

Evaluación de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud

Informe junio de 2012

Evaluación de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud

Informe junio de 2012



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO: 680-13-116-7

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Evaluación de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud

Informe junio de 2012



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

COMITÉ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Coordinador Científico:

Julio Ancochea Bermúdez

Comité Institucional:

Andalucía: Pilar Espejo Guerrero/Rafael Hermosilla Carrasquilla

Aragón: Salvador Bello Dronza

Asturias (Principado de): Cristina Martínez González

Baleares (Islas): Francisco de Borja García-Cosío Piqueras

Canarias: María Regla Hernández Gallego

Cantabria: Ramón Agüero Balbín

Castilla-La Mancha: Oscar Talavera Encinas/Susana Gómez Blanco

Castilla y León: Siro Lleras Muñoz

Cataluña: Ricard Tresserras i Gaju/Alba Rosas Ruiz

Comunidad Valenciana: Pablo Rodríguez Martínez

Extremadura: Francisca Lourdes Márquez Pérez/Antonio Manuel Pérez Fernández

Galicia: José Javier Ventosa Rial

Madrid (Comunidad de): Francisco García Río

Murcia (Región de): Juan Miguel Sánchez Nieto/José Luis Albarracín Navarro

Navarra (Comunidad Foral): Javier Hueto Pérez de Heredia

País Vasco: Juan Bautista Galdiz Iturri

La Rioja: Carlos Ruiz Martínez/Adolfo Cestafe Martínez

INGESA (Ceuta y Melilla): Teresa García Ortiz

Ministerio de Economía y Competitividad: Instituto Carlos III:

Margarita Blázquez Herranz

Comité Técnico:

Expertos designados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Marc Miravittles Fernández / Joan B. Soriano Ortiz / Juan José Soler Cataluña

CIBER de Enfermedades Respiratorias

Alvar Agustí García-Navarro

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

Mirian Calle Rubio/ Ana Balañá Corberó/ Carmen Hernández Carcereny

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Juan Carlos Martín Escudero

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)

Mercedes Marín Santos

Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT)

María Ángeles Planchuelo Santos

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

José Antonio Quintano Jiménez

Sociedad Española de Medicina General (SEMG)

Juan Antonio Trigueros Carrero

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

Luis García-Castrillo Riesgo

Federación Española de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

Leopoldo Palacios Gómez

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)

Jesús Molina París

Foro Español de Pacientes (FEP)

Albert Jovell Fernández†/Laura Fernández Maldonado

Asociación de Trabajo Social y Salud (ATSS)

María Jesús Ballestín Miguel

Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC)

Marta Ruiz Algueró

Sociedad Española de Fisioterapeutas (AEF):

Montserrat Inglés Novell

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Coordinación Técnica:

José Rodríguez Escobar

Francisco Vargas Marcos

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

María Mercedes Vinuesa Sebastián

Subdirección General de Calidad y Cohesión

Sonia García de San José

Isabel Peña-Rey Lorenzo

Liliana Benítez de Lugo Carrión

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

María Santos Ichaso Hernández-Rubio

Pedro Arias Bohigas

Observatorio de la Salud de las Mujeres

Sonia Peláez Moya

Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

Teresa Cepeda Hurtado

Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondos de Cohesión

María Dolores Gómez-Martino Arroyo

Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios:

Juan Luis Moreno González

Índice

1. Resumen ejecutivo	14
2. Introducción	15
3. Metodología	19
3.1. Proceso de evaluación de la Estrategia	19
3.2. Objetivos e indicadores de evaluación de la Estrategia en EPOC del SNS	21
4. Resultados de la evaluación	25
4.1. Línea estratégica 1. Prevención y detección precoz	25
4.1.1. Objetivo general 1: Reducir la incidencia de la EPOC	25
4.1.2. Objetivo general 2: Mejorar el diagnóstico precoz de las personas con EPOC	40
4.2. Línea estratégica 2. Atención al paciente crónico	49
4.2.1. Objetivo general 3: Reducir la morbilidad y mortalidad de las personas con EPOC y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud	49
4.3. Línea estratégica 3. Atención al paciente con exacerbación	67
4.3.1. Objetivo general 4: Proporcionar el tratamiento adecuado y basado en la mejor evidencia científica a las personas con EPOC que presenten exacerbaciones, en su domicilio o en el nivel asistencial más apropiado	67
4.4. Línea estratégica 4. Cuidados paliativos	81
4.4.1. Objetivo general 5: Proporcionar una atención especial al paciente con EPOC en fase avanzada terminal, así como a su familia y cuidadores, según los criterios de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud	81
4.5. Línea estratégica 5. Formación de profesionales	101
4.5.1. Objetivo general 6: Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de las personas con EPOC y favorecer el abordaje integral e integrado de la enfermedad y la coordinación entre Atención Primaria y Especializada.	101

4.6.	Línea estratégica 6. Investigación	107
4.6.1.	Objetivo general 7: Potenciar la investigación epidemiológica, básica, clínica y traslacional en aspectos de prevención y atención integral de la EPOC	107
5.	Actividades realizadas para la difusión e implementación de la estrategia	115
6.	Conclusiones	121
7.	Anexos	123
7.1.	Anexo 1: Inclusión de los objetivos de la estrategia en EPOC en los Planes Generales de Salud de las CC.AA, en los Planes Específicos y en otros documentos relacionados	123
7.2.	Anexo 2: Índice de abreviaturas y acrónimos	126

Índice de Tablas

Tabla 1.	Listado de los objetivos de la Estrategia en EPOC del SNS	21
Tabla 2.	Tasa de fumadores mayores de 15 años por Comunidad Autónoma y sexo	26
Tabla 3.	Desglose de CCAA donde la tasa de fumadores mayores de 15 años ya ha alcanzado la meta del objetivo	27
Tabla 4.	Desglose de Comunidades Autónomas donde la tasa de fumadores en edades comprendidas entre 16 y 24 años ya ha alcanzado la meta del objetivo	28
Tabla 5.	Edad media declarada de inicio al consumo de tabaco. Población de 14 a 18 años	29
Tabla 6.	Inspecciones y otras medidas llevadas a cabo para el cumplimiento de la Ley Antitabaco	30
Tabla 7.	Programas de deshabituación tabáquica en los centros de salud	37
Tabla 8.	Disponibilidad de medios para el diagnóstico de la EPOC: Inclusión y evaluación del objetivo por las CCAA	41
Tabla 9.	Medios en los centros de Atención Primaria (espirómetros)	42
Tabla 10.	Medios en los centros de Atención Primaria (responsable y circuito)	43
Tabla 11.	Inclusión en los contratos de gestión, y evaluación del objetivo 2.2	45
Tabla 12.	Inclusión en los contratos de gestión y evaluación del objetivo 2.3	47
Tabla 13.	EPOC. Tasa de mortalidad ajustada por edad, por 100.000 habitantes	50

Tabla 14.	EPOC. Tasa estandarizada de mortalidad prematura	52
Tabla 15.	Inclusión en los objetivos asistenciales de gestión y evaluación del objetivo 3.1	55
Tabla 16.	Disponibilidad de plan de cuidados de enfermería	56
Tabla 17.	Inclusión en los contratos de gestión y evaluación del objetivo 3.3	58
Tabla 18.	Facilitación de la financiación o cofinanciación del tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica de cualquier paciente con EPOC	59
Tabla 19.	Establecimiento de los criterios de calidad establecidos en el proceso de atención	61
Tabla 20.	Disponibilidad de sistemas de monitorización del tratamiento farmacológico así como la evaluación realizada en relación con su adecuación en las CCAA	63
Tabla 21.	Disponibilidad de dispositivos de oxigenoterapia y otras terapias	64
Tabla 22.	Grado de implantación de los programas estructurados de rehabilitación respiratoria en las	65
Tabla 23.	Vías clínicas, protocolos o procesos	69
Tabla 24.	Inclusión y evaluación del objetivo 4.2 en los contratos de gestión de Atención Primaria y Atención Especializada	72
Tabla 25.	Inclusión en los contratos de gestión, y evaluación del objetivo 4.3	74
Tabla 26.	Tasa de reingresos por EPOC	75
Tabla 27.	Inclusión en los objetivos asistenciales de gestión, y porcentaje de cobertura	77
Tabla 28.	Inclusión y evaluación del objetivo 4.6 como contrato de gestión del ámbito de la atención especializada de las distintas CCAA	78
Tabla 29.	Número de centros hospitalarios que incluyen la deshabituación tabáquica en su cartera de servicios y el porcentaje de cobertura que representa en cada CA	79
Tabla 30.	Inclusión y evaluación del objetivo 4.7 como objetivo de gestión de las distintas CCAA	80
Tabla 31.	Inclusión de los pacientes con EPOC en el Plan de Cuidados Paliativos de las CCAA	82
Tabla 32.	Inclusión de los objetivos asistenciales de gestión, y evaluación del objetivo 5.1	84
Tabla 33.	Inclusión del objetivo 5.2. en el Plan de Cuidados Paliativos y en los objetivos de gestión	85
Tabla 34.	Integración de las personas con EPOC en el sistema de cuidados paliativos de cada CA	87

Tabla 35.	Inclusión del objetivo 5.4. en el Plan de Cuidados Paliativos y en los objetivos de gestión	89
Tabla 36.	Inclusión del objetivo 5.5. en el Plan de Cuidados Paliativos y realización de acciones relacionadas con dicho objetivo	91
Tabla 37.	Inclusión del objetivo 5.6. en el Plan de Cuidados Paliativos y realización de acciones relacionadas con dicho objetivo	94
Tabla 38.	Actividades de formación continuada en cuidados paliativos para Enfermería	98
Tabla 39.	Actividades de formación continuada en cuidados paliativos para Medicina	98
Tabla 40.	Actividades de formación continuada en cuidados paliativos para profesionales de rehabilitación y otros profesionales	99
Tabla 41.	Existencia de Plan de Formación continuada para los profesionales de EPOC	102
Tabla 42.	Actividades de formación continuada en EPOC para Enfermería	103
Tabla 43.	Actividades de formación continuada en EPOC para Medicina	103
Tabla 44.	Actividades de formación continuada en EPOC para profesionales de rehabilitación y otros profesionales	104
Tabla 45.	Actividades de formación en EPOC por parte de las entidades del Comité Técnico desde el 3 de Junio de 2009 al 31 de Diciembre de 2010	105
Tabla 46.	Número de proyectos de investigación en EPOC financiados por las CCAA	108
Tabla 47.	Detalle y estado de los proyectos de investigación en EPOC financiados por las CCAA	109
Tabla 48.	Existencia de redes y grupos de excelencia en EPOC en las CCAA	111
Tabla 49.	Número de proyectos de investigación en AP sobre cuidados en EPOC financiados por las CCAA	113
Tabla 50.	Detalle y estado de los proyectos de investigación en AP sobre cuidados en EPOC financiados por las CCAA	113
Tabla 51.	Disponibilidad de planes generales o específicos sobre EPOC	115
Tabla 52.	Detalle de los objetivos de la Estrategia en EPOC incluidos en PG, PE u OD	124
Tabla 53.	Detalle de los objetivos de la Estrategia en EPOC incluidos en PG, PE u OD (cont.)	125

Índice de gráficos

Gráfico 1.	Evolución de la tasa de fumadores mayores de 15 años en España - ENS 2003, 2006 y EES 2009	27
------------	--	----

1. Resumen ejecutivo

La Estrategia en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue aprobada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el 3 de junio de 2009 y se acordó que se realizaría una primera evaluación a los dos años de su aprobación.

Enfoque metodológico general

El Comité de Seguimiento y Evaluación, constituido por los representantes de las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), de las sociedades científicas del ámbito de la Estrategia y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estableció, por consenso, la metodología para la evaluación siguiendo los indicadores y el sistema de evaluación fijado en el documento de la Estrategia en EPOC.

Con el fin de valorar el impacto poblacional de la Estrategia se seleccionaron indicadores de la Encuesta Europea de Salud en España (EES), de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), del Registro de Altas de Hospitalización (CMBD), de las defunciones según causa de muerte, así como de los Sistemas de Información propios de las CCAA que reflejan aspectos de la EPOC.

Asimismo, para cuantificar el nivel de cumplimiento de los objetivos en cada una de las Comunidades Autónomas (CCAA), se siguió el método de evaluación cualitativa marcado en el documento, consistente en un conjunto de preguntas que pudieran dar cuenta del grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos de la Estrategia en cada CA a 30 de junio de 2011.

El 1 de septiembre de 2011 se remitió el cuestionario a las CCAA con un plazo de un mes para su cumplimentación. Una vez recibidas, cotejadas y analizadas las respuestas de las CCAA se procedió a adaptar la pertinencia y exactitud de sus declaraciones mediante un proceso de interacción, presencial y en línea, entre los representantes de las CCAA.

Para expresar el grado de cumplimiento de cada objetivo y tomando como datos los declarados por las CCAA, se utilizó una escala de cinco puntos: no iniciado, iniciado, parcialmente conseguido, prácticamente conseguido y conseguido. La escala fue aplicada por el equipo técnico de la Subdirección General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Resultados generales

Los resultados de la evaluación indicaron que el grado de implementación de la Estrategia, según declararon las CCAA, es moderado.

Se puede afirmar que se han iniciado todos los objetivos establecidos para cada línea estratégica, aunque su grado de consecución es aún limitado y variable.

Las CCAA informan también que está muy avanzado el establecimiento de programas de deshabituación tabáquica en los centros de salud y que en los concursos con las empresas suministradoras de oxigenoterapia se incluye el acceso a dispositivos que permitan la movilidad del paciente y sus desplazamientos dentro y fuera de la CA.

Las CCAA informan que un gran porcentaje de centros de salud disponen de espirómetros y de los medios estructurales, materiales y organizativos adecuados para el diagnóstico de la EPOC. Asimismo afirman que el grado de implantación de vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales de atención de la exacerbación de la EPOC presentan un grado de consecución alto.

También se considera parcialmente conseguido el establecimiento de procedimientos de identificación, actuación, y evaluación del proceso de cuidados paliativos en pacientes con EPOC en fase avanzada terminal que incluyan sistemas de información y registro, así como la garantía de que las personas con EPOC, en fase avanzada o terminal, reciban atención en el sistema organizativo de cuidados paliativos con los respectivos equipos de soporte según sus necesidades.

En definitiva, podemos afirmar que las CCAA han realizado un gran avance en el establecimiento de circuitos, programas y medios para el abordaje de la EPOC, quedando pendiente enfatizar la evaluación y, por tanto, la calidad y eficiencia de lo realizado.

2. Introducción

La EPOC es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de limitación crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco. A pesar de ser una enfermedad grave y muy invalidante que presenta frecuentes manifestaciones extrapulmonares y comorbilidades asociadas a la propia enfermedad, al tabaquismo y al envejecimiento, se trata de un proceso prevenible y tratable.

La Encuesta Nacional de Salud de 2006 cifra la prevalencia del tabaquismo en nuestro país en el 26,4% de la población mayor de 15 años, existiendo una clara diferencia entre hombres (31,17%) y mujeres (21,33%), independientemente de la Comunidad Autónoma.

Se observa en los últimos años un lento y progresivo decremento de fumadores en la población general.

Es previsible, en un futuro próximo, que la publicación de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco tenga un impacto positivo en la reducción de los problemas de salud asociados a su consumo.

Debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad asociada y coste económico y social, la atención a pacientes con EPOC se ha convertido en uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Estrategia en EPOC del SNS

Para mejorar la atención a pacientes con EPOC, se asumió el proyecto de elaborar e implantar la Estrategia en EPOC para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), obteniéndose como resultado una Estrategia, consensuada entre el MSSSI, las CCAA, las sociedades científicas y de pacientes, y constituida por 6 líneas estratégicas, 7 objetivos generales y 35 objetivos específicos, con sus correspondientes recomendaciones o propuestas de acción e indicadores de evaluación.

Para la elaboración de la Estrategia se partió de los elementos siguientes:

- Un análisis de la situación de la EPOC en España y en el ámbito internacional.
- La elección del Coordinador Científico y la constitución de dos Comités:
 - Comité Técnico de la Estrategia, formado por sociedades científicas y asociaciones de pacientes.
 - Comité Institucional de la Estrategia, integrado por los representantes designados por las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas e INGESA.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y en concreto la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, a través de la Subdirección General de Calidad y Cohesión, es el organismo responsable de la coordinación institucional de la Estrategia.

Evaluación de la Estrategia

La evaluación de una Estrategia del Sistema Nacional de Salud, entendida como proceso sistemático y continuo que diseña, obtiene y proporciona información válida, confiable y útil para la toma de decisiones, constituye un elemento indispensable dentro de la Estrategia y es parte integrante de la misma para mejorar la calidad del Sistema Nacional de Salud.

La ejecución correcta y oportuna de la evaluación permite comprobar el grado de consecución de los objetivos propuestos, establecer pautas adecuadas, conocer el progreso de cada Comunidad Autónoma y comprobar la eficacia de la Estrategia. Para ello, se cuenta con el compromiso indispensable de todas las Comunidades Autónomas, el MSSSI e INGESA, de las sociedades científicas y de las asociaciones de pacientes; gracias a las cuales, se ha llevado a cabo la elaboración de diferentes indicadores consensuados que permiten recoger y elaborar la información necesaria para su posterior evaluación.

Con todo ello, el esfuerzo conjunto del Sistema Nacional de Salud contribuye a lograr la meta común de asegurar el despliegue y la consecución de los objetivos de la Estrategia en EPOC en el conjunto del territorio español.

Para el seguimiento y la evaluación de la Estrategia en EPOC del SNS se constituyó el Comité de Seguimiento y Evaluación (CSE), formado por los Comités Técnico e Institucional, mencionados anteriormente, y por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, que coordina y dirige la Estrategia.

