Joaquima Ribot Puig

Asociación Catalana de Enfermería

Josep Roca Torrent

Expresidente de la European Respiratory Society

María Jesús Rodríguez Bayarri

Sociedad Catalana de Seguridad y Medicina del trabajo (SCSMT)

Josep Rodríguez-Roisín

Expresidente de la European Respiratory Society

Boi Ruiz García

Unión Catalana de Hospitales (UCH)

Juan Ruiz Manzano

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

Carme Sala Rovira

Sociedad Catalanobalea de Cuidados Paliativos

Maria del Mar Sevillano Lalinde

Sociedad Catalanobalea de Enfermería

Carlos Sisternas Suris

Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN)

Antonio Valero Santiago

Sociedad Catalana de Alergia e Inmunología Clínica (SCAIC)

COMISIÓN PERMANENTE

Vinyet Casolívé Carbonell

Fisioterapeuta del Hospital de Bellvitge

Joan Escarrabill Sanglas

Director del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio

Antoni Grau Àvia

Medicina Interna del Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

Carme Hernández Carcereny

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Josep Jiménez Villa

División de Evaluación de Servicios del CatSalut

Maria Antònia Llauger Rosselló

ELP Encants 10E Encants
Centro de Salud Maragall ICS

Ester Marco Navarro

Servicio de Rehabilitación del Hospital del Mar

Francisco Martín Luján

CAP Jaume I de la ELP Tarragona 3

Lluís Marquès Amat

Hospitales Arnau de Vilanova-Santa Maria de Lleida

Laureano Molins López-Rodó

Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínic

Antonio Moreno Galdó

Servicio de Pediatría del Hospital Vall d'Hebron

José Morera Prat

Jefe del Servicio de Neumología
Hospital Germans Trias i Pujol

Núria Nadal Braqué

SAP Lleida ciudad, Segrià-Garrigues

Assumpta Parramon Bregolat

Fundación Sant Hospital de la Seu d'Urgell

Núria Roger Casals

Hospital Comarcal de Vic

Alba Rosas Ruiz

Dirección General de Planificación y Evaluación

Esteve Saltó Cerezuela
Dirección General de Salud Pública

Josep Sánchez Jiménez
Hospital Comarcal de Sant Jaume Calella

Salvi Sendra Salillas
Servicio de Neumología del Hospital
Josep Trueta de Girona

Montserrat Torrejón Lázaro
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Ricard Tresserras Gaju
Vicepresidente del Consejo Asesor

GRUPOS DE TRABAJO

ESPIROMETRÍA DE CALIDAD

Encuesta de calidad

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 la ELP Tarragona 3

Núria Roger Casals
Hospital General de Vic

Formación de profesionales

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
Departamento de Salud

Núria Roger Casals
Hospital General de Vic

Espirometría y TIC (tecnologías de la información y la comunicación)

Felip Burgos Rincón
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Carles Domínguez Font
Jefe de Área de Sistemas de Información
del 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
Departamento de Salud. División de
Tecnologías de Información

Hospitalización de agudos: MBD-AH

Montse Bustins Poblet
Área de Servicios y Calidad del CatSalut

Carme Hernández Carcereny
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Marc Pinar Bertran
Departamento de Salud

Alba Rosas Ruiz
Departamento de Salud

Teresa Salas Ibáñez
Área de Servicios y Calidad del CatSalut

GRUPO DE TRABAJO DE ASMA

Josep Maria Antó Boqué
Centro de Investigación
en Epidemiología Ambiental (CREAL)

Maria Antònia Llauger Rosselló
ELP Encants 10E Encants
Centro de Salud 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
Dirección General de Planificación y
Evaluación

Josep Sánchez Jiménez
Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella

Montserrat Torrejón Lázaro
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Subgrupo de diagnóstico estructurado y seguimiento del asma infantil

Coordinador:

Josep Sánchez Jiménez
Hospital Comarcal de Sant Jaume de
Calella

Miembros:

Rosa Grau Lorente
Hospital Parc Taulí de Sabadell

Maria Montserrat Bosque García
Hospital de Sabadell CPT

Jordi Fàbrega Sabaté
Fundación 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
Servicio de Atención Primaria de Lleida,
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

Lidia Sanz Borrell
CAP de Serós de Lleida

Subgrupo de diagnóstico estructurado y seguimiento del asma en adultos

Coordinador:

César Picado Vallès
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Miembros:

Santiago Bardagí Forn
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

Subgrupo de seguimiento de pacientes con asma

Coordinadora:

Montserrat Torrejón Lázaro
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Miembros:

Miquel Baltasar Drago
Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

Núria López Galbany
Hospital de Sabadell Corporació Parc Taulí

Santiago Bardagí Forn
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

Dirección General de Planificación y
Evaluación
Departamento de Salud

Pepi Valverde Trillo

Consorci Sanitari Integral

ATENCIÓN A LA AGUDIZACIÓN DE LA EPOC

Montserrat Freixas Laporta

EAP Dreta de l'Eixample

Eduard Monsó Molas

Sociedad Catalana de Neumología
(SOCAP)

Carme Hernández Carcereny

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Esteve Saltó Cerezuela

Dirección General de Salud Pública

Maria Antònia Llauger Rosselló

EAP Encants 10E Encants
Centre de Salut Maragall ICS

ATENCIÓN A LA APNEA DEL SUEÑO OBSTRUCTIVA

Ferran Barbé Illa

Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

Josep Maria Montserrat Canal

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Joan Escarrabill Sanglas

Director del Plan director de
enfermedades del aparato respiratorio

Núria Nadal Braqué

SAP Lleida ciutat, Segrià-Garrigues

11. Anexos

ACUERDO

GOV/235/2010, de 23 de noviembre, por el que se aprueba el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, así como la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, prevén que el sistema sanitario tiene que estar orientado a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

A su vez, el artículo 62 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, creó el Plan de Salud de Cataluña como el instrumento indicativo y el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en la materia, en el ámbito de la Generalidad de Cataluña.

El Plan de Gobierno 2007-2010, aprobado por el Gobierno de Cataluña el 13 de marzo de 2007, en el eje 1.3.3 (reforzar la atención integral de la persona priorizando la atención primaria y comunitaria así como la atención en la dependencia y la cronicidad) establece como objetivo en el ámbito de la planificación asistencial la creación de los Planes Directores de enfermedades respiratorias, digestivas, reumáticas y de atención neurológica, que complementarán los cinco Planes Directores existentes de otras patologías.

Las enfermedades respiratorias son la tercera causa de muerte en Cataluña y tienen un impacto muy importante en la discapacidad y la limitación de la calidad de vida de las personas que las sufren, especialmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Las enfermedades respiratorias crónicas impactan en el conjunto del sistema sanitario, tanto desde el punto de vista económico (numerosos ingresos hospitalarios, fármacos y terapias respiratorias a domicilio) como desde el punto de vista organizativo, dado que se hace patente la necesidad de minimizar el infradiagnóstico y mejorar la continuidad asistencial.

Desde esta perspectiva, es una prioridad fijar las directrices de la atención a la patología respiratoria mediante instrumentos de planificación específicos que, en el contexto global de los objetivos e intervenciones del Plan de Salud de Cataluña para la atención a las enfermedades respiratorias, defina las estrategias de salud adecuadas.

Así, los servicios de atención primaria tendrán que adecuar la respuesta asistencial, en este estadio de la atención sanitaria, a la promoción de estilos de vida protectores de los trastornos respiratorios; a la prevención de las patologías relacionadas; a la detección precoz de las patologías respiratorias, y a una atención basada en la evidencia científica, que permita mejorar la calidad de vida de los afectados y su reincorporación a la vida activa. Los servicios de atención especializada tendrán que basar su resolución en las intervenciones más avaladas por la evidencia intentando disminuir la gran variabilidad clínica existente.