Este Comité estableció –por consenso– el sistema de seguimiento y evaluación de la Estrategia en EPOC del SNS a partir de los objetivos e indicadores de evaluación establecidos en el documento de la Estrategia.

El corte para la recogida de los datos de esta primera evaluación tuvo lugar el 30 de junio de 2011. Una vez finalizados los trabajos de recogida de información y análisis de los datos obtenidos a partir de la información de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como la proporcionada por las propias Comunidades Autónomas, sociedades científicas y de pacientes, la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación ha elaborado el presente informe de evaluación, cuyos resultados por líneas estratégicas se presentan en este documento.

Es preciso resaltar que el trabajo conjunto de las sociedades científicas, asociaciones de pacientes, Comunidades Autónomas, INGESA y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, está orientado a hacer efectiva la implantación de la Estrategia en EPOC del SNS y ha conseguido aunar los esfuerzos dirigidos a la mejora continua de la atención en EPOC y con ello acrecentar en su conjunto la calidad de los servicios prestados en todo el territorio nacional.

3. Metodología

3.1. Proceso de evaluación de la Estrategia

La Evaluación de la Estrategia en EPOC del SNS consiste en valorar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos a través de los indicadores propuestos, tanto cuantitativos como cualitativos, y elaborar un informe que resuma las principales acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las Comunidades Autónomas e INGESA.

En el proceso de Evaluación se distinguen las etapas que se describen a continuación:

Constitución del Comité de seguimiento y evaluación

El 14 de septiembre de 2011 se constituyó el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia, con el objetivo de establecer el sistema de seguimiento y evaluación de la misma.

El Comité está formado por los miembros del Comité Institucional y del Comité Técnico, que fueron los que participaron en la elaboración de la Estrategia, ambos coordinados por el doctor Julio Ancochea Bermúdez, que tiene las funciones siguientes:

- Comité Institucional, formado por los representantes de todas las Comunidades Autónomas e INGESA, es el encargado de establecer el sistema de recogida de la información necesaria para la evaluación. Tiene como principal objetivo valorar la pertinencia y viabilidad de los objetivos propuestos en la Estrategia.
- Comité Técnico, constituido por representantes de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y expertos independientes designados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es el encargado de elaborar, tanto la propuesta de actualización de objetivos como las consiguientes recomendaciones de actuación para alcanzarlos, así como proponer mejoras y cambios acordes con la evidencia científica más reciente.

La Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, a través de la Subdirección General de Calidad y Cohesión, ha sido la encargada de dar el apoyo técnico, logístico y administrativo necesario para que se cum-

plan y desarrollen correctamente las funciones del Comité de Seguimiento y Evaluación y coordina además la recogida de información necesaria para la evaluación de los indicadores y la elaboración del informe de evaluación de la Estrategia.

Aprobación del informe cualitativo

El Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia trabajó en la elaboración de un cuestionario estructurado para recoger datos que permitieran valorar el grado de cumplimiento, por parte de las CCAA, de los objetivos que no disponían de indicador cuantitativo. Este cuestionario fue aprobado en una reunión del Comité de Seguimiento.

Recogida de información para la evaluación

La información necesaria para la evaluación de los objetivos de la Estrategia ha sido facilitada por las Comunidades Autónomas e INGESA, las sociedades científicas y de pacientes y por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Una vez cumplimentados los cuestionarios por los representantes de las distintas Comunidades Autónomas, así como por el conjunto de Entidades que forman parte del Comité Técnico se inició la elaboración del primer borrador del informe de evaluación, junto con el resto de información recogida a través de las restantes fuentes de información.

Elaboración del informe de evaluación y presentación al Consejo Interterritorial del SNS

El Informe ha sido realizado por la Subdirección General de Calidad y Cohesión (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

Una vez elaborado el borrador del informe, se presentó y fue debatido por los miembros de Comité de Seguimiento y Evaluación, el día 28 de junio de 2012, para su aprobación antes de ser presentado al Consejo Interterritorial del SNS.

El 23 de julio de 2013 se presenta este *Informe de evaluación* de la Estrategia en EPOC del SNS al Consejo Interterritorial del SNS.

3.2. Objetivos e indicadores de evaluación de la Estrategia en EPOC del SNS

Las líneas estratégicas que definen el desarrollo del conjunto de la Estrategia se despliegan en objetivos generales y específicos, con sus correspondientes recomendaciones técnicas e indicadores de seguimiento y evaluación, ya que, lógicamente, las líneas estratégicas no tienen igual entidad y complejidad. Por tanto, su despliegue operacional en objetivos generales y específicos no es homogéneo en referencia a su amplitud (número de objetivos que la integran) ni tampoco en relación con la diversidad de las intervenciones que se proponen.

La Estrategia en EPOC del SNS consta de 6 líneas estratégicas que tienen 7 objetivos generales y 35 objetivos específicos:

Tabla 1. Listado de los objetivos de la Estrategia en EPOC del SNS

Línea Estratégica	Objetivos
1.Prevenión y detección precoz	1. Reducir la incidencia de la EPOC.
	1.1. Disminuir, en el ámbito nacional, la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> ó = 16 años) hasta el 23,4% (hombres 27,6% y mujeres 19,5%) en el año 2011.
	1.2. Disminuir, en el ámbito nacional, la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes (de 16 a 24 años) hasta el 23% (hombres 21% y mujeres 25%) en el año 2011.
	1.3. Retrasar medio año la edad de inicio en consumo de tabaco en la población de 14 a 18 años en 2011.
	1.4. Realizar inspecciones y otras medidas para el cumplimiento estricto de la Ley Antitabaco y de los niveles de contaminantes atmosféricos y contaminantes en el medio laboral recogidos en las directrices vigentes.
	1.5. Aumentar el conocimiento de la población y profesionales sobre la relación entre el tabaco, la contaminación ambiental, la exposición laboral y la EPOC y las consecuencias de esta enfermedad.
	1.6. Establecer programas de deshabituación tabáquica a la población en los centros de salud.
	2. Mejorar el diagnóstico precoz de las personas con EPOC.
	2.1. Disponer en los centros de salud de los medios estructurales, materiales y organizativos adecuados para el diagnóstico de la EPOC.
	2.2. Realizar, dentro de las actividades preventivas del adulto, la detección precoz de la EPOC dirigida a personas mayores de 40 años, que presenten una historia de tabaquismo (actual o pasada) superior a bs 10 paquetes/año (equivalente a fumar 20 cigarrillos al día durante 10 años) y con síntomas respiratorios.
	2.3. Establecer sistemas de monitorización para que las espirometrías forzadas sean accesibles y se realicen con la calidad adecuada según los criterios establecidos.

Tabla 1. Continuación

Línea Estratégica	Objetivos
2. Atención al paciente crónico	3. Reducir la morbimortalidad de las personas con EPOC y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.
	3.1. Realizar a los pacientes con enfermedad moderada o grave una evaluación multidimensional de la EPOC.
	3.2. Los pacientes diagnosticados de EPOC tendrán desde el inicio un plan de cuidados de enfermería que aumente su capacitación y autonomía en el manejo efectivo del régimen terapéutico, y fomenten la prevención de complicaciones, según los criterios incluidos en la tabla.
	3.3. Recomendar a la totalidad de personas fumadoras activas con diagnóstico EPOC abandonar el hábito tabáquico, ofreciéndoles programas de deshabituación tabáquica, en su centro de salud y derivándoles a unidades especializadas de tabaquismo, si fuera necesario.
	3.4. Valorar y, en su caso, facilitar la financiación o cofinanciación del tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica de cualquier paciente con EPOC.
	3.5. Establecer, teniendo como base las guías de práctica clínica, criterios de calidad en el proceso de atención.
	3.6. Implantar sistemas para monitorizar la adecuación del tratamiento farmacológico.
	3.7. Implantar progresivamente dispositivos de oxigenoterapia y otras terapias respiratorias domiciliarias que permitan la movilidad del paciente y sus desplazamientos dentro y fuera de su Comunidad Autónoma.
	3.8. Implantar programas estructurados de rehabilitación respiratoria.
3. Atención al paciente con exacerbación	4. Proporcionar el tratamiento adecuado y basado en la mejor evidencia científica a las personas con EPOC que presenten exacerbaciones, en su domicilio o en el nivel asistencial más apropiado.
	4.1. Implantar vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales de atención de la exacerbación de la EPOC basados en la mejor evidencia científica.
	4.2. Realizar una evaluación y monitorización del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con exacerbaciones.
	4.3. Establecer sistemas que permitan que los centros de Atención Primaria reciban al alta de pacientes con EPOC un informe con su plan de tratamiento y de cuidados.
	4.4. Reducir el porcentaje de los reingresos hospitalarios y visitas a urgencias no planificadas a los 30 días del alta hospitalaria.
	4.5. Los centros hospitalarios deberán contar, preferentemente en áreas específicas, con aparatos de ventilación mecánica no invasiva, dispositivos de monitorización y personal entrenado para la utilización adecuada de estos dispositivos, adaptados a las posibilidades reales de cada centro.
	4.6. Los hospitales dispondrán de unidades o programas de deshabituación tabáquica para personas con EPOC fumadoras hospitalizadas.
	4.7. Equipos de A.P. y especializada, que tras una exacerbación grave, proporcionen una continuidad asistencial a corto plazo.

Tabla 1. Continuación

Línea Estratégica	Objetivos
4.Cuidados paliativos	5. Proporcionar una atención especial al paciente con EPOC en fase avanzada terminal, así como a su familia y cuidadores, según los criterios de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.
	5.1. Fomentar la aplicación de los principios bioéticos y la participación de la persona con EPOC en su proceso de acuerdo con los principios, valores y contenidos de la Ley de Autonomía del Paciente y de la legislación vigente en las distintas Comunidades Autónomas.
	5.2. Establecer procedimientos de identificación, actuación y evaluación del proceso de cuidados paliativos en pacientes con EPOC en fase avanzada terminal que incluyan sistemas de información y registro.
	5.3. Las personas con EPOC en fase avanzada o terminal recibirán atención en el sistema organizativo de cuidados paliativos de su zona básica y área de salud, en el ámbito domiciliario y especializado y con los equipos de soporte que precisen de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado, adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales.
	5.4. Implantar progresivamente, para pacientes y familiares, un sistema de acceso específico a fin de que reciban apoyo psicológico, social y familiar especializado y adaptado a sus necesidades.
	5.5. Establecer programas de apoyo al cuidador, que proporcionen información sobre servicios, recursos y materiales para el cuidado y que faciliten y agilicen los trámites burocráticos dentro de lo establecido en la Estrategia del SNS de Cuidados Paliativos.
	5.6. Realizar acciones de sensibilización e información a la población general y a los profesionales sobre objetivos, principios y recursos de cuidados paliativos.
5.Formación de profesionales	5.7. Establecer programas de formación continuada y específica para profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria, a fin de que puedan atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con enfermedad en fase avanzada o terminal y las de sus familias.
	6. Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para atiendan de forma conveniente las necesidades de las personas con EPOC y favorecer el abordaje integral e integrado de la enfermedad y la coordinación entre Atención Primaria y Especializada.
6.Investigación	6.1. Disponer en las Comunidades Autónomas de un Plan de Formación Continuada para la totalidad de profesionales que presten atención a las personas con EPOC.
	7. Potenciar la investigación epidemiológica, básica, clínica y traslacional en aspectos de prevención y atención integral de la EPOC.
	7.1. Promover, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en la EPOC.
	7.2. Poner en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en la EPOC.
7.3. Promover la investigación en Atención Primaria sobre cuidados en la EPOC.	

Se ha establecido el grado de consecución de cada uno de los objetivos según la siguiente escala (en los casos en que intervengan múltiples indicadores en relación con la consecución del objetivo se ha realizado una valoración con los siguientes criterios de ponderación):

Leyenda	
Grado de consecución	Nº de CCAA que han conseguido el objetivo
Conseguido	17-18
Prácticamente conseguido	15-16
Parcialmente conseguido	11-14
Iniciado	2-10
No iniciado	0-1

4. Resultados de la evaluación

4.1. Línea estratégica 1. Prevención y detección precoz

4.1.1. Objetivo general 1: Reducir la incidencia de la EPOC

Este objetivo general se evalúa a través de los seis objetivos específicos siguientes:

Objetivos
1. Reducir la incidencia de la EPOC
1.1. Disminuir, en el ámbito nacional, la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta (> ó = 16 años) hasta el 23,4% (hombres 27,6% y mujeres 19,5%) en el año 2011.
1.2. Disminuir, en el ámbito nacional, la prevalencia del consumo de tabaco en jóvenes (de 16 a 24 años) hasta el 23% (hombres 21% y mujeres 25%) en el año 2011.
1.3. Retrasar medio año la edad de inicio en consumo de tabaco en la población de 14 a 18 años en 2011.
1.4. Realizar inspecciones y otras medidas para el cumplimiento estricto de la Ley Antitabaco y de los niveles de contaminantes atmosféricos y contaminantes en el medio laboral recogidos en las directrices vigentes.
1.5. Aumentar el conocimiento de la población y profesionales sobre la relación entre el tabaco, la contaminación ambiental, la exposición laboral y la EPOC y las consecuencias de esta enfermedad.
1.6. Establecer programas de deshabituación tabáquica a la población en los centros de salud.

Objetivo específico 1.1. Disminuir, en el ámbito nacional, la prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (> ó = 16 años) hasta el 23,4% (hombres 27,6% y mujeres 19,5%) en el año 2011.

La fuente más reciente de datos consolidados y validados para el conjunto de España y sus CCAA, sobre la cual poder valorar la prevalencia del consumo de tabaco, es la Encuesta Europea de Salud en España de 2009 (EES

2009). En la siguiente tabla se muestra el porcentaje de personas mayores de 15 años, que declaran ser fumadoras en el momento de la entrevista, desglosado por Comunidad Autónoma y sexo (EES 2009).

Tabla 2. Tasa de fumadores de mayores de 15 años por Comunidad Autónoma y sexo

Comunidad Autónoma	Total	Hombre	Mujer
Andalucía	26,65	31,18	22,28
Aragón	24,77	28,19	21,42
Asturias (Principado de)	27,18	32,57	22,24
Baleares (Islas)	25,68	28,56	22,86
Canarias	27,21	30,87	23,62
Cantabria	27,63	33,71	21,88
Castilla y León	28,44	35,26	21,76
Castilla - La Mancha	28,95	32,77	25,06
Cataluña	24,18	29,47	19,02
Comunidad Valenciana	28,19	34,75	21,74
Extremadura	26,28	33,90	18,90
Galicia	22,24	26,97	17,88
Madrid (Comunidad de)	25,06	28,92	21,48
Murcia (Región de)	26,68	32,94	20,16
Navarra (Comunidad Foral de)	28,26	32,67	23,78
País Vasco	27,24	32,66	22,28
Rioja (La)	29,43	33,68	25,17
Ceuta y Melilla	21,62	27,22	16,17
Total	26,16	31,17	21,33

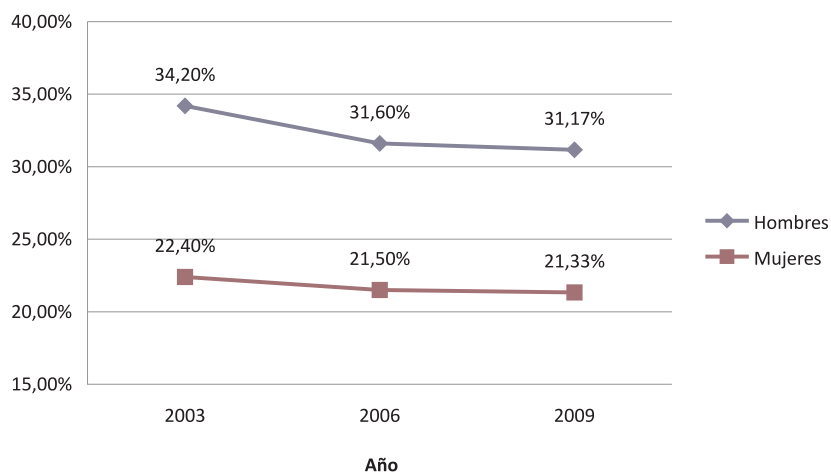
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2009, MSSSI e INE

Como se aprecia en la tabla, el 26,16% de la población española mayor de 15 años declara ser fumadora, existiendo una clara diferencia entre hombres (31,17%) y mujeres (21,33%).

En el análisis desagregado por sexo y comparado con los resultados de la ENSE 2006, sugiere una tendencia al estancamiento en la variación de este indicador, pues la prevalencia más actual conocida (31,17% para hombres en el 2009) es apenas inferior a la del 2006 (31,6%), cuando ésta disminuyó en 2,6 puntos respecto a la de 2003 (34,2%).

En el caso de las mujeres, también se muestra una tendencia al estancamiento en la disminución, como se aprecia en el siguiente gráfico:

Gráfico 1. Evolución de la tasa de fumadores mayores de 15 años en España - ENS 2003, 2006 y EES 2009



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud de España 2003, 2006 y Encuesta Europea de Salud 2009. MSSSI.

Por tanto, en términos globales para el conjunto de España, en 2009 todavía se trataba de un objetivo no conseguido. Sin embargo, en términos relativos algunas CCAA sí los habían alcanzado (véase tabla siguiente):

Tabla 3. Desglose de CCAA donde la tasa de fumadores mayores de 15 años ya ha alcanzado la meta del objetivo

Comunidad Autónoma	Ambos sexos (objetivo $\leq 23,4\%$)	Hombres (objetivo $\leq 27,6\%$)	Mujeres (objetivo $\leq 19,5\%$)
Galicia	Conseguido	Conseguido	Conseguido
Ceuta y Melilla	Conseguido	Conseguido	Conseguido
Cataluña	No	No	Conseguido
Extremadura	No	No	Conseguido
Resto de CCAA	No	No	No

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2009. MSSSI e INE. Análisis de elaboración propia.

No se dispone de datos consolidados más recientes que permitan establecer la situación en 2011.

Conclusión Objetivo 1.1. No disponemos de datos de 2011 para poder evaluar.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 1.2. Disminuir, en el ámbito nacional, la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes (de 16 a 24 años) hasta el 23% (hombres 21% y mujeres 25%) en el año 2011.

Los datos obtenidos corresponden al porcentaje de personas jóvenes mayores de 15 años y menores de 25 que declaran ser fumadoras en el momento de la entrevista (EES 2009).

Con los datos disponibles del año 2009 se determina que para entonces no se había alcanzado el hito de reducción planteado para el conjunto de España en el caso de los hombres (28,91% frente al 21% deseado). Sin embargo, sí se había alcanzado ya en 7 CCAA en el caso de mujeres (23,52% en mujeres frente al 25% deseado), en el caso de los hombres solo 3 CCAA han conseguido alcanzar el objetivo.

Sólo tres CCAA habían alcanzado la meta de prevalencia global fijada en la Estrategia, aunque solamente una de ellas –Aragón– había logrado la meta tanto en hombres como en mujeres (véase tabla siguiente).

Tabla 4. Desglose de Comunidades Autónomas donde la tasa de fumadores en edades comprendidas entre 16 y 24 años ya ha alcanzado la meta del objetivo

Comunidad Autónoma	Ambos sexos (objetivo ≤ 23%)	Hombres (objetivo ≤ 21%)	Mujeres (objetivo ≤ 25%)
Aragón	Conseguido	Conseguido	Conseguido
Canarias	Conseguido	Conseguido	No
Galicia	Conseguido	Conseguido	No
Andalucía	No	No	Conseguido
Castilla y León	No	No	Conseguido
Cataluña	No	No	Conseguido
Extremadura	No	No	Conseguido
Ceuta y Melilla	No	No	Conseguido
País Vasco	No	No	Conseguido
Resto de CCAA	No	No	No

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2009. MSSSI e INE. Análisis de elaboración propia.

Conclusión Objetivo 1.2: No disponemos de datos de 2011 para poder evaluar y conocer el impacto que haya podido tener la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 1.3. Retrasar medio año la edad de inicio en consumo de tabaco en la población de 14 a 18 años en 2011.

Para evaluar este objetivo vamos a utilizar la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), que se hace sobre la población que señala el objetivo (14-18 años), la evolución ha sido la siguiente:

Tabla 5. Edad media declarada de inicio al consumo de tabaco. Población de 14 a 18 años

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Total nacional	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3	13,5

Fuente: Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Basándonos en todos estos datos, no podemos afirmar que la edad media de inicio en el hábito de fumar se vaya retrasando.

Conclusión Objetivo 1.3: No tenemos datos en 2011.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 1.4. Realizar inspecciones y otras medidas para el cumplimiento estricto de la Ley Antitabaco y de los niveles de contaminantes atmosféricos y del medio laboral recogidos en las directrices vigentes.

Se identifican dificultades para informar los indicadores vinculados con este objetivo, ya que siete CCAA e INGESA no han podido proporcionar el detalle de los mismos.

La siguiente tabla muestra los datos de las inspecciones y otras medidas tomadas por la Administración Pública de las distintas CCAA para el cumplimiento de la Ley Antitabaco en aquellas diez CCAA que han facilitado la información correspondiente:

Tabla 6. Inspecciones y otras medidas llevadas a cabo para el cumplimiento de la Ley Antitabaco

Comunidad Autónoma	Realizadas		Evaluadas		En proceso	
	Inspecciones	Otras medidas	Inspecciones	Otras medidas	Inspecciones	Otras medidas
Andalucía	69.601	2.167	4.022			
Canarias	4.022					
Cantabria	4.749	8	4.749	8	n.d.	n.d.
Castilla y León	9.823	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Cataluña	46.555	n.d.	3.423	n.d.	n.d.	n.d.
Extremadura	138	n.d.	n.d.	n.d.	113	n.d.
Galicia	1.283		1.283			
Madrid	7.687					
Murcia (Región de)	86	n.d.	86	n.d.	n.d.	n.d.
La Rioja	27	n.d.	27	n.d.	n.d.	n.d.
Total nacional (informado)	143.971	2.175	13.590	8	113	n.d.

Fuente: Elaboración propia

Andalucía aporta la siguiente información complementaria:

En el periodo de evaluación se han realizado varias inspecciones que se detallan a continuación:

Establecimientos hosteleros: 69.601, con un cumplimiento del 95.7%. Se realizaron 1.419 denuncias y 748 expedientes de los que se han resuelto 374.

Servicios sanitarios: 4.493 con un cumplimiento del 98% y 106 infracciones.

Centros sociales: 1.349.

Hoteles y pensiones: 701.

Canarias aporta información sobre las medidas puestas en marcha:

Coordinación del programa de inspecciones y formación dirigida a los técnicos inspectores de Salud Pública.

Presentación de los resultados del programa en los medios de comunicación. Se objetiva un 90% de cumplimiento general de la normativa.

Campaña dentro de la general del *Manifiesto por una Canarias libre de humo de tabaco* acerca de la legislación.

La **Comunidad de Madrid** describe explícitamente que existe un registro de los niveles de contaminación ambiental de los cuales se informa a diario y se remiten a los jefes de los servicios clínicos correspondientes (neumología, alergia, etcétera.) y a los equipos directivos de todos los hospitales, así como a los responsables sanitarios de la Comunidad. Igualmente, y como centros más sensibles a la normativa, existe una vigilancia estricta en los hospitales y en todos los centros sanitarios que realizan los equipos directivos de los mismos para que se cumpla dicha Ley.

La Rioja, en el marco del Segundo Plan de Salud de La Rioja 2009-2013, aprobó el Plan Riojano del Tabaquismo 2009-2013 y, en la implementación de las medidas del mismo se realizaron actuaciones de control e inspección, atención a reclamaciones de incumplimientos de la Ley Antitabaco y otras medidas como atención de consultas y peticiones de información sobre diversos aspectos relacionados con la Ley, con la difusión de publicaciones y con el tratamiento del tabaquismo. En este sentido en el período 2009 -2011 se han realizado 95 actuaciones de control e inspección (apercibimientos, inspecciones y visitas informativas), 208 actuaciones sobre reclamaciones de incumplimientos de la Ley y 474 intervenciones sobre otras medidas (consultas sobre legislación, señalizaciones, publicaciones y peticiones de información sobre tratamientos).

Aunque no todas las CCAA han informado del número de inspecciones y otras medidas realizadas, se ha podido contabilizar un total de 143.971 inspecciones realizadas, 13.590 inspecciones evaluadas y 113 inspecciones en proceso.

Conclusión Objetivo 1.4: Iniciado, aunque se identifica una necesidad de mejorar la información sobre lo realizado en este objetivo.

Recomendaciones: Mantener objetivo.

Objetivo específico 1.5. Aumentar el conocimiento de la población y profesionales sobre la relación entre el tabaco, la contaminación ambiental, la exposición laboral y la EPOC y las consecuencias de esta enfermedad.

En relación con este objetivo se identifican dificultades para informar los indicadores vinculados al mismo, ya que 11 CCAA no han podido proporcionar el detalle de los mismos. Sin embargo, en este caso, esta falta de información es debida a que una gran parte de las campañas de información dirigidas a la población general y las actividades de formación a los profesionales son impulsadas y llevadas a cabo por las sociedades científicas, asociaciones y otras entidades.

Aunque no todas las CCAA disponen de la información en relación con las campañas realizadas, se han podido contabilizar distintas campañas sobre la relación entre el tabaco, la contaminación ambiental, la exposición laboral y la EPOC y las consecuencias de esta enfermedad en, al menos, siete CCAA.

- En **Andalucía**, a través de Plan Integral de Tabaquismo (PITA) se han realizado las siguientes acciones:
 - Campañas informativas anuales en el Día Mundial Sin Tabaco.
 - Programa Empresas Libres de Humo.
 - Servicio de Atención Telefónica para dejar de fumar. Quit Line.
 - Teléfono de información ciudadana sobre tabaquismo.
 - Espacios informativos: www.juntadeandalucia.es/salud/tabaquismo y <http://www.informarseessalud.org>
 - Materiales de información y sensibilización (folletos, dípticos, trípticos, guías, videos) dirigidos a población general y profesionales sanitarios.
 - Red de Formadores del PITA multidisciplinar, con 770 miembros y una plataforma de comunicación virtual que facilita la interconexión (www.redformadorespita.org).
 - Plan de Formación en Tabaquismo. Desde 2007 a 2011 (noviembre) se han formado 31.008 profesionales sanitarios (58%), especialistas hospitalarios (medicina interna, neumología, ORL, ginecología y obstetricia...), medicina de familia, odontología, enfermería, auxiliar de enfermería, matronas, fisioterapeutas y MIR.
 - Además del Plan Integral de Tabaquismo, en Andalucía se realizan otras actividades de información a la población, enmarcadas en Programas de Promoción de Hábitos Saludables, que se desarrollan en su mayoría en el entorno escolar, como son:
 - *A no fumar ¡me apunto!*
 - *Concurso «Déjalo y gana».*
 - *Clases sin Humo.*
- En el **Principado de Asturias** las campañas de información las realizan tanto los ayuntamientos como las sociedades científicas.
- En **Canarias** se han descrito tres campañas:
 - Campaña *Manifiesto por una Canarias libre de humo de tabaco* desde 2010 dirigida a la población general sobre los riesgos del tabaquismo activo e involuntario. Incluye la adscripción de empresas, sociedades científicas y otros elementos de la sociedad civil.
 - Campaña con motivo del *Día Mundial Sin Tabaco 2011*, dirigida a la población sobre la importancia del cumplimiento de la Ley y

sobre los beneficios de dejar de fumar a corto, medio y largo plazo. También con información sobre tabaquismo activo e involuntario.

- Cursos de formación dirigidos a profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre prevención y tratamiento del tabaquismo (cuatro ediciones desde enero de 2011).
 - En **Cantabria** se han descrito un total de cuatro campañas. Se han realizado dos campañas de información a la población general y dos de formación de profesionales sobre el tabaquismo. Para su realización se han elaborado varios folletos explicativos (*Cura para dejar de fumar, Mujer y tabaco, Embarazo y tabaco, Tabaquismo pasivo, Mitos sobre el tabaco, Ventajas y beneficios de dejar de fumar*) acompañados de sesiones de información específica en los medios de comunicación así como cursos y jornadas.
 - En **Cataluña** se identifican tres campañas, una de las cuales ha podido ser evaluada. Ésta última ha sido la campaña *El humo es fatal* realizada en tres etapas. La primera de campaña se realizó entre el 9 de diciembre de 2008 y el 8 de enero de 2009, la segunda entre septiembre y octubre de 2009, y la tercera –ya con la nueva legislación en vigor– en enero de 2011.
 - La **Comunidad de Madrid** indica que en su ámbito territorial se realizan, como mínimo, cuatro campañas de información anuales (actualmente cuatro realizadas y cuatro en proceso) dirigidas a la población general en las que se proporciona información sobre el tabaco, la EPOC y las espirometrías.
 - En el caso de la **Región de Murcia** se citan tres actividades institucionales realizadas con el objetivo de sensibilizar a la población en línea con el objetivo de este apartado.
 - **Galicia:**
 - Número de campañas de información realizadas: siete
 - Número de campañas de información evaluadas:
 - Una *Deixao e gana*. Campaña bianual. Un año se realiza y al año siguiente se evalúa.
- A profesionales:
- Diplomado en Salud Pública. Módulo de tabaco (uno cada año).
 - Abordaje del tabaquismo. Consejo breve.
 - Diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Intervención intensiva.
 - Abordaje del tabaquismo desde una perspectiva de género. Intervención específica en la mujer.
 - Formación de agentes sociales en la programación del bienestar físico y psicológico.

- **País Vasco**

- Desarrollo del **Programa Euskadi libre de humo de tabaco**.
- El programa consta de seis líneas de actuación simultáneas:

Línea 1. Creación de grupos de trabajo para revisión y actualización del material de apoyo a profesionales y elaboración del panel de indicadores y formularios corporativos. Elaborados seis folletos y dos guías y actualizado el material de apoyo en Historia Osabide-AP y en la Web de Osakidetza. Elaborados formularios corporativos para registro de los tratamientos en Osabide AP.

Línea 2. Diseño del programa de formación en intervención tabáquica dirigida a profesionales de la salud atendiendo a los determinantes sociales de la salud, comenzó por formar referentes en aquellos centros de salud ubicados en zonas básicas de salud con quintil de privación cinco y cuatro; en el momento actual se está completando el despliegue a todos los cupos de Atención Primaria.

Vídeo ilustrativo para sensibilización y realización de consejo sanitario dirigido a profesionales de fuera (a través de colegios profesionales) y dentro de la red de Osakidetza. Formato *online* para tratamiento individual del tabaquismo dirigido a Atención Primaria, red de salud mental y hospitales de media y larga estancia, formato presencial para tratamiento grupal del tabaquismo dirigido a Atención Primaria.

Despliegue de la Formación

- La formación en tratamiento individual y grupal en Atención Primaria fue de 474 personas en tratamiento individual y de 139 en tratamiento grupal.
- Se han impartido tres Cursos en Intervención Individual y 10 en Intervención Grupal.
- La formación realizada durante estos años, por categorías profesionales corresponden el 10,32% de la plantilla de Medicina de Familia y el 21,04% de la de Enfermería.

Línea 3. Despliegue de la intervención en el ámbito de Atención Primaria. El 81% de centros de salud tenían profesionales formados para poder ofrecer tratamiento individual de tabaquismo y el 21% de las Unidades de Atención Primaria estaban formadas para poder realizar tratamiento grupal.

Línea 4. Despliegue de la intervención en Atención Especializada. Mapa elaborado de recursos de AE.

Línea 5. Coordinación con proyectos de la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad: O-sarean-Consejo Sanitario, para seguimiento de pacientes en tratamiento del tabaquismo y formación de paciente activo, para intervención en tratamiento grupal del tabaquismo.

Línea 6. Monitorización y evaluación del programa.

- En la **Comunidad Foral de Navarra** se citan 80 actividades realizadas: 48 talleres grupales en AP para fumadores en 16 zonas básicas de salud, 24 sesiones comunitarias en el marco del Día Mundial del Tabaco en 12 zonas básicas de salud y 8 sesiones divulgativas en un centro de salud.
- En la **Comunidad Autónoma de La Rioja** a través del *Plan de tabaquismo de La Rioja* y en el marco de las líneas de intervención de hábitos y estilos saludables de vida y de las enfermedades respiratorias crónicas y asma del *II Plan de Salud de La Rioja 2009-2019*, se han realizado las siguientes acciones:
 - En 2009: Redacción, aprobación, presentación y difusión del *Plan Riojano de Tabaquismo 2009-2013*; edición de una *Guía práctica para dejar de fumar*; publicación de un folleto informativo sobre los beneficios de dejar de fumar y perjuicios de fumar; puesta en práctica del Programa: *¡Ya puedes dejar de fumar en tu empresa!*; edición de la *Guía de intervención en tabaquismo en Atención Primaria*; edición de carteles sobre la *Semana sin humo*.
 - En 2010: Difusión del proyecto *Familia sin humo*; edición de la *Guía de tabaco en la embarazada*; publicación de carteles sobre *Tabaco y medio laboral*; así como continuar con los proyectos del 2009.
 - En 2011:
 - Campañas informativas en 2011 coincidiendo con el Día Mundial Sin Tabaco (2):
 - Campaña conjunta de la Consejería de Salud y Servicios Sociales y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria sobre de la XII Semana Sin Humo, bajo el lema *No sigas ese tren, ¡Desengánchate!*, con el objetivo de sensibilizar a la opinión pública sobre la problemática del tabaco y sus riesgos para la salud.
 - Campaña conjunta de la Asociación Española Contra el Cáncer en La Rioja y la Consejería de Salud y Servicios Sociales con el lema *Rompe con el tabaco*. Distribución a la población de material divulgativo relacionado con los aspectos perjudiciales del tabaco y colocación de carteles en los centros de salud, hospitales, servicios de drogodependencias y centros para jóvenes de La Rioja.

- Actividades formativas (cursos, sesiones clínicas).
- Espacios informativos: <http://infodrogas.org/inf> ; <http://www.drojnet.eu/sp/quienes/larioja.php>
- Campaña de *Familia sin humo +clases sin humo*.
- Teléfono de información gratuito sobre alcohol, tabaco y otras drogas.
- Materiales de información y sensibilización (folletos, dípticos, trípticos, guías) dirigidos a población general y profesionales sanitarios.
- Los materiales de estas campañas se encuentran en el enlace siguiente:
 - http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/guia_tabaco.pdf
- En la **Comunidad Valenciana** se ha realizado un curso dirigido a 1.700 profesionales sanitarios sobre EPOC, en el que se han estudiado específicamente estos factores causales.
 - También se realizó la *III Jornada de EPOC de la Comunidad Valenciana* con asistencia de 100 profesionales sanitarios (médicos y personal de enfermería de Atención Primaria).

Conclusión Objetivo 1.5: Iniciado aunque con poca información disponible.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 1.6. Establecer programas de deshabituación tabáquica a su población en los centros de salud.