El Plan director de enfermedades del aparato respiratorio tendrá que fijar los objetivos de la atención a estas patologías y determinar las actuaciones a realizar para alcanzarlos. Para articular territorialmente el Plan director de las enfermedades del aparato respiratorio y partiendo de la organización descentralizada del sistema sanitario en Cataluña, se ha previsto desarrollar este Plan de acuerdo con la organización territorial del Servicio Catalán de la Salud y de la red sanitaria de utilización pública. En este sentido, estará en el ámbito de los gobiernos territoriales de salud creados al amparo del Decreto 38/2006,

de 14 de marzo, por el que se regula la creación de gobiernos territoriales de salud, que se tendrán que adaptar los objetivos del Plan a las especificidades de su territorio de referencia y velar, desde esta estructura territorial y desde las regiones sanitarias, por su aplicación en su ámbito.

Visto lo que prevé la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, que tiene por objeto la ordenación del sistema sanitario de Cataluña, así como la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, y la Ley 13/2008, de 5 de noviembre, de la presidencia de la Generalidad y del Gobierno;

Por todo eso, a propuesta de la consejera de Salud, el Gobierno

ACUERDA:

- 1 Aprobar el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio, con las actuaciones que se prevén, el cual se adjunta al anexo de este Acuerdo.
- 2 Establecer que el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio tiene una vigencia hasta el 31 de diciembre de 2011, sin perjuicio de la posibilidad de prórroga, a acordar por el Gobierno, si la consecución de sus objetivos y el desarrollo del Plan lo requiere.
- 3 Encomendar la dirección de la ejecución de las actuaciones incluidas en el Plan director de director de enfermedades del aparato respiratorio, así como su evaluación y seguimiento en el Departamento de Salud.
- 4 Publicar este Acuerdo en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, excepto su anexo, que se puede consultar en la dirección de www.gencat.cat/salut internet.

Barcelona, 23 de noviembre de 2010

LAIA BONET RULL
Secretaria del Gobierno
(10.326.150)

ORDEN

SLT/570/2010, de 25 de noviembre, por la que se crea la estructura del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio.

Mediante el Acuerdo GOV/235/2010, de 23 de noviembre, el Gobierno ha aprobado el Plan director de las enfermedades del aparato respiratorio con una vigencia hasta el 31 de diciembre de 2011, sin perjuicio de la posibilidad de prórroga, a acordar por el Gobierno, si la consecución de sus objetivos y el desarrollo del Plan lo requiere. Este Acuerdo encomienda la dirección de la ejecución de las actuaciones incluidas en el Plan director de enfermedades del aparato respiratorio, así como su evaluación y seguimiento, al Departamento de Salud. A estos efectos procede definir, en el ámbito del Departamento de Salud, la estructura que permita alcanzar sus objetivos, cumplir los retos que supone y atribuir las responsabilidades. Asimismo, la estructura del Plan debe contar también, para ser más eficaz, con la colaboración y el apoyo de personas expertas en esta materia, que se articulará a través del Consejo Asesor del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio, que se crea con esta Orden. Por ello, al amparo de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, que tiene por objeto la ordenación del sistema sanitario de Cataluña, así como la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, en uso de las facultades que me confiere el artículo 39.3 en relación con el artículo 40.1, ambos de la Ley 13/2008, de 5 de noviembre, de la presidencia de la Generalidad y del Gobierno,

ORDENO:

Artículo 1

Estructura del Plan

- 1.1 El Plan director de enfermedades del aparato respiratorio tiene la siguiente estructura:
 - a) La Dirección del Plan.
 - b) El Consejo Asesor.
- 1.2 Para optimizar las funciones del Plan, la Dirección del Plan podrá acordar la constitución de grupos de trabajo, que actuarán bajo esta Dirección de acuerdo con las orientaciones del Consejo Asesor. En los grupos de trabajo, cuando la naturaleza o la especificidad del tema así lo aconseje, se pueden integrar personas colaboradoras externas entre profesionales de reconocida experiencia en el ámbito de que se trate, velando por la presencia de personas expertas en función de género.