Tabla 7. Programas de deshabituación tabáquica en los centros de salud

Comunidad Autónoma	Incluido en objetivos de gestión de AP	Nº de centros con programa de deshabituación tabáquica	Nº de centros de Salud	% de centros con programa de deshabituación tabáquica	Programa evaluado
Andalucía	Sí	401	401	100%	Sí
Aragón	Sí	123	125	98%	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	n.d.	84	n.d.	No
Baleares (Islas)	Sí	57	57	100%	Sí
Canarias	Si	11	110	10%	n.d.
Cantabria	Sí	41	41	100%	Sí
Castilla y León	Sí	246	246	100%	Sí
Castilla - La Mancha	Sí	201	201	100%	No
Cataluña	Sí	357	362	99%	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	84	259	32%	No
Extremadura	Sí	n.d.	113	n.d.	No
Galicia	Si	20	315	6%	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	286	286	100%	Sí
Murcia (Región de)	Sí	89	89	100%	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	54	54	100%	n.d.
País Vasco	Sí	256	320	80%	Si
La Rioja	Sí	12	19	63%	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	n.d.	7	n.d	n.d.
Total nacional	18	2.238	3.089 (CCAA informantes)	72%	10

Fuente: Elaboración propia

Fuente Número de centros de salud: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MSSI (31 de diciembre de 2010)

INGESA y todas las CCAA afirman que tienen incluidos los programas de deshabituación tabáquica entre los objetivos de gestión del ámbito de la Atención Primaria. La evaluación de los programas todavía no se ha podido realizar de forma generalizada, ya que hasta el momento el objetivo se ha evaluado en 10 CCAA. La mayoría de las Comunidades afirman que

disponen en casi todos sus centros de programas de deshabituación tabáquica.

En seis CCAA se han explicitado los resultados de la evaluación, así como los indicadores empleados para su realización.

Baleares:

La detección de tabaquismo y la actuación están incluidas en el conjunto de Indicadores de Calidad Asistencial de AP de los que se miden anualmente sus resultados ligados al Contrato de Gestión. Los resultados indican que existe una leve disminución en el resultado de consejo mínimo dado que durante 2010 hubo movilidad de enfermeras en AP por oposiciones en curso.

- Registro del hábito tabáquico 2009 47,7%.
- Registro del hábito tabáquico 2010 52,50%.
- Consejo mínimo antitabaco 2009 69,30%.
- Consejo mínimo antitabaco 2010 67%.

Cantabria:

Se ha introducido el registro del consumo de tabaco en un 30% de las historias clínicas informatizadas de Atención Primaria de Cantabria. Se ha incrementado el consejo sanitario para dejar de fumar en un 30 %. Se han incrementado los pacientes incluidos en el Programa de Deshabituación Tabáquica en un 381,9%.

Castilla y León:

Se evalúa anualmente el servicio de Deshabituación Tabáquica. La inclusión en el servicio supone: valoración de la situación de fumador y registro Consejo sanitario antitabaco estructurado (intervención breve). La cobertura del servicio se ha incrementado un 2% desde 2009.

Cataluña:

Se evalúa la prevalencia del tabaquismo entre profesionales sanitarios y no sanitarios. Se observa una reducción de la prevalencia de tabaquismo del 34% entre el personal sanitario y del 17% entre el personal no sanitario.

Murcia:

Se ha realizado una evaluación sistemática en un Área de Salud sobre un total de 2.000 pacientes en tratamiento de deshabituación desde los EAP. El porcentaje de abandono al año es del 21%.

País Vasco:

- El 97% de centros de salud tienen profesionales formados para poder ofrecer tratamiento de tabaquismo.
- El 60,7% de cupos han recibido formación.
- Los tratamientos individuales registrados en los centros de Atención Primaria en 2012 se han multiplicado por 4,5 respecto al año 2011, pasando de 388 en 2011 a 1.729 registros en 2012.
- Los registros de tratamientos grupales se han multiplicado por 9,5 en el último año.
- De 51 registros en 2011 se ha pasado a 483 en 2012.

Se ha dado formación a 412 trabajadores de enfermería, 196 médicos y a 5 personas de otras categorías. En relación con el tipo de aprendizaje se han formado en deshabituación tabáquica 474 personas y 139 en deshabituación tabáquica grupal.

Se dispone de datos de indicadores de tabaco dentro de la Oferta Preferente desde año 2005 y hasta la actualidad. Los datos correspondientes al último cuatrimestre del 2011 de la Comunidad Autónoma del País Vasco son:

- En el 2011 se elaboraron e implementaron formularios corporativos para el registro del tratamiento en historia clínica, en la actualidad se están realizando. En este periodo se han explotado datos pero no son significativos, ya que se precisa de más tiempo de registro para valorar su tendencia.

Conclusión Objetivo Específico 1.6: la disposición de programas, aunque no su evaluación, está conseguida prácticamente.

Recomendación: Mantener objetivo, recalcando la necesidad de evaluar los programas.

4.1.2. Objetivo general 2: Mejorar el diagnóstico precoz de las personas con EPOC

Este objetivo general se evalúa a través de los tres objetivos específicos siguientes:

Objetivos
2. Mejorar el diagnóstico precoz de las personas con EPOC
2.1. Disponer en los centros de salud de los medios estructurales, materiales y organizativos adecuados para el diagnóstico de la EPOC.
2.2. Realizar, dentro de las actividades preventivas del adulto, la detección precoz de la EPOC dirigida a personas mayores de 40 años que presenten una historia de tabaquismo (actual o pasada) superior a los 10 paquetes/año (equivale a fumar 20 cigarrillos al día durante 10 años) y con síntomas respiratorios.
2.3. Establecer sistemas de monitorización para que las espirometrías forzadas sean accesibles y se realicen con la calidad adecuada según los criterios establecidos.

Objetivo específico 2.1. Disponer en los centros de salud de los medios estructurales, materiales y organizativos adecuados para el diagnóstico de la EPOC.

Según se observa en la tabla siguiente, INGESA y 15 CCAA afirman que tienen incluido el objetivo anterior entre los objetivos de gestión del ámbito de Atención Primaria.

Tabla 8. Disponibilidad de medios para el diagnóstico de la EPOC: Inclusión y evaluación del objetivo por las CCAA.

Comunidad Autónoma	Incluido en contratos de gestión de AP	Objetivo evaluado
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	No
Asturias (Principado de)	Sí	No
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	n.d.	n.d.
Cantabria	Sí	No
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	Sí	No
Cataluña	Sí	No
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	No
Galicia	Sí	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	No	No
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	No
Total nacional	16	7

Fuente: Elaboración propia

La evaluación de los programas todavía no se ha terminado o no se ha realizado de forma generalizada: actualmente siete CCAA afirman haber evaluado el objetivo, de las cuales **Baleares** informa que evalúa lo siguiente:

- Número de centros de Atención Primaria que tienen espirómetro con responsable y circuito establecido y el número total de centros de Atención Primaria.
- Los resultados que aportan es que el 100% de los centros de salud de las Islas Baleares disponen de al menos un espirómetro listo para ser utilizado. La fuente de información utilizada fue la encuesta realizada a los responsables de espirometría y enfermería de todos los centros de salud.

Cataluña indica que se han evaluado otros aspectos relacionados con la realización de la espirometría en la Atención Primaria, como por ejemplo: tipo de personal cualificado que hace las pruebas, si se realizan a población infantil, quién vela por el mantenimiento de los aparatos, del calibrage,

quién realiza las pruebas en ausencia del profesional designado, tipo de formación recibida por los profesionales, periodicidad de esta formación...

Los centros de Atención Primaria con, al menos, un espirómetro vienen reflejados en la siguiente tabla:

Tabla 9. Medios en los centros de Atención Primaria (espirómetros)			
Comunidad Autónoma	Nº de centros de AP con al menos un espirómetro	Nº de centros de Salud	% de centros de AP con al menos un espirómetro
Andalucía	401	401	100%
Aragón	123	125	98%
Asturias (Principado de)	82	84	98%
Baleares (Islas)	57	57	100%
Canarias	78	110	71 %
Cantabria	41	41	100%
Castilla y León	246	246	100%
Castilla-La Mancha	201	201	100%
Cataluña	295	362	81%
Comunidad Valenciana	136	259	52%
Extremadura	107	113	95%
Galicia	275	315	87%
Madrid (Comunidad de)	282	286	98%
Murcia (Región de)	89	89	100%
Navarra (Comunidad Foral)	54	54	100%
País Vasco	122	122	100%
La Rioja	7	19	37%
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.	7	n.d.
Total nacional	2.560	2.872 (CCAA informantes)	89%

Fuente: Elaboración propia
Fuente del número: de centros de salud: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MSSSI (a 31 de Diciembre de 2010)

Como se refleja en la tabla anterior, 12 CCAA afirman que disponen en casi todas las zonas básicas de, al menos, un espirómetro. En el resto de CCAA el porcentaje de dotación de sus centros de Atención Primaria con espirómetros se sitúa entre el 37% y el 87%.

Los centros de Atención Primaria con circuito de espirometría vienen reflejados en la siguiente tabla:

Tabla 10. Medios en los centros de Atención Primaria (responsable y circuito)

Comunidad Autónoma	Nº de centros de AP con responsable y circuito de espirometría	Nº de centros de Salud	% de centros de Salud con responsable y circuito de espirometría
Andalucía	n.d.	401	n.d.
Aragón	n.d.	125	n.d.
Asturias (Principado de)	2	84	2%
Baleares (Islas)	57	57	100%
Canarias	78	110	71%
Cantabria	41	41	100%
Castilla y León	186	246	76%
Castilla-La Mancha	86	201	43%
Cataluña	n.d.	362	n.d.
Comunidad Valenciana	92	250	37%
Extremadura	n.d.	113	n.d.
Galicia	99	315	31%
Madrid (Comunidad de)	286	286	100%
Murcia (Región de)	89	89	100%
Navarra (Comunidad Foral)	42	54	78%
País Vasco	n.d.	122	n.d.
La Rioja	7	19	37%
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.	7	n.d.
Total nacional	1.065	2.882 (CCAA informantes)	37%

Fuente: Número de centros de salud: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), MSSSI
Elaboración propia.

Como se refleja en la tabla anterior, cuatro CCAA afirman que en casi todos sus centros de Atención Primaria disponen de un circuito de espirometría con un responsable definido.

En el resto de CCAA de las que tenemos datos, el porcentaje de centros de Atención Primaria con circuito de espirometría y responsable definido es muy variable. En el País Vasco existe circuito para las espirometrías las cuales en algunos centros las realizan personas diferentes. No obstante el responsable último es el Jefe de Unidad.

En resumen, el porcentaje de centros con espirómetro en las CCAA es elevado. Aun así, existe todavía en ellas un margen importante de mejora en la definición de circuitos y referentes.

Conclusión Objetivo Específico 2.1: Parcialmente conseguido en cuanto a dotación de espirometrías, iniciada la disposición de circuitos establecidos y responsable definido.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 2.2. Realizar, dentro de las actividades preventivas del adulto, la detección precoz de la EPOC dirigida a personas mayores de 40 años que presenten una historia de tabaquismo (actual o pasada) superior a los 10 paquetes por año (equivale a fumar 20 cigarrillos al día durante 10 años) y con síntomas respiratorios.

Dado que la EPOC es una enfermedad crónica y progresiva, su detección en estadios precoces, unido al abandono tabáquico, puede comportar un mejor pronóstico. Diversos estudios han puesto de manifiesto el retraso diagnóstico de la EPOC y una elevada tasa de infradiagnóstico. Una mayor concienciación de los profesionales sanitarios y de la población general en relación con los síntomas respiratorios crónicos debería facilitar la detección más temprana de esta enfermedad.

En la siguiente tabla se muestra la inclusión del objetivo 2.2 como objetivo de gestión del ámbito de la Atención Primaria en las CCAA, así como si se ha realizado su evaluación.

Tabla 11. Inclusión en los contratos de gestión, y evaluación del objetivo 2.2.

Comunidad Autónoma	Incluido en contratos de gestión de AP	Objetivo evaluado
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	No	No
Asturias (Principado de)	No	No
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	n.d.	n.d.
Cantabria	No	No
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	No	No
Comunidad Valenciana	No	No
Extremadura	Sí	No
Galicia	Sí	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	No
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	No
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.	n.d.
Total nacional	10	5

Fuente: Elaboración propia

Hay 10 CCAA que explicitan haber integrado el objetivo 2.2 entre los objetivos de gestión del ámbito de la Atención Primaria y en cinco casos afirman que han evaluado el objetivo, aunque sólo aportan información tres.

En **Baleares** informan que han desarrollado una herramienta informática que permite la gestión de un aviso específico para la detección de EPOC en fumadores de >40 años con consumo acumulado de más de 10 paquetes por año en las historias clínicas de Atención Primaria y Hospitalaria. Por el momento, la herramienta se encuentra en fase de pilotaje por 40 profesionales de Atención Primaria y varios más de atención sociosanitaria con un funcionamiento correcto por lo que se podrá extender el uso de la misma en un periodo que nunca se dilatará más allá de finales del año 2011.

Sobre **la evaluación**: Un 8% de la población de fumadores >40 años de Islas Baleares, con un consumo acumulado de más de 10 paquetes por año, están diagnosticados de EPOC (número total de personas que tiene una espirometría registrada en la base de datos corporativa de historia clínica del IB-Salut / fumadores >40 años con consumo acumulado de más de 10 paquetes por año registrados en dicha base de datos de Baleares).

Navarra informa que en la última evaluación (2009) se comprobó que el 65% de las enfermeras responsables y el 46% de las suplentes habían recibido formación reglada; ofertando una nueva formación. El 100% de las ZBS (Zonas Básicas de Salud) disponían de espirómetros; y el 74% disponían de la totalidad del material necesario para la calibración; posteriormente se facilitó a todas las ZBS el equipamiento necesario. La centralización del proceso y la calibración del espirómetro se cumplen respectivamente en el 83% y 65% de los casos. Un 85% de enfermeras conocen los valores de referencia y un 74% dan instrucciones sistemáticas a todos los pacientes.

**Conclusión Objetivo Específico 2.2: Iniciado aunque no evaluado.
Recomendación: Mantener objetivo.**

Objetivo específico 2.3. Establecer sistemas de monitorización para que las espirometrías forzadas sean accesibles y se realicen con la calidad adecuada de acuerdo con los criterios establecidos.

Se debe sospechar EPOC en todo individuo mayor de 40 años, que tenga factores de riesgo, como exposición al humo de tabaco (>10 paquetes por año), y que presente síntomas compatibles con la enfermedad (tos, expectoración, disnea de esfuerzo). Este diagnóstico deberá confirmarse mediante la práctica de una espirometría que demuestre la existencia de limitación del flujo aéreo.

La espirometría forzada es imprescindible para diagnosticar la enfermedad y valorar su gravedad. Permite además establecer su pronóstico, guiar el tratamiento y facilitar el control de la respuesta terapéutica y la evolución de la enfermedad.

En la siguiente tabla se muestra la inclusión del objetivo 2.3 como objetivo de gestión de las distintas CCAA así como su evaluación.

Tabla 12. Inclusión en los contratos de gestión y evaluación del objetivo 2.3.

Comunidad Autónoma	Incluido en contratos de gestión de áreas de AP	Objetivo evaluado
Andalucía	n.d.	Sí
Aragón	No	No
Asturias (Principado de)	No	No
Baleares (Islas)	Sí	No
Canarias	n.d.	n.d.
Cantabria	No	No
Castilla y León	No	No
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	No	No
Comunidad Valenciana	No	No
Extremadura	No	No
Galicia	Sí	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	No
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	No	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	n.d.
Total nacional	7	5

Fuente: Elaboración propia.

INGESA y siete CCAA afirman que tienen incluido el objetivo anterior entre los de gestión del ámbito de la Atención Primaria. Cinco CCAA, aunque no las mismas que en el punto anterior, afirman igualmente haber evaluado el objetivo.

En un caso el objetivo se ha evaluado, aunque no a través de su inclusión en los objetivos de gestión del ámbito de la Atención Primaria.

Cantabria informa que en este momento se está empezando a realizar la evaluación de los registros espirométricos efectuados en los distintos centros de salud de la Comunidad Autónoma por parte de los Servicios de Neumología de los tres hospitales de la región, mediante un sistema basado en el muestreo aleatorio.

Navarra describe tanto los indicadores empleados para su evaluación como los resultados numéricos de la misma, siendo éstos los siguientes:

- El 65% de las enfermeras responsables y el 46% de las suplentes habían recibido formación reglada.
- El 100% de las ZBS disponían de espirómetros.

- El 74% disponía de la totalidad del material necesario para la calibración (y con posterioridad se facilitó a todas las ZBS el equipamiento necesario).
- La centralización del proceso y la calibración del espirómetro se cumplen respectivamente en el 83% y 65% de los casos.
- Un 85% del personal de enfermería conoce los valores de referencia y un 74% da instrucciones sistemáticas a todos los pacientes.

En **País Vasco** disponen de un sistema de control de calidad de las espirometrías de Asistencia Primaria por «telemedicina». En la actualidad su implantación se está desarrollando en las tres provincias de la Comunidad que engloban 85 centros (>250 técnicos) y controlan aproximadamente 10.000 espirometrías al año. El desarrollo previsto del programa espera un desarrollo casi completo de toda la red sanitaria, a lo largo de 2013 y 2014. **Este programa dispone** de una evaluación continua de los parámetros.

En **La Rioja** en el año 2010 se implementó un *Programa multidisciplinar coordinado entre niveles asistenciales para la mejora del diagnóstico precoz de la EPOC* financiado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, conforme al Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, con fondos a las Comunidades Autónomas para impulsar la implementación de las Estrategias en Salud. El programa se basa en la realización de espirometrías con los criterios de calidad establecidos en la Estrategia en EPOC, incorporar el informe de espirometría en la Historia Clínica Digital y puesta en marcha de un sistema de «tele-espirometría», que posibilite la correcta interpretación de la prueba y el adecuado seguimiento y tratamiento del paciente en AP en coordinación con AE. El programa se inició en 2010 en La Rioja Media y en 2011 se extendió a La Rioja Alta.

Conclusión Objetivo Específico 2.3: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo.

4.2. Línea estratégica 2. Atención al paciente crónico

4.2.1. Objetivo general 3: Reducir la morbimortalidad de las personas con EPOC y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud

La EPOC es una enfermedad crónica y compleja en la que participan otras muchas dimensiones distintas a la propia limitación del flujo aéreo. La sintomatología, el atrapamiento aéreo, las exacerbaciones, la esfera perceptiva, la comorbilidad o las manifestaciones extrapulmonares son algunas de esas dimensiones. Éstas, no sólo condicionan la clínica de la EPOC, sino también su manejo.

Tabla 13. EPOC. Tasa de mortalidad ajustada por edad, por 100.000 hab

Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	20,44	22,89	20,88	22,50
Aragón	15,77	16,92	14,16	16,50
Asturias (Principado de)	24,69	25,14	21,57	21,20
Baleares (Islas)	16,07	16,43	14,88	21,20
Canarias	15,81	17,73	16,71	15,50
Cantabria	13,85	16,18	14,85	12,50
Castilla y León	15,69	16,01	20,83	14,50
Castilla-La Mancha	18,75	21,06	14,49	20,80
Cataluña	19,20	20,22	19,61	19,70
Comunidad Valenciana	21,44	21,41	19,48	20,70
Extremadura	15,44	17,45	14,88	16,70
Galicia	18,91	19,77	18,23	17,80
Madrid (Comunidad de)	13,37	14,28	14,44	14,90
Murcia (Región de)	22,24	24,97	20,09	23,90
Navarra (Comunidad Foral)	16,26	18,19	17,28	15,40
País Vasco	18,08	18,76	16,55	16,60
La Rioja	15,79	13,14	14,67	14,10
Ceuta (INGESA)	26,57	26,45	18,50	29,60
Melilla (INGESA)	12,55	22,35	18,86	14,70
Total nacional	18,34	19,53	18,08	18,70
Mujeres				
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	6,60	7,14	7,04	7,20
Aragón	5,81	6,99	7,54	6,60
Asturias (Principado de)	8,87	8,55	6,87	8,20
Baleares (Islas)	5,72	5,26	5,91	7,80
Canarias	6,45	7,37	6,92	7,40
Cantabria	2,95	4,79	5,11	4,70
Castilla y León	5,48	6,50	7,03	5,10
Castilla-La Mancha	6,09	7,78	4,86	6,90
Cataluña	7,61	8,94	8,09	8,10
Comunidad Valenciana	8,86	8,05	8,58	8,40
Extremadura	4,13	5,46	2,71	4,00
Galicia	9,49	9,02	9,04	8,40
Madrid (Comunidad de)	5,44	5,13	5,67	5,70
Murcia (Región de)	8,12	9,18	6,92	9,50
Navarra (Comunidad Foral)	6,91	6,31	5,90	7,20
País Vasco	8,09	9,47	7,23	7,30
La Rioja	5,27	3,98	3,87	5,80
Ceuta (INGESA)	13,23	14,11	8,09	9,20
Melilla (INGESA)	4,54	10,71	7,05	7,10
Total nacional	7,05	7,58	7,08	7,30

Tabla 13. Continuación

Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Hombres				
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	41,12	46,25	41,50	44,90
Aragón	29,49	31,03	23,95	30,30
Asturias (Principado de)	50,13	51,64	44,76	45,50
Baleares (Islas)	31,52	32,74	28,05	40,70
Canarias	29,96	32,93	31,05	27,20
Cantabria	32,29	33,93	31,11	24,50
Castilla y León	30,28	29,49	39,63	26,90
Castilla-La Mancha	36,60	39,49	28,26	39,90
Cataluña	37,77	37,81	37,40	37,60
Comunidad Valenciana	40,71	41,67	35,85	38,80
Extremadura	31,70	34,82	32,46	34,50
Galicia	34,51	36,46	32,68	32,70
Madrid (Comunidad de)	26,79	30,08	29,52	30,40
Murcia (Región de)	43,77	48,07	39,45	45,50
Navarra (Comunidad Foral)	31,13	36,16	35,05	28,10
País Vasco	34,03	33,99	31,76	32,10
La Rioja	32,12	25,82	29,68	26,80
Ceuta (INGESA)	44,85	46,43	32,51	55,50
Melilla (INGESA)	24,52	40,00	37,61	37,60
Total nacional	35,77	37,72	34,83	36,00

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

Las tasas de mortalidad ajustada por edad presentan una gran diferencia entre hombres y mujeres y también una gran variabilidad entre Comunidades Autónomas, tanto en hombres como en mujeres, situándose en 2009, en una escala general entre 12,50 y 23,90 (media: 18,70).

En mujeres entre 4 y 9,504 (media: 7,30).

Y en hombres se sitúa entre 24,50 y 45,50 (media: 36,00).

Destaca el caso de Ceuta que alcanza siempre las mayores tasas (29,60, 9,20 y 55,50 respectivamente).

Tabla 14. EPOC Tasa de mortalidad ajustada por edad, por 100.000 hab. < 75 años

Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	7,69	9,12	7,87	8,61
Aragón	5,96	5,93	4,67	5,93
Asturias (Principado de)	8,14	8,96	8,23	7,05
Baleares (Islas)	5,95	6,34	5,66	8,65
Canarias	5,00	5,98	5,48	5,37
Cantabria	4,63	5,29	3,64	3,83
Castilla y León	5,50	5,27	5,14	4,32
Castilla-La Mancha	5,17	6,87	7,28	6,12
Cataluña	6,01	6,81	6,67	6,50
Comunidad Valenciana	6,92	7,46	6,92	6,78
Extremadura	6,89	7,31	5,28	6,85
Galicia	5,52	5,86	5,73	4,84
Madrid (Comunidad de)	4,40	4,26	4,85	4,91
Murcia (Región de)	7,40	8,06	6,89	6,80
Navarra (Comunidad Foral)	5,38	6,90	4,80	4,89
País Vasco	5,96	6,12	5,15	4,89
La Rioja	4,80	4,51	5,42	3,93
Ceuta (INGESA)	10,90	12,63	6,98	15,43
Melilla (INGESA)	5,99	9,06	5,49	5,96
Total nacional	6,16	6,79	6,29	6,30
Mujeres				
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	2,14	2,43	2,43	2,27
Aragón	1,36	2,01	2,37	1,53
Asturias (Principado de)	1,66	2,44	1,45	2,26
Baleares (Islas)	2,15	1,80	2,13	3,03
Canarias	1,92	2,49	1,95	2,71
Cantabria	0,69	0,91	0,23	1,03
Castilla y León	1,24	1,71	1,58	0,91
Castilla-La Mancha	0,98	1,96	2,34	1,19
Cataluña	1,63	2,59	2,08	2,26
Comunidad Valenciana	2,25	2,35	2,87	2,24
Extremadura	1,48	2,19	0,19	1,51
Galicia	2,79	1,30	2,22	1,48
Madrid (Comunidad de)	1,45	1,18	1,71	1,44
Murcia (Región de)	2,88	1,95	2,09	2,20
Navarra (Comunidad Foral)	2,48	2,58	1,47	1,85
País Vasco	1,96	2,76	1,76	1,97
La Rioja	2,18	0,63	1,16	2,42
Ceuta (INGESA)	5,23	10,84	0,00	3,11
Melilla (INGESA)	0,00	3,46	2,58	2,60
Total nacional	1,88	2,14	2,09	1,98

Tabla 14. Continuación

Hombres				
Comunidad Autónoma	2006	2007	2008	2009
Andalucía	14,15	16,88	14,14	15,94
Aragón	10,94	10,19	7,25	10,72
Asturias (Principado de)	15,78	16,57	16,25	12,68
Baleares (Islas)	10,06	11,35	9,53	14,76
Canarias	8,48	9,91	9,36	8,30
Cantabria	9,25	10,34	7,54	7,03
Castilla y León	10,23	9,20	9,09	8,00
Castilla-La Mancha	9,81	12,35	12,83	11,58
Cataluña	11,02	11,60	11,86	11,31
Comunidad Valenciana	12,20	13,25	11,50	11,84
Extremadura	12,95	13,11	11,05	12,80
Galicia	8,81	11,24	9,83	8,73
Madrid (Comunidad de)	7,97	7,98	8,68	9,09
Murcia (Región de)	12,53	15,01	12,42	12,03
Navarra (Comunidad Foral)	8,47	11,57	8,43	8,21
País Vasco	10,44	9,92	9,02	8,15
La Rioja	7,61	8,67	9,80	5,66
Ceuta (INGESA)	16,81	15,56	15,10	27,93
Melilla (INGESA)	13,94	15,79	8,30	10,44
Total nacional	11,07	12,12	11,11	11,21

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

En cuanto a las tasas de mortalidad prematura el comportamiento es similar. Encontramos que en 2009 fueron las siguientes:

- General: media 6,30 (entre 3,83 y 8,65).
- Mujeres: media: 1,98 (entre 0,91 y 3,03).
- Hombres: media: 11,21 (entre 5,66 y 15,94).

También aquí la Ciudad Autónoma de Ceuta alcanza unas tasas elevadas: 15,43, 3,11 y 27,53 respectivamente.

En síntesis, se trata de una patología con un impacto heterogéneo en el conjunto de España en términos tanto de mortalidad general como prematura. En el caso de la población masculina, hay mayor variabilidad entre CCAA y la mortalidad prematura, que les afecta de forma claramente desigual y con peores resultados.

Este objetivo general 3, se evalúa a través de los ocho objetivos específicos siguientes:

Objetivos

3. Reducir la morbi-mortalidad de las personas con EPOC y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud

3.1. Realizar a los pacientes con enfermedad moderada y grave una evaluación multidimensional de la EPOC.

3.2. Los pacientes diagnosticados de la EPOC tendrán desde el inicio un plan de cuidados de enfermería que aumente su capacitación y autonomía en el manejo efectivo del régimen terapéutico, y fomenten la prevención de complicaciones, según los criterios incluidos en la tabla.

3.3. Recomendar a la totalidad de personas fumadoras activas con diagnóstico EPOC abandonar el hábito tabáquico, ofreciéndoles programas de deshabituación tabáquica en su centro de salud o derivándoles a unidades especializadas de tabaquismo.

3.4. Valorar y, en su caso, facilitar la financiación o cofinanciación del tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica de cualquier paciente con EPOC.

3.5. Establecer, con base en las guías de práctica clínica, criterios de calidad en el proceso de atención.

3.6. Implantar sistemas para monitorizar la adecuación del tratamiento farmacológico.

3.7. Implantar progresivamente dispositivos de oxigenoterapia y otras terapias respiratorias domiciliarias que permitan la movilidad del paciente y sus desplazamientos dentro y fuera de su Comunidad Autónoma.

3.8. Implantar programas estructurados de rehabilitación respiratoria.

Objetivo específico 3.1. Realizar a los pacientes con enfermedad moderada y grave una evaluación multidimensional de la EPOC.

Como se observa en la tabla siguiente, INGESA y ocho CCAA afirman tener incluido el objetivo en los contratos de gestión. INGESA y tres CCAA afirman haberlo evaluado y una de ellas ha explicitado los resultados de la misma.

Tabla 15. Inclusión en los objetivos asistenciales de gestión y evaluación del objetivo 3.1

Comunidad Autónoma	Incluido en contratos de gestión	Objetivo evaluado
Andalucía	Si	No
Aragón	No	No
Asturias (Principado de)	No	No
Baleares (Islas)	Si	No
Canarias	No	No
Cantabria	No	No
Castilla y León	Si	No
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	Si	Si
Comunidad Valenciana	No	No
Extremadura	Si	No
Galicia	Si	No
Madrid (Comunidad de)	Si	Si
Murcia (Región de)	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	No	No
País Vasco	Si	Si
La Rioja	No	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Si	Si
Total nacional	9	4

Fuente: Elaboración propia

Conclusión Objetivo específico 3.1: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 3.2. Los pacientes diagnosticados de EPOC tendrán desde el inicio un plan de cuidados de enfermería que aumente su capacitación y autonomía en el manejo efectivo del régimen terapéutico, y fomente la prevención de complicaciones, según los criterios incluidos en la tabla.

La tabla a la que se refiere este objetivo considera que el Plan de Cuidados debe incluir, como mínimo, los aspectos siguientes:

- Valoración integral y global de las necesidades de cuidados del paciente.

- Formulación de las necesidades de cuidados que se hubieran detectado.
- Formulación de objetivos para la resolución de los problemas identificados. Estas metas deben pactarse con el paciente y ser realistas en relación con las condiciones de trabajo y la continuidad asistencial.
- Formulación de intervenciones para la consecución de los objetivos formulados.
- Valoración de la estructura familiar del paciente grave, con especial énfasis en la persona cuidadora principal. Se hará especial hincapié en el caso de cónyuges de edad avanzada y personas con escaso apoyo social.
- Para las valoraciones, formulación de problemas de cuidados, objetivos e intervenciones se utilizarán modelos enfermeros y clasificaciones taxonómicas validadas.

Como se observa en la siguiente tabla, INGESA y 11 CCAA afirman que tienen incluido el objetivo anterior entre los objetivos de gestión del ámbito de la Atención Primaria. Sin embargo, la evaluación del objetivo se ha realizado en solo tres CCAA.

Tabla 16. Disponibilidad de plan de cuidados de enfermería

Comunidad Autónoma	Incluido en contratos de gestión de AP	Objetivo evaluado
Andalucía	Sí	No
Aragón	No	No
Asturias (Principado de)	Sí	No
Baleares (Islas)	Sí	No
Canarias	Si	No
Cantabria	Sí	No
Castilla y León	Sí	No
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	Sí	Si
Comunidad Valenciana	No	No
Extremadura	Sí	No
Galicia	Si	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	No	No
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	No	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	n.d.
Total nacional	12	3

Fuente: Elaboración propia

Por lo que respecta a **Cataluña**, que ha detallado los resultados obtenidos en relación con este objetivo, hay que mencionar que ha evaluado el siguiente indicador: porcentaje de pacientes con dos o más patologías crónicas diagnosticadas (incluye EPOC); y que ha establecido en el último año un plan de cuidados de enfermería (incluye valoración multidimensional, establecimiento de objetivos, realización de intervenciones dirigidas y evaluación de las mismas). El resultado de dicha valoración el 30 de junio de 2011 es de 24,95%. **El País Vasco y Madrid** afirman que han realizado la evaluación, aunque no han aportado datos.

Conclusión Objetivo específico 3.2: Iniciado, pero pendiente de evaluar por parte de las CCAA.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 3.3. Recomendar a la totalidad de personas fumadoras activas con diagnóstico EPOC abandonar el hábito tabáquico, ofreciéndoles programas de deshabituación tabáquica en su centro de salud o derivándoles a unidades especializadas de tabaquismo.

Como se observa en la siguiente tabla, INGESA y 15 CCAA afirman que tienen incluido el objetivo anterior entre los objetivos de gestión del ámbito de la Atención Primaria. Asimismo, 10 CCAA han realizado la evaluación del objetivo, tres han podido detallar los indicadores empleados para la realización de la misma y dos han explicitado el resultado numérico obtenido.

Tabla 17. Inclusión en los contratos de gestión y evaluación del objetivo 3.3

Comunidad Autónoma	Incluido en contratos de gestión de AP	Objetivo evaluado
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	No
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	Si	Si
Cantabria	Sí	No
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	No	No
Extremadura	Sí	No
Galicia	Si	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Si
La Rioja	Sí	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	No
Total nacional	16	10

Fuente: Elaboración propia

Por lo que respecta a las tres CCAA, que han descrito los resultados obtenidos en relación con este objetivo, hay que mencionar lo siguiente:

- En el caso de **Andalucía**, durante 2010 se han evaluado 122.350 pacientes con EPOC (3,47% de la población andaluza mayor de 40 años). Todas las personas con EPOC fumadoras han recibido intervención básica o avanzada antitabaco.
- En el caso de **Castilla y León**, se utiliza el indicador *Porcentaje de pacientes con EPOC incluidos en el servicio de deshabituación tabáquica*.
 - Fórmula: pacientes con EPOC fumadores incluidos en deshabituación tabáquica/pacientes con EPOC fumadores.
 - Valor indicador: 72%.
- En **Cataluña** utilizan el indicador *Porcentaje de personas de riesgo (incluye EPOC entre otras patologías) que no fuman* (no han fumado nunca o han dejado de fumar), y que dio como resultado, con

fecha 30 de junio de 2011, que el 72,37% de las personas de riesgo (con EPOC) no fuman.

- En **Navarra** está registrada esta recomendación a 13.670 pacientes, lo que supone un 2,3% de la población mayor de 15 años de la CA.

Conclusión Objetivo específico 3.3: Iniciado, aumentar la evaluación de programas.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 3.4. Valorar y, en su caso, facilitar la financiación o cofinanciación del tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica de cualquier paciente con EPOC.

La siguiente tabla refleja la facilitación de la financiación o cofinanciación del tratamiento farmacológico en los pacientes con EPOC para deshabituación tabáquica en cada CA.

Tabla 18. Facilitación de la financiación o cofinanciación del tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica de cualquier paciente con EPOC

Comunidad Autónoma	Financiación/ cofinanciación
Andalucía	No
Aragón	No
Asturias (Principado de)	No
Baleares (Islas)	No
Canarias	No
Cantabria	No
Castilla y León	No
Castilla-La Mancha	No
Cataluña	No
Comunidad Valenciana	No
Extremadura	No
Galicia	No
Madrid (Comunidad de)	Sí
Murcia (Región de)	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí
País Vasco	No
La Rioja	Sí
Ceuta y Melilla (INGESA)	No
Total nacional	3

Fuente: Elaboración propia

*Desde principios del año 2012 no se financia el tratamiento

Del conjunto del Sistema Nacional de Salud, son tres las CCAA que afirman facilitar la financiación o cofinanciación del tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica de todos los pacientes con EPOC (una vez realizada la valoración pertinente).