Artículo 2

La Dirección del Plan

- 2.1 La Dirección del Plan la ejerce una persona experta en el ámbito de enfermedades del aparato respiratorio con vinculación funcionaria, estatutaria de servicios de salud o laboral del Departamento de Salud o de los entes y organismos que están adscritos al mismo, la cual es nombrada por el consejero o la consejera de Salud a propuesta del director o directora general de Planificación y Evaluación.
- 2.2 La designación para desarrollar las funciones propias de la Dirección del Plan no supone el acceso a un nuevo puesto de trabajo ni conlleva, por tanto, la consolidación de ningún tipo de derecho a estos efectos.
- 2.3 La Dirección del Plan se adscribe orgánicamente a la Dirección General de Planificación y Evaluación.
- 2.4 Son funciones de la Dirección del Plan las siguientes:
 - a) Fijar los objetivos generales y específicos del Plan y las prioridades, la programación de actuaciones y los calendarios de ejecución.
 - b) Formular las líneas de dirección estratégicas y operativas del Plan en cada uno

de los campos de actuación señalados y elevarlas al director o directora general de Planificación y Evaluación, para su propuesta al consejero o consejera de Salud.

- c) Crear los grupos de trabajo necesarios para la ejecución del Plan.
- d) Definir y concretar las actuaciones a ejecutar en base a los objetivos fijados y proponerlas a los órganos competentes.
- e) Impulsar y hacer el seguimiento de la implantación del Plan en las diferentes regiones sanitarias de Cataluña.
- f) Efectuar la evaluación del proceso de aplicación del Plan.
- g) Elaborar los informes, dictámenes y análisis requeridos por el Comité Ejecutivo del Departamento de Salud en temas relacionados con la atención a las enfermedades del aparato respiratorio.

Artículo 3

El Consejo Asesor

3.1 El Consejo Asesor del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio es el órgano asesor del Departamento de Salud en el ámbito de la atención a las enfermedades del aparato respiratorio, se adscribe a la Dirección General de Planificación y Evaluación, la cual dará el apoyo administrativo y de gestión al Consejo Asesor.

3.2 El Consejo Asesor tiene la siguiente composición:

- a) Presidente o presidenta, nombrado o nombrada por el consejero o consejera de Salud entre personas expertas y de reconocida solvencia en el ámbito de las enfermedades del aparato respiratorio.
- b) Vicepresidente o vicepresidenta, nombrado o nombrada por el consejero o consejera de Salud entre personas expertas y de reconocida solvencia en el ámbito de las enfermedades del aparato respiratorio. La persona que ejerza la vicepresidencia sustituye al presidente o a la presidenta en los casos de ausencia, vacante, enfermedad o por cualquier otra causa justificada.
- c) Coordinador o coordinadora: el director o la directora del Plan, que tiene asignadas las funciones de coordinar el desarrollo de las funciones del Consejo Asesor y de garantizar el apoyo técnico y administrativo de este órgano.
- d) Vocales: hasta un máximo de 60 personas, expertas y de reconocida solvencia en el ámbito de las enfermedades del aparato respiratorio vinculadas a las universidades catalanas, entidades proveedoras de servicios, centros sanitarios, colegios profesionales del ámbito de las ciencias de la salud, instituciones y centros de investigación biomédica, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y familiares, asociaciones de usuarios y usuarias, entidades o grupos de mujeres con actividad en el ámbito de la salud de las mujeres y de las administraciones sanitarias.