Adicionalmente:

Canarias informa que en el momento actual se proporcionan, a través de la Unidad de Tabaquismo de la Dirección General de Salud Pública, fármacos que cubren la mitad del tratamiento. Se distribuyen entre las consultas monográficas de hospitales y algunos centros de Atención Primaria con grupos de terapia. El coste hace difícil su extensión.

Cantabria realiza la financiación a una población diana concreta, tras haber comprobado los buenos resultados de una prueba piloto. Entre las dificultades encontradas para la implementación de dichas medidas destaca de forma general la limitación de los recursos económicos disponibles para los servicios sanitarios de algunas Comunidades.

En **La Rioja** durante el año 2009, se facilitó tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica a 2.382 personas fumadoras. En el año 2010 el número de personas tratadas fueron 3.321; y durante 2011, se proporcionó el tratamiento a 3.903. En todos los casos la indicación, conforme a los criterios fijados, la aportaron los médicos de Atención Primaria.

Conclusión Objetivo específico 3.4: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 3.5. Establecer, con base en las guías de práctica clínica, criterios de calidad en el proceso de atención y realizar mediciones sobre el mismo.

En la tabla siguiente se describe el grado de avance del establecimiento de criterios de calidad en el proceso de atención a los pacientes. La inclusión de criterios supone la monitorización, como mínimo, de los puntos siguientes:

- La proporción de pacientes con EPOC que reciben la vacuna antigripal (para alcanzar la cobertura del 90%) y antineumocócica.
- La inclusión en programas de rehabilitación respiratoria para el conjunto de pacientes con EPOC moderada y grave.
- La realización de ejercicio físico adaptado a su capacidad funcional.
- El uso de la oxigenoterapia continua domiciliaria y su adecuado cumplimiento.
- La correcta derivación a neumología del paciente sintomático.

- La adherencia al tratamiento.
- La valoración multifuncional y el plan de cuidados de enfermería recogidos en los objetivos 3.1 y 3.2.

El número de pacientes de EPOC incluidos en programas de deshabituación tabáquica y el número de pacientes que han dejado de fumar.

Tabla 19. Establecimiento de los criterios de calidad establecidos en el proceso de atención

Comunidad Autónoma	Criterios de calidad establecidos en el proceso de atención
Andalucía	Sí
Aragón	Sí
Asturias (Principado de)	Sí
Baleares (Islas)	Sí
Canarias	No
Cantabria	Sí
Castilla y León	Sí
Castilla-La Mancha	No
Cataluña	Sí
Comunidad Valenciana	Sí
Extremadura	No
Galicia	Si
Madrid (Comunidad de)	Sí
Murcia (Región de)	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí
País Vasco	Sí
La Rioja	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.
Total nacional	12

Fuente: Elaboración propia

Según lo que establecen las guías de práctica clínica, en 12 CCAA se han podido establecer criterios de calidad en el proceso de atención y realizar mediciones sobre el mismo. Tres CCAA han detallado los indicadores empleados para la realización de dicho proceso y explicitan el resultado numérico obtenido.

- En **Andalucía** se ha utilizado el indicador de *Realización de espirometrías al paciente con EPOC*. Los resultados han sido en 2009 el 12,67% de las personas con EPOC y en 2010 el 28,09%.
- En **Baleares** se han empleado los indicadores *Realización de espirometrías al paciente con EPOC* (31,6% en 2009 y 36,10 en 2010) así

como *Detección y registro de EPOC* (55,10% en 2009 y 59,80 en 2010).

- En **Cataluña** se ha empleado el indicador *Reingresos a los 30 días de pacientes por EPOC*, con un resultado agregado en 2009 del 15%.

Conclusión Objetivo específico 3.5: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo y enfatizar su evaluación.

Objetivo específico 3.6. Implantar sistemas para monitorizar la adecuación del tratamiento farmacológico.

Los sistemas para la monitorizar la adecuación del tratamiento farmacológico deberían estar orientados a lo que se expone a continuación:

- Aumentar el uso de broncodilatadores de acción prolongada para el tratamiento de la EPOC estable, en detrimento del empleo regular de broncodilatadores de acción corta, según consta en las indicaciones de las guías de práctica clínica.
- Adecuar el uso de corticoides inhalados de acuerdo con lo estipulado en las guías de práctica clínica.

Como se observa en la tabla siguiente, seis CCAA disponen de sistemas para monitorizar la adecuación del tratamiento farmacológico. Sin embargo, dicho objetivo está en un estadio incipiente aún, ya que solo tres CCAA han podido realizar la evaluación.

Tabla 20 . Disponibilidad de sistemas de monitorización del tratamiento farmacológico así como la evaluación realizada en relación con su adecuación en las CCAA

Comunidad Autónoma	Sistemas de monitorización del tratamiento farmacológico	Evaluación de su adecuación
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	No	No
Asturias (Principado de)	No	No
Baleares (Islas)	No	No
Canarias	Sí	Sí
Cantabria	No	No
Castilla y León	No	No
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	No
Extremadura	No	No
Galicia	No	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	No
Murcia (Región de)	Sí	No
Navarra (Comunidad Foral)	No	No
País Vasco	No	No
La Rioja	No	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.	n.d.
Total nacional	6	3

Fuente: Elaboración propia

Conclusión Objetivo específico 3.6: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo y enfatizar su evaluación.

Objetivo específico 3.7. Implantar progresivamente dispositivos de oxigenoterapia y otras terapias respiratorias domiciliarias que permitan la movilidad del paciente y sus desplazamientos dentro y fuera de su Comunidad Autónoma.

Se describen a continuación las Comunidades Autónomas que informan que en los concursos con las empresas, que suministran oxigenoterapia, se incluye el acceso a dispositivos que permiten la movilidad del paciente y sus desplazamientos dentro y fuera de la CA.

Tabla 21. Disponibilidad de dispositivos de oxigenoterapia y otras terapias

Comunidad Autónoma	Dispositivos que permiten movilidad dentro de la Comunidad Autónoma	Posibilidad de traslado y mantenimiento de los dispositivos fuera de la Comunidad Autónoma
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	Si	n.d
Cantabria	Sí	Sí
Castilla y León	Sí	No
Castilla-La Mancha	Sí	No
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Si	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	Sí
Total nacional	18	14

Fuente: Elaboración propia

INGESA y todas las CCAA disponen de dispositivos de oxigenoterapia y otras terapias respiratorias domiciliarias que permiten la movilidad del paciente dentro de la CA. En el caso de las posibilidades de traslado y mantenimiento de dichos dispositivos fuera de la Comunidad Autónoma, son 13 CCAA e INGESA las que explicitan que consideran dicha posibilidad. En ambos casos, las preguntas realizadas a las Comunidades se referían a la disponibilidad de dichos requerimientos en los concursos con las empresas que suministran oxigenoterapia.

Conclusión Objetivo específico 3.7: Prácticamente Conseguido.
Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 3.8. Implantar programas estructurados de rehabilitación respiratoria.

Como se observa en la siguiente tabla, 10 CCAA disponen de programas estructurados de rehabilitación respiratoria. En relación con los mismos se pueden distinguir tres tipologías de implantación:

- Implantación global en el territorio por estar presentes los programas en la cartera de servicios de las CCAA.
- Implantación parcial, en algunos de los centros hospitalarios (normalmente terciarios).
- Implantación a través de iniciativas o pruebas piloto.

Tabla 22. Grado de implantación de los programas estructurados de rehabilitación respiratoria en las CCAA

Comunidad Autónoma	Programas estructurados de rehabilitación respiratoria implantados
Andalucía	Sí
Aragón	Sí*
Asturias (Principado de)	Sí
Baleares (Islas)	Sí*
Canarias	n.d.
Cantabria	No
Castilla y León	Sí
Castilla-La Mancha	No
Cataluña	Sí*
Comunidad Valenciana	Sí
Extremadura	No
Galicia	No
Madrid (Comunidad de)	Sí*
Murcia (Región de)	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí
País Vasco	Sí
La Rioja	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	No
Total nacional	10

Fuente: Elaboración propia

Entre las CCAA con una implantación global podemos identificar explícitamente el siguiente caso:

- En **Castilla y León**, la rehabilitación respiratoria es una prestación incluida en la cartera de servicios de rehabilitación de los hospitales

de la red del Sacyl. No hay unidades dedicadas exclusivamente a rehabilitación respiratoria y son todos los hospitales los que ofertan y realizan rehabilitación respiratoria a los pacientes con EPOC, a quienes se les indica esta terapia.

Entre los casos, con una implantación localizada en algunos centros sanitarios, destaca:

- **Aragón** expone que aunque ya se desarrollan en los dos centros hospitalarios más grandes de Aragón (Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario de Zaragoza), están por desarrollarse en el resto de centros hospitalarios y en el ámbito de Atención Primaria.
- En **Islas Baleares** la situación es similar. Como programa de rehabilitación respiratoria está implantado el *Programa RESC*. Se trata de un programa de rehabilitación de pacientes con patología respiratoria avanzada y el centro en el que se realiza es el Hospital Joan March de Buñola.
- En la **Comunidad de Madrid** solo existen programas específicos de rehabilitación respiratoria para EPOC en algunos hospitales, aunque no se describe el detalle de los mismos. Por otro lado, la cartera de Servicios Estandarizados en Atención Primaria contempla en el Servicio 506. Fisioterapia, la atención al Proceso Crónico Respiratorio.
- En **Cataluña** los programas estructurados de rehabilitación respiratoria se están desarrollando en tres direcciones:
 - a) Implantación parcial dentro del territorio en algunos centros hospitalarios como el Hospital de Sant Pau, Hospital Clínic y Consorci Sanitari de Terrassa.
 - b) Existencia de experiencias en Atención Primaria (en la región sanitaria de Lérida).
 - c) Aplicación del programa de promoción de la actividad física (PAFES) en pacientes con enfermedades respiratorias (implantación prevista para el año 2013).

Entre los casos en los que se ha avanzado, a través de iniciativas piloto, destacan:

- En la **Comunidad Valenciana** consta la existencia de alguna iniciativa interhospitalaria de rehabilitación domiciliaria en pacientes graves con oxigenoterapia.
- En **Navarra** se han establecido dos programas de rehabilitación neumológica para toda la comarca de Pamplona en el año 2010. El primero se centra en la *Rehabilitación respiratoria para pacientes*

con EPOC evaluados en las consultas de Neumología mientras que el segundo se refiere a la *Guía de paseos para pacientes con EPOC*.

- En el **País Vasco** existe un programa hospitalario consensuado por el Departamento de Sanidad que actualmente no está desarrollado en todas provincias. En el área de cobertura del Hospital de Cruces existe un programa que incluye tanto a un Hospital de nivel terciario (Hospital de Cruces), secundario (Hospital de San Juan de Dios) como a algunos polideportivos municipales (Santurtzi y Portugalete).

Conclusión Objetivo específico 3.8: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo.

4.3. Línea estratégica 3. Atención al paciente con exacerbación

4.3.1. Objetivo general 4: Proporcionar el tratamiento adecuado y basado en la mejor evidencia científica a las personas con EPOC que presenten exacerbaciones, en su domicilio o en el ámbito asistencial más apropiado

Se considera exacerbación de la EPOC al cambio agudo en la situación clínica basal de la persona enferma más allá de la variabilidad diaria, que cursa con aumento de la disnea, la expectoración, la expectoración purulenta o cualquier combinación de estos tres síntomas y que precisa un cambio terapéutico.

Este objetivo general se evalúa a través de siete objetivos específicos que han obtenido el siguiente grado de consecución:

Objetivos

4. Proporcionar el tratamiento adecuado y basado en la mejor evidencia científica a las personas con EPOC que presenten exacerbaciones, en su domicilio o en el ámbito asistencial más apropiado

4.1. Implantar vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales de atención de la exacerbación de la EPOC basados en la mejor evidencia científica.

4.2. Realizar una evaluación y monitorización del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con exacerbaciones.

4.3. Establecer sistemas que permitan que los centros de Atención Primaria reciban al alta de pacientes con EPOC un informe con su plan de tratamiento y de cuidados.

4.4. Reducir el porcentaje de los reingresos hospitalarios y las visitas a urgencias no planificadas a los 30 días del alta hospitalaria.

4.5. Los centros hospitalarios deberán contar, preferentemente en áreas específicas, con aparatos de ventilación mecánica no invasiva, dispositivos de monitorización y personal entrenado para la utilización adecuada de estos dispositivos, adaptadas a las posibilidades reales de cada centro.

4.6. Los hospitales dispondrán de Unidades o programas de deshabituación tabáquica para personas con EPOC fumadoras hospitalizadas.

4.7. Proporcionar una continuidad asistencial a corto plazo por el equipo de Atención Primaria y especializada tras una exacerbación grave.

Objetivo específico 4.1. Implantar vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales de atención de la exacerbación de la EPOC basados en la mejor evidencia científica.

Como se observa en la siguiente tabla, 14 CCAA disponen de vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales de atención a la exacerbación basados en la mejor evidencia científica. Sin embargo éstos están concentrados, mayoritariamente, en algunos centros sanitarios.

Tabla 23. Vías clínicas, protocolos o procesos definidos

Comunidad Autónoma	Vías clínicas, protocolos o procesos asistenciales definidos
Andalucía	Sí
Aragón	Sí
Asturias (Principado de)	Sí
Baleares (Islas)	Sí
Canarias	n.d.
Cantabria	Sí
Castilla y León	Sí
Castilla-La Mancha	Sí
Cataluña	Sí
Comunidad Valenciana	Sí
Extremadura	No
Galicia	No
Madrid (Comunidad de)	Sí
Murcia (Región de)	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí
País Vasco	Sí
La Rioja	Sí
Ceuta y Melilla (INGESA)	No
Total nacional	14

Fuente: Elaboración propia

Algunas Comunidades han explicitado sus avances con más detalle, según se expone a continuación:

- En **Andalucía** está implantado el *Proceso Asistencial Integrado EPOC* en los centros hospitalarios y de Atención Primaria que es común para todos, aunque está adaptado a las características locales de cada uno de los centros sanitarios. Se basa en la continuidad de cuidados y en los posibles circuitos del paciente que abarcan todos los niveles asistenciales y profesionales sanitarios implicados.
- En **Aragón** existen vías clínicas y protocolos en determinados centros sanitarios (hospitalarios y de Atención Primaria). En el *Programa de Atención a la EPOC*, que se está implantando actualmente, se establecen vías clínicas y protocolos con la idea de hacerlos extensivos a todos los centros.
- **Islas Baleares** ha desarrollado una *Vía Clínica para el tratamiento de las Agudizaciones de la EPOC* en el Hospital Son Dureta (actual Son Espases) de la ciudad de Palma.

- En **Canarias** existen hospitales que siguen el protocolo de la Sociedad Española de Neumología o los estándares internacionales de la Guía GOLG.
En el Hospital de Lanzarote existen unos protocolos de actuación para diversos asuntos relacionados que se adjuntan.
- En **Cantabria** existen múltiples vías clínicas, protocolos y procesos asistenciales desarrollados, implantados y formalizados en el *Manual de Atención Integral al enfermo con EPOC (2011)*.
- En **Castilla-La Mancha** se explicita que se han desarrollado los protocolos, aunque se emplean los que son ya propios de las sociedades científicas.
- En **Castilla y León** está implantada la *Guía asistencial de EPOC* a través de una prueba piloto.
- En la **Comunidad de Madrid** se está elaborando un protocolo común. Actualmente existen diferentes protocolos elaborados de manera específica en algunos hospitales, que en algún caso, incluso, se refieren al ámbito de los servicios de urgencias.
- En **Cataluña** el Institut Català de la Salut (ICS), proveedor mayoritario con alrededor del 80% de la Atención Primaria de Cataluña, ha puesto a disposición de sus profesionales desde 2010 la *Guía de Práctica Clínica de la EPOC*. Esta guía electrónica cuenta además con una aplicación informática que dirige al profesional durante la visita a un paciente con EPOC por los diferentes módulos del programa para garantizar una atención correcta. Se está desarrollando actualmente un estudio para conocer la atención a la exacerbación de la EPOC en una muestra de hospitales de Cataluña. Cuando este estudio finalice se podrá informar más detalladamente del número de protocolos estimados para los centros hospitalarios de dicho proveedor, así como de los procesos asistenciales.
- **Extremadura** señala que en el área de Salud de Badajoz se ha elaborado y difundido un *PROCESO ASISTENCIAL EPOC*, como piloto, que no ha sido evaluado y que queda pendiente de difundir e implantar en el resto de áreas de la Comunidad Autónoma.
- En la **Comunidad Valenciana** existen tres programas en fase de diseño dirigidos a la agudización. Un programa centrado en la atención a los pacientes que presentan frecuentes agudizaciones, y dos vías clínicas: una enfocada al paciente hospitalizado y otra al paciente atendido en urgencias hospitalarias.

- En **La Rioja** el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro dispone de un *Protocolo de Atención a pacientes con EPOC agudizada en urgencias. Criterios de ingreso en la UCE* disponible en el enlace: http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/protocolo_epoc.pdf elaborado en Marzo de 2011.

Conclusión Objetivo específico 4.1: Parcialmente conseguido.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 4.2. Realizar una evaluación y monitorización del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con exacerbaciones.

En la tabla siguiente se muestra la inclusión del objetivo 4.2 como objetivo de gestión de las distintas CCAA, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la Atención Especializada. Asimismo, se identifican las CCAA que evalúan dicho objetivo.

Tabla 24. Inclusión y evaluación del objetivo 4.2 en los contratos de gestión de Atención Primaria y Atención Especializada

Comunidad Autónoma	Tratamiento farmacológico		Tratamiento no farmacológico		Objetivo evaluado
	Incluido en contratos de gestión de AP	Incluido en contratos de gestión de AE	Incluido en contratos de gestión de AP	Incluido en contratos de gestión de AE	
Andalucía	Sí	n.d.	Sí	Sí	No
Aragón	No	No	No	No	No
Asturias (Principado de)	Sí	Sí	No	Sí	No
Baleares (Islas)	No	No	No	No	No
Canarias	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Cantabria	No	No	No	No	No
Castilla y León	Sí	No	Sí	No	No
Castilla-La Mancha	No	No	No	No	No
Cataluña	Sí	No	Sí	No	Sí
Comunidad Valenciana	No	No	No	No	No
Extremadura	No	No	No	No	No
Galicia	No	No	No	No	No
Madrid (Comunidad de)	No	No	No	No	No
Murcia (Región de)	No	No	No	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	No	No	No	No	n.d.
País Vasco	No	No	n.d.	n.d.	n.d.
La Rioja	No	No	No	No	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.	n.d.	n.d.	Sí	n.d.
Total nacional	4	1	3	3	1

Fuente: Elaboración propia

Hay cuatro CCAA que han incorporado la evaluación y monitorización del tratamiento farmacológico de los pacientes con exacerbaciones en sus contratos de gestión del ámbito de la Atención Primaria, y una CA que lo ha incorporado en los contratos de gestión del ámbito de la Atención Especializada.

En el caso del tratamiento no farmacológico de los pacientes con exacerbaciones, tres CCAA han incorporado la evaluación y monitorización de este tipo de tratamientos en sus contratos de gestión del ámbito de la Atención Primaria y otras tres lo han incorporado en los contratos de gestión del ámbito de la Atención Especializada.

En **Cataluña** se ha evaluado el objetivo a través del indicador *Porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC que tienen una intervención de*

enfermería en el último año que incluya verificación del uso adecuado de inhaladores y el resultado ha sido de un 54,9%.

En el **País Vasco**, durante 2012, se ha monitorizado el tratamiento farmacológico de los pacientes con exacerbaciones, y se ha evaluado su tratamiento con macrólidos. Este procedimiento no se ha realizado a toda la población, sino a través de la estratificación de la población en función de su nivel de gravedad y se ha monitorizado también a esta misma población el tratamiento no farmacológico a través de los cuidados de enfermería. Esta monitorización de la población seleccionada es conjunta para Atención Primaria y Especializada.

Conclusión Objetivo específico 4.2: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 4.3. Establecer sistemas que permitan que los centros de Atención Primaria reciban al alta de pacientes con EPOC un informe con su plan de tratamiento y de cuidados.

En la tabla siguiente se muestra la inclusión del objetivo 4.3 como objetivo en los contratos de gestión de AP de las CCAA, así como si se ha realizado la evaluación del mismo:

Tabla 25. Inclusión en los contratos de gestión, y evaluación del objetivo 4.3

Comunidad Autónoma	Objetivo incluido en los objetivos de gestión AP	Objetivo evaluado
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	No
Asturias (Principado de)	Sí	No
Baleares (Islas)	Sí	No
Canarias	Sí	n.d.
Cantabria	No	No
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	No	No
Comunidad Valenciana	Sí	No
Extremadura*	No	Sí
Galicia	Sí	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	No
Murcia (Región de)	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	n.d.
Total nacional	13	5

Fuente: Elaboración propia

- En **Canarias** está en marcha el programa de continuidad de cuidados que podrá ser implantado en su totalidad y facilitado por la implementación de la historia clínica informatizada en AE conectada con AP.
- En **Castilla y León**, es un objetivo del área de salud incluido en el *Plan Anual de Gestión de la Gerencia Regional de Salud Gestión de Cuidados al Alta en Pacientes Post-hospitalizados*, que incluye la comunicación entre niveles asistenciales del plan de cuidados, de manera que se establezca un plan personalizado de cuidados en las 48 horas siguientes al alta en el caso de pacientes con EPOC.
- En **Extremadura**, el objetivo está incluido en los objetivos de gestión de las áreas de AE y ha sido evaluado mediante análisis de los informes de alta hospitalaria. El resultado es de un 95% de existencia de dicho plan de cuidados en los informes.

INGESA y 12 CCAA afirman que tienen incluido el objetivo anterior entre los objetivos de gestión del ámbito de Atención Primaria.

Sin embargo, la evaluación de los programas no se ha realizado todavía ni podido finalizar de forma generalizada: actualmente el objetivo se ha podido evaluar en cinco CCAA, aunque solo se han descrito los indicadores de evaluación y resultados en uno de los casos.

Conclusión Objetivo específico 4.3: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo enfatizando la evaluación del mismo.

Objetivo específico 4.4. Reducir el porcentaje de los reingresos hospitalarios y visitas a urgencias no planificadas a los 30 días del alta hospitalaria.

Recogemos en esta tabla el porcentaje de reingreso, al no poder evaluar las visitas a urgencias que no produjeron ingreso hospitalario.

Tabla 26. Tasa de reingresos por EPOC			
Comunidad Autónoma	2007	2008	2009
Andalucía	15,24	15,77	14,13
Aragón	14,25	13,46	13,41
Asturias (Principado de)	24,01	22,69	21,78
Baleares (Islas)	19,00	16,03	18,56
Canarias	11,09	13,29	14,12
Cantabria	20,94	18,49	20,31
Castilla y León	18,43	17,66	16,28
Castilla-La Mancha	15,19	14,53	16,61
Cataluña	18,01	18,05	17,77
Comunidad Valenciana	18,76	18,22	18,85
Extremadura	19,84	20,23	24,49
Galicia	18,35	19,17	18,82
Madrid (Comunidad de)	12,96	12,72	13,14
Murcia (Región de)	17,99	18,38	16,07
Navarra (Comunidad Foral)	17,76	18,18	17,81
País Vasco	17,19	17,71	17,03
La Rioja	12,20	16,83	15,56
Ceuta (INGESA)	20,00	18,37	8,57
Melilla (INGESA)	8,70	16,13	20,69
Total Nacional	17,58	17,46	17,35

Fuente: Elaboración propia

La tasa de reingresos por EPOC oscila entre un mínimo de 8,57 y un máximo de 24,49 en el año 2009. El valor promedio de las distintas CCAA y Ciudades Autónomas es de 17,35% en 2009, 17,46% en 2008 y 17,58% en 2007. Esto es, el número de pacientes que tras un episodio de hospitalización con diagnóstico principal de EPOC causan reingreso en un año son 17 de cada 100 pacientes dados de alta con diagnóstico principal de EPOC. Por tanto no se aprecia una disminución global pero sí en los resultados de algunas Comunidades Autónomas. La mayor disminución entre 2009 y 2008 se observa en las Comunidades de Andalucía (1,64 puntos porcentuales), Asturias (0,91 pp.), Castilla y León (1,38 pp.), Murcia (2,31 pp.), La Rioja (1,27 pp.) y Ceuta (9,8 pp.).

Aunque los datos disponibles más actualizados son de 2009, se considera que se debe seguir avanzando en la gestión de los pacientes con EPOC, sobre todo con el enfoque puesto en la mejora de la continuidad asistencial (entre recursos sanitarios y sociosanitarios) así como en el impulso de aquellas experiencias de valoraciones integrales de pacientes con criterios de riesgo, que permita disminuir los ingresos y reingresos.

Conclusión Objetivo específico 4.4: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 4.5. Los centros hospitalarios deberán contar, preferentemente en áreas específicas, con aparatos de ventilación mecánica no invasiva, dispositivos de monitorización y personal entrenado para la utilización adecuada de estos dispositivos adaptados a las posibilidades reales de cada centro.

En la tabla siguiente se muestra la inclusión del objetivo 4.5 como objetivo de gestión del ámbito de la Atención Especializada de las CCAA, así como el porcentaje total de centros hospitalarios que disponen de aparatos de ventilación mecánica no invasiva en las distintas Comunidades.

Tabla 27. Inclusión en los objetivos asistenciales de gestión, y porcentaje de cobertura

Comunidad Autónoma	Objetivo incluido en los objetivos de gestión de las áreas de Atención Especializada	Nº de centros hospitalarios con ventilación mecánica no invasiva	Nº de centros hospitalarios de la CA	% del total de centros hospitalarios
Andalucía	n.d.	46	46	100%
Aragón	Sí	4	19	21%
Asturias (Principado de)	Sí	4	10	40%
Baleares (Islas)	No	6	11	55%
Canarias	Sí	7	9	78 %
Cantabria	Sí	3	4	75%
Castilla y León	No	14	14	100%
Castilla-La Mancha	No	10	21	48%
Cataluña	Sí	22	88	25%
Comunidad Valenciana	No	24	24	100%
Extremadura	No	10	10	100%
Galicia	Si	15	17	88%
Madrid (Comunidad de)	Sí	21	34	62%
Murcia (Región de)	Sí	10	10	100%
Navarra (Comunidad Foral)	No	4	6	67%
País Vasco	Sí	18	18	100%
La Rioja	No	2	3	67%
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	2	3	67%
Total nacional	10	212	347	61%

Fuente: Elaboración propia.

Fuente del número de centros hospitalarios de las CCAA: Catálogo Nacional de Hospitales (31 de Diciembre de 2010). Incluye Hospitales de Dependencia Funcional Pública, Hospitales privados de la XHUP en Cataluña y Hospitales privados con concierto total sustitutorio.

INGESA y nueve CCAA afirman que tienen incluido el objetivo anterior entre los objetivos de gestión del ámbito de la Atención Especializada.

Como se aprecia en la tabla anterior, respecto al número de centros dotados con Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI), en INGESA y 14 CCAA más de la mitad de los centros disponen de estos recursos; concretamente en 6 de estas CCAA el 100% de los hospitales públicos están dotados de VMNI.

Conclusión Objetivo específico 4.5: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 4.6. Los hospitales dispondrán de unidades o programas de deshabituación tabáquica para personas con EPOC fumadoras hospitalizadas.

Como se observa en la siguiente tabla, INGESA y ocho CCAA, afirman que tienen incluidos el objetivo anterior entre los objetivos de gestión del ámbito de la Atención Especializada; tres CCAA han podido evaluar el objetivo aunque no han proporcionado resultados de la evaluación.

Tabla 28. Inclusión y evaluación del objetivo 4.6 como contrato de gestión del ámbito de la atención especializada de las distintas CCAA

Comunidad Autónoma	Objetivo incluido en los contratos de gestión de las áreas de AE	Objetivo evaluado
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	No	No
Asturias (Principado de)	Sí	No
Baleares (Islas)	No	No
Canarias	Sí*	n.d.
Cantabria	No	No
Castilla y León	No	No
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	No	No
Extremadura	No	No
Galicia	Sí	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	No
Murcia (Región de)	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	No	n.d.
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	No
Total nacional	9	3

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la siguiente tabla, 14 CCAA han proporcionado información sobre el número de centros que cuentan con «deshabituación tabá-

quica» en su cartera de servicios. En el total de la información disponible, más del 50% de los hospitales disponen de este servicio.

Tabla 29. Número de centros hospitalarios que incluyen la deshabituación tabáquica en su cartera de servicios y el porcentaje de cobertura que representa en cada CA

Comunidad Autónoma	Nº de centros hospitalarios que incluyen la deshabituación tabáquica en su cartera de servicios	Número de centros hospitalarios de la CA	Porcentaje de cobertura por CA
Andalucía	30	46	65%
Aragón	n.d.	19	n.d.
Asturias (Principado de)	4	10	40%
Baleares (Islas)	5	11	45%
Canarias	4	9	44%
Cantabria	1	4	25%
Castilla y León	4	14	29%
Castilla-La Mancha	4	21	19%
Cataluña	n.d.	88	n.d.
Comunidad Valenciana	24	24	100%
Extremadura	3	10	30%
Galicia	15	17	88%
Madrid (Comunidad de)	20	34	59%
Murcia (Región de)	n.d.	10	n.d.
Navarra (Comunidad Foral)	1	6	17%
País Vasco	18	18	100%
La Rioja	1	3	33%
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.	3	n.d.
Total nacional	134	347 (CCAA informantes)	38 %

Fuente: Elaboración propia

Fuente del número de centros hospitalarios de la CCAA: Catálogo Nacional de Hospitales (31 de diciembre de 2010). Incluye Hospitales de Dependencia Funcional Pública, Hospitales privados de la XHUP en Cataluña y Hospitales privados con concierto total sustitutorio.

Conclusión Objetivo específico 4.6: Iniciado, aunque pendiente de la evaluación de los programas.

Recomendación: Mantener objetivo e incidir en la evaluación.

Objetivo específico 4.7. Proporcionar una continuidad asistencial a corto plazo a cargo del equipo de Atención Primaria y Especializada tras una exacerbación grave.

Tabla 30. Inclusión y evaluación del objetivo 4.7 como objetivo de gestión de las CCAA

Comunidad Autónoma	Objetivo incluido en los objetivos de gestión de AP	Objetivo incluido en los objetivos de gestión de AE	Objetivo evaluado
Andalucía	Sí	Sí	Sí
Aragón	No	No	No
Asturias (Principado de)	Sí	Sí	No
Baleares (Islas)	No	Sí	No
Canarias	n.d.	n.d.	n.d.
Cantabria	No	No	No
Castilla y León	Sí	Sí	No
Castilla-La Mancha	No	No	No
Cataluña	Sí	Sí	No
Comunidad Valenciana	Sí	No	No
Extremadura	No	No	No
Galicia	Si	Si	No
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí	No
Murcia (Región de)	No	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	No	No	No
País Vasco	Sí	Sí	Sí
La Rioja	No	No	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	Sí	No
Total nacional	9	9	2

Fuente: Elaboración propia

INGESA y ocho CCAA afirman que tienen incluido el objetivo específico 4.7 en los objetivos de gestión del ámbito de Atención Primaria. El número de objetivos es igual en Atención Especializada.

Sólo dos CCAA han podido evaluar el objetivo, aunque no se dispone de los resultados de dicha evaluación.

Conclusión Objetivo específico 4.7: Iniciado, aunque prácticamente sin evaluar.

Recomendación: Mantener objetivo enfatizando la evaluación.

4.4. Línea estratégica 4. Cuidados paliativos

4.4.1. Objetivo general 5: Proporcionar una atención especial al paciente con EPOC en fase avanzada terminal, así como a su familia y cuidadores, según los criterios de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud

Este objetivo general se evalúa a través de siete objetivos específicos:

Objetivos
5. Proporcionar una atención especial al paciente con EPOC en fase avanzada terminal, así como a su familia y cuidadores, según los criterios de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.
5.1. Fomentar la aplicación de los principios bioéticos y la participación de la persona con EPOC en su proceso de acuerdo con los principios, valores y contenidos de la Ley de Autonomía del Paciente y de la legislación vigente en las Comunidades Autónomas.
5.2. Establecer procedimientos de identificación, actuación y evaluación del proceso de cuidados paliativos en pacientes con EPOC en fase avanzada terminal, que incluyan sistemas de información y registro.
5.3. Las personas con EPOC en fase avanzada o terminal recibirán atención en el sistema organizativo de cuidados paliativos de su zona básica y área de salud, en el ámbito domiciliario y especializado y con los equipos de soporte que precisen de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado, adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales.
5.4. Implantar progresivamente, para pacientes y familiares, un sistema de acceso específico a fin de que reciban apoyo psicológico, social y familiar especializado y adaptado a sus necesidades.
5.5. Establecer programas de apoyo al cuidador que proporcionen información sobre servicios, recursos y materiales para el cuidado y que faciliten y agilicen los trámites burocráticos dentro de lo establecido en la Estrategia del SNS en Cuidados Paliativos.
5.6. Realizar acciones de sensibilización e información a la población general y a los profesionales sobre los objetivos, los principios y los recursos de los cuidados paliativos.
5.7. Establecer programas de formación continuada y específica para profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria, al objeto de que puedan atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con enfermedad en fase avanzada o terminal y las de sus familias.

Como se aprecia en la tabla siguiente, en INGESA y 14 CCAA el *Plan de Cuidados Paliativos* incluye como población diana a los pacientes no oncológicos, y especialmente los pacientes con EPOC. Por el contrario, en 4 CCAA no es así de forma explícita y en una no se han proporcionado datos.

Tabla 31. Inclusión de los pacientes con EPOC en el Plan de Cuidados Paliativos de las CCAA

Comunidad Autónoma	Plan de Cuidados Paliativos incluye como población diana a los pacientes no oncológicos, y especialmente los pacientes con EPOC
Andalucía	Si
Aragón	Si
Asturias (Principado de)	Si
Baleares (Islas)	Si
Canarias	n.d.
Cantabria	Si
Castilla y León	Si
Castilla-La Mancha	No
Cataluña	Si
Comunidad Valenciana	Si
Extremadura	Si
Galicia	Si
Madrid (Comunidad de)	Si
Murcia (Región de)	Si
Navarra (Comunidad Foral)	No
País Vasco	Si
La Rioja	Si
Ceuta y Melilla (INGESA)	Si
Total nacional	15

Fuente: Elaboración propia.

Acerca de los planes de cuidados paliativos y la inclusión en la población diana de los pacientes con EPOC, las Comunidades faciliten la información siguiente:

Para alcanzar la puesta en marcha del objetivo 5.2. las Comunidades describen varias acciones:

- En **Andalucía**, en 2010 se aprobó la Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, que afecta tanto a las personas que se encuentran en este proceso como a los centros. Esta Ley ha permitido consolidar el modelo de atención establecido en el *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos*, que entre otras actuaciones define la organización de la asistencia teniendo en cuenta cuatro tipos de recursos:
 - Recursos convencionales, que proporcionan los profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria responsables de la atención del paciente.