3.3 Las personas vocales son nombradas por el consejero o consejera de Salud a propuesta de las entidades respectivas. Con el objetivo de alcanzar la paridad de género, en la designación de las personas titulares de las vocalías se atenderá al principio de participación equilibrada de mujeres y hombres.

3.4 La Secretaría del Consejo Asesor del Plan es ejercida por una persona que preste servicios en el Departamento de Salud, adscrita a la Dirección General de Planificación y Evaluación, y sin que en ningún caso ello suponga la creación de ningún puesto de trabajo. La persona que ejerza la Secretaría asiste a las reuniones del Comité de Dirección del Plan con voz y sin voto.

3.5 Corresponden al Consejo Asesor las siguientes funciones:

- a) Prestar su asesoramiento en las actuaciones que se deriven del proceso de implantación, desarrollo y evaluación del Plan.
- b) Analizar, debatir y estudiar las propuestas y las conclusiones generadas por los grupos de trabajo.

- c) Dar asesoramiento específico y técnico en las tareas de implantación, evaluación y actualización del Plan.
 - d) Evaluar la evolución del Plan y emitir informes prospectivos sobre nuevas necesidades que orienten su evolución futura y actualización, incorporando en Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 5774 – 14.12.2010 Disposiciones http://www.gencat.cat/dogc ISSN 1988-298X DL B-38015-2077 todo caso la perspectiva de género y los derechos de las mujeres en su formulación para identificar las diferentes consecuencias y repercusiones que las actuaciones previstas pueden tener sobre hombres y mujeres.
- 3.6 En ejercicio de las funciones del Consejo Asesor del Plan que afecten a los ámbitos propios en los que actúan el Consejo Asesor sobre Tabaquismo en Cataluña y/o el Consejo Asesor sobre la Actividad Física y Promoción de la Salud, los presidentes o presidentas de los órganos afectados establecerán de común acuerdo la coordinación necesaria.
- 3.7 Para un mejor funcionamiento el Consejo Asesor puede ejercer sus funciones en Plenario y en Comisión Permanente.
- 3.8 Corresponde en todo caso al Pleno fijar un calendario de reuniones del Consejo Asesor y determinar propuestas de objetivos a ejecutar por la Comisión Permanente. El Plenario se reunirá en sesión ordinaria al menos una vez al año y en sesión extraordinaria siempre que lo convoque la Presidencia, por iniciativa propia o a petición de un mínimo de un tercio de las personas que sean miembros del mismo.
- 3.9 La Comisión Permanente tiene la siguiente composición:
- a) El presidente o presidenta del Consejo Asesor.
 - b) El director o directora del Plan, que actúa en calidad de coordinador o coordinadora.
 - c) Un máximo de 20 vocalías, cuyas personas titulares son designadas por el consejero o consejera de Salud de entre las personas que son miembros del Plenario, atendiendo a criterios de representación equilibrada de mujeres y hombres con experiencia en esta designación. La Comisión Permanente se reunirá en sesión ordinaria al menos dos veces al año y en sesión extraordinaria cuando la convoque la Presidencia, por iniciativa propia o a petición de un mínimo de un tercio de las personas que son miembros.
- 3.10 El funcionamiento interno y el régimen de adopción de acuerdos del Consejo Asesor se ajustarán a las disposiciones generales reguladoras de los órganos colegiados de la Administración de la Generalidad.
- 3.11 Los y las miembros del Consejo Asesor podrán percibir las dietas y las indemnizaciones que les correspondan, de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 4

Adscripción de medios personales y materiales

El consejero o consejera de Salud debe adscribir los medios personales y materiales suficientes para el cumplimiento de las funciones del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio, mediante las unidades correspondientes del Departamento de Salud y/o de los entes y los organismos que están adscritos al mismo.

DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA

La vigencia de esta Orden queda condicionada a la del Plan director de enfermedades del aparato respiratorio.

Barcelona, 25 de noviembre de 2010

MARINA GELI I FÀBREGA

Consejera de Salud

(10.326.022)