- Recursos avanzados, con unidades de cuidados paliativos (UCP) en los hospitales y equipos de soporte de cuidados paliativos (ESCP), que pueden ser domiciliarios para las áreas de los hospitales de nivel I y II o mixtos (domiciliarios y hospitalarios) para las áreas de los hospitales de nivel III y IV. Son equipos multidisciplinares e integrados de profesionales que dan respuesta a la alta complejidad de los pacientes, con competencias que responden a la formación avanzada. En junio de 2011 existían 15 UCP, 27 ESCPD y 19 ESCPM.
 - Recursos de atención urgente.
 - Recursos de hospitalización residenciales para media y larga estancia.
 - La historia de salud digital permite identificar a los pacientes con EPOC en cuidados paliativos.
- En **Aragón** se recogen los pacientes no oncológicos sin limitación por diagnóstico.
 - En **Castilla y León** se ha trabajado desde enero de 2008 a 17 de febrero de 2011 en el establecimiento de las *Líneas Generales* para la mejora de los cuidados paliativos en el área de salud.
 - En la **Comunidad de Madrid** la Consejería de Sanidad ha creado en diferentes hospitales unidades específicas de cuidados paliativos en relación con los distintos servicios hospitalarios, entre ellos neumología.
 - En la **Región de Murcia**, la red de cuidados paliativos (implantada desde el año 2009) incorpora la atención a los pacientes de EPOC en fase avanzada. Durante este año se procederá a la evaluación.
 - La **Comunidad Valenciana** cuenta con un *Plan Integral de Cuidados Paliativos 2010-2013*, en el que se incluye específicamente un apartado para la EPOC.
 - En **La Rioja** el *Segundo Plan de Salud de La Rioja 2009 – 2013* contiene una línea de intervención en Cuidados Paliativos. La orientación de los cuidados paliativos en La Rioja se dirige a los pacientes con cáncer y a pacientes con enfermedades crónicas de todas las edades, que en su evolución se encuentran en una situación de enfermedad avanzada o terminal. En cualquier caso, entre las enfermedades crónicas, al menos, se atienden los diagnósticos seleccionados por McNamara, entre los que se incluye la EPOC.

En los apartados siguientes se desarrolla el análisis pormenorizado de cada uno de los objetivos específicos.

Objetivo específico 5.1. Fomentar la aplicación de los principios bioéticos y la participación de la persona con EPOC en su proceso, de acuerdo con los principios, valores y contenidos de la Ley de Autonomía del Paciente y de la legislación vigente en las distintas Comunidades Autónomas.

Se mide este objetivo preguntando si consta en la historia clínica del paciente que ha recibido información sobre su situación, diagnóstico y tratamiento, así como si consta o no la voluntad del paciente.

Tabla 32. Inclusión de los objetivos asistenciales de gestión y evaluación del objetivo 5.1.

Comunidad Autónoma	Objetivo 5.1. incluido en el Plan de Cuidados Palliativos de la CA	Objetivo incluido en los objetivos de gestión de la CA
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	n.d.	n.d.
Cantabria	No	No
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	No
Extremadura	Sí	No
Galicia	Si	Si
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	No	No
País Vasco	Si	Si
La Rioja	Si	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	Sí
Total nacional	14	11

Fuente: Elaboración propia.

INGESA y 13 CCAA afirman que tienen incluido el objetivo anterior en el Plan de Cuidados Paliativos de la CA. Igualmente, INGESA y 10 CCAA han incorporado el objetivo dentro de los objetivos de gestión de las CCAA.

**Conclusión Objetivo específico 5.1: parcialmente conseguido.
Recomendación: Mantener objetivo.**

Objetivo específico 5.2. Establecer procedimientos de identificación, actuación y evaluación del proceso de cuidados paliativos en pacientes con EPOC en fase avanzada terminal que incluyan sistemas de información y registro.

Como se observa en la siguiente tabla, INGESA y 13 CCAA afirman que tienen incluido el objetivo anterior en el *Plan de Cuidados Paliativos de las CCAA*; INGESA y 9 CCAA también han incorporado el objetivo dentro de los objetivos de gestión de las CCAA.

Tabla 33. Inclusión del objetivo 5.2. en el Plan de Cuidados Paliativos y en los objetivos de gestión

Comunidad Autónoma	Objetivo incluido en el Plan de Cuidados Paliativos de la CA	Objetivo incluido en los objetivos de gestión de la CA
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	n.d.	n.d.
Cantabria	Sí	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	Sí	n.d.
Comunidad Valenciana	Sí	No
Extremadura	Sí	No
Galicia	Si	Si
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	No	No
País Vasco	No	No
La Rioja	Si	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	Sí
Total nacional	14	10

Fuente: Elaboración propia.

Para alcanzar la puesta en marcha del objetivo 5.2. se han descrito varias acciones que han realizado las CCAA y son las que se exponen a continuación:

- En **Andalucía**, la Historia de salud digital permite identificar a los pacientes con EPOC en cuidados paliativos.
- En **Canarias**, en la Historia de Salud de Atención Primaria (DRAGO-AP) se ha incorporado un sistema de identificación de posibles pacientes, que cumplen criterios de enfermedad avanzada o terminal (según los criterios de diagnóstico incluidos en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS) con alertas al profesional sanitario. Incluye los criterios definidos para insuficiencia respiratoria.
- En **Cantabria** se diseñó, desde mayo de 2009 a octubre de 2011, el conjunto mínimo de datos que contiene los registros de atención paliativa y su aplicación al programa *OMI-AP*.
- En **Cataluña**, en el período 2009-2010 se ha desarrollado la herramienta NECPAL-CCOMS, como instrumento de identificación de pacientes con patologías crónicas evolutivas y necesidades de atención y medidas paliativas en servicios sanitarios y sociales. Las actividades relacionadas con la identificación de pacientes, la asistencia a enfermos en situación de enfermedad avanzada y terminal, y la evaluación de la atención al final de la vida son de carácter general, aplicable a todos los ámbitos asistenciales y a todo tipo de situaciones de este marco, sin abordaje exclusivo de un determinado tipo de patología. Durante el período 2008-2011 se ha desarrollado la Historia Clínica Compartida de Cataluña (HCCC), en la que la mayoría de los centros sanitarios (Atención Primaria, hospitales y centros socio-sanitarios) están vinculados. Se trabaja actualmente en la metodología para poder incorporar de forma ágil una alarma en la Historia Clínica informatizada en los casos en los que haya registro de voluntades anticipadas.
- En **La Rioja** se tiene como objetivo la identificación de los pacientes en situación avanzada terminal, de acuerdo con los criterios de inclusión y registro en su historia en el marco de lo previsto en la línea de intervención en *Cuidados Paliativos del Segundo Plan de Salud de la Rioja 2009 – 2013* y la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS.
- En **Islas Baleares** se ha trabajado para asegurar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales e instituciones, garantizando los circuitos de derivación. Se encuentra igualmente la línea de actuación estratégica 6 con las siguientes acciones concretas:
 - Identificación de los pacientes que estén en situación avanzada o terminal de la enfermedad para su registro en la historia clínica en todos los niveles asistenciales.
 - Registro de AP, ESAD, UCP y hospitales de agudos (codificación que corresponda).

- Impulso del desarrollo de Historia de Salud y del sistema de información RACPAL en los ESAD.

Conclusión Objetivo específico 5.2: Parcialmente conseguido en cuanto a su inclusión, aunque sin evaluar.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 5.3. Las personas con EPOC en fase avanzada o terminal recibirán atención en el sistema organizativo de cuidados paliativos de su zona básica y área de salud, en el ámbito domiciliario y especializado y con los equipos de soporte que precisen, de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado, adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales.

Tabla 34. Integración de las personas con EPOC en el sistema de cuidados paliativos de cada CA

Comunidad Autónoma	Las personas con EPOC están integradas en el sistema organizativo de cuidados paliativos
Andalucía	Sí
Aragón	Sí
Asturias (Principado de)	Sí
Baleares (Islas)	Sí
Canarias	Si
Cantabria	Sí
Castilla y León	Sí
Castilla-La Mancha	No
Cataluña	Sí
Comunidad Valenciana	Sí
Extremadura	Sí
Galicia	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí
Murcia (Región de)	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	No
País Vasco	Sí
La Rioja	Si
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí
Total nacional	16

Fuente: Elaboración propia.

INGESA y 15 CCAA afirman que las personas con EPOC están integradas en el sistema organizativo de cuidados paliativos de la Comunidad Autónoma.

El modelo organizativo y asistencial de los Cuidados Paliativos de **La Rioja** se basa en la existencia de equipos de soporte domiciliario con cobertura de todo el territorio de La Rioja y un equipo de soporte hospitalario con disponibilidad de camas hospitalarias y una consulta externa especializada. Todo paciente recibe atención en el dispositivo asistencial de cuidados paliativos que esté más de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

Conclusión Objetivo específico 5.3: Parcialmente conseguido aunque sin evaluar su efectividad.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 5.4. Implantar progresivamente, para pacientes y familiares, un sistema de acceso específico al objeto de recibir apoyo psicológico y socio-familiar especializado y adaptado a sus necesidades.

Como se observa en la siguiente tabla, INGESA y 12 CCAA afirman que tienen incluido el objetivo anterior en el *Plan de Cuidados Paliativos de las CCAA*. INGESA y 9 CCAA han incorporado también el objetivo dentro de los objetivos de gestión de las CCAA.

Tabla 35. Inclusión del objetivo 5.4. en el Plan de Cuidados Paliativos y en los objetivos de gestión

Comunidad Autónoma	Objetivo incluido en el Plan de Cuidados Paliativos de la CA	Objetivo incluido en los objetivos de gestión de la CA
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	n.d.	n.d.
Cantabria	No	No
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	n.d.	n.d.
Extremadura	Sí	No
Galicia	Sí	Si
Madrid (Comunidad de)	Sí	No
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	No	No
País Vasco	Si	Si
La Rioja	Si	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	Sí
Total nacional	13	10

Fuente: Elaboración propia

- En **Cataluña** se ha implementado el programa para alcanzar el objetivo 5.4. con cinco equipos de atención psicosocial (EAP), que ofrecen soporte emocional a los pacientes y a sus familiares, atención al duelo y ayuda a los equipos asistenciales. En concreto durante el periodo 2008-2010 se han subvencionado diferentes proyectos a asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro relacionadas con el apoyo psico-emocional a los pacientes con enfermedad avanzada y terminal (oncológica y no oncológica) y a sus familiares. Igualmente, durante el mismo período, en la parte variable de los objetivos de compra del CatSalut para los recursos de cuidados paliativos, se incluye un indicador que refleja el porcentaje de familiares de pacientes en situación terminal a los que se les ha ofrecido la inclusión en un programa de atención al duelo. El cumplimiento de este indicador a lo largo de los años se ha mantenido aproximadamente en un 90%.

Entre los años 2008 y 2009 se realizó la elaboración de un instrumento para la detección del malestar emocional (DME-08) en pacientes que se encuentran en la etapa de final de la vida y validación del mismo. Igualmente, y específicamente en septiembre de 2010 se publicó el *Documento Descripción y Consenso sobre los criterios de complejidad asistencial y niveles de intervención en la atención al final de la vida*, en el que se presentan los diferentes niveles de necesidades psico-emocionales y socio-familiares y se da orientación a la atención específica de las mismas.

- En **Canarias**, el soporte psicológico especializado sólo se presta actualmente en el ámbito de las unidades hospitalarias de Cuidados Paliativos.
- En **La Rioja** los equipos domiciliarios de cuidados paliativos son multidisciplinares y disponen de atención psicológica y social, tanto en el domicilio como en la atención hospitalaria; dan soporte emocional al paciente y, en su caso, a la familia o allegados.

**Conclusión Objetivo específico 5.4: Iniciado y pendiente de evaluar.
Recomendación: Mantener objetivo.**

Objetivo específico 5.5. Establecer programas de apoyo al cuidador, que proporcionen información sobre servicios, recursos y materiales para el cuidado y que faciliten y agilicen los trámites burocráticos dentro de lo establecido en la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS.

INGESA y 11 CCAA tienen incluido el objetivo 5.5 en el Plan de Cuidados Paliativos de la CA, INGESA y 10 CCAA también han realizado acciones específicas relacionadas con la consecución de dicho objetivo. (Tabla 37).

Tabla 36. Inclusión del objetivo 5.5. en el Plan de Cuidados Paliativos y realización de acciones relacionadas con dicho objetivo

Comunidad Autónoma	Objetivo incluido en el Plan de Cuidados Paliativos de la CA	Realización de acciones relacionadas con el objetivo anterior
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	No
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	No	Si
Cantabria	No	No
Castilla y León	Sí	Si
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	Sí	Si
Comunidad Valenciana	Si	No
Extremadura	Sí	Si
Galicia	Sí	Si
Madrid (Comunidad de)	Sí	Si
Murcia (Región de)	No	No
Navarra (Comunidad Foral)	No	No
País Vasco	Sí	Si
La Rioja	No	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	Si
Total nacional	12	11

Fuente: Elaboración propia.

Entre las acciones puestas en marcha para alcanzar el objetivo anterior destacan las siguientes:

- **Andalucía** ha desarrollado el *Plan de Apoyo a la Familia y la Estrategia de Cuidados*. Incluye, entre otras, la gestión de casos con estrategias de mejora de la atención domiciliaria, enfermeras gestoras de casos, protocolo de asignación de material de ayuda para los cuidados en el domicilio. (www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud).
- Asimismo, la Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte y el *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos* recogen de manera específica la realización de este objetivo. Las actividades que se están desarrollando son:
- Plan de atención personalizado que incorpora a la familia y sus necesidades.
 - Proporcionar atención especial a las personas más vulnerables.

- Agilizar los circuitos de los diferentes recursos.
 - Promover talleres de cuidadores: se han realizado ocho talleres para formación del voluntariado en 2010 (227 voluntarios).
 - Facilitar el respiro familiar.
 - Escuela de pacientes que incluye no sólo cuidados paliativos, sino también pacientes con EPOC y personas cuidadoras (www.escueladepacientes.es).
- **Aragón** ha creado en todos los sectores sanitarios la figura de la «enfermera de enlace» en AP que gestiona la información sobre servicios, recursos y materiales para el cuidado, dirigida especialmente a pacientes con mayores necesidades de atención. Entre las principales dificultades encontradas destaca la heterogeneidad de actividades desarrolladas en cada sector por las diferencias estructurales, geográficas y de recursos humanos en cada una de ellas.
 - En **Canarias** existe en Atención Primaria una oferta de formación a cuidadores de pacientes crónicos. También se ha elaborado un documento de apoyo a familiares de pacientes en cuidados paliativos (incluye un apartado para cuidadores y otro para incorporación de información específica adaptada a cada Servicio y Zona Básica de Salud), como proyecto de los Fondos de Cohesión 2011 del MSPSI. Está disponible en formato electrónico y papel.
 - En **Islas Baleares** existe un programa en marcha de apoyo y formación a cuidadores de pacientes crónicos desde AP no específico para pacientes con EPOC, pero que incluye también a estos pacientes y sus cuidadores.
 - En **Castilla y León** se ha realizado la implantación del servicio de atención al cuidador en los centros de salud de Atención Primaria. Entre las dificultades destaca la coordinación socio-sanitaria, así como la identificación del cuidador en la historia clínica electrónica.
 - En **Cataluña**, el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya concede anualmente subvenciones a entidades de carácter no lucrativo para la financiación de actividades de fomento y soporte a las familias de pacientes con una enfermedad en fase avanzada y terminal. Los centros y profesionales asistenciales realizan paralelamente actividades de apoyo al cuidador. Acompañan a la familia y cuidadores a lo largo de la enfermedad del familiar y facilitan la información y recursos necesarios. Hay una oferta heterogénea de programas de apoyo al cuidador, que depende del proveedor de servicios sanitarios y existe un directorio público con los recursos de cuidados paliativos disponibles para la ciudadanía (disponible en el Canal Salud de la Consejería).

- En **Galicia**: *Guía para a familia en Cuidados Paliativos*
http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=63100
- En el **País Vasco** durante el año 2012 se ha estado pilotando la enfermería de enlace y, por lo tanto, la atención a un determinado tipo de pacientes (pluripatológicos), entre los que se encuentran los pacientes de EPOC, que precisan cuidados paliativos y otro tipo de recursos. Este pilotaje se ha realizado en determinadas organizaciones y se ha pilotado con pacientes concretos. Además en algunas organizaciones se ha utilizado la tecnología para el cuidado de estos enfermos.

Conclusión Objetivo específico 5.5: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 5.6. Realizar acciones de sensibilización e información a la población general y a los profesionales sobre los objetivos, principios y recursos de los cuidados paliativos.

En la siguiente tabla se observa que INGESA y 12 CCAA afirman que tienen incluido el objetivo anterior en el Plan de Cuidados Paliativos de las CCAA e INGESA y 12 CCAA afirman también haber realizado acciones relacionadas con la consecución del objetivo anterior.

Tabla 37. Inclusión del objetivo 5.6. en el Plan de Cuidados Paliativos y realización de acciones relacionadas con dicho objetivo

Comunidad Autónoma	Objetivo incluido en el Plan de Cuidados Paliativos de la CA	Realización de acciones relacionadas con el objetivo anterior
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí
Asturias (Principado de)	No	No
Baleares (Islas)	Sí	Sí
Canarias	No	Sí
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	No	No
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	Sí	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí	No
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	Sí	Sí
Total nacional	13	13

Fuente: Elaboración propia.

Entre las acciones implementadas para alcanzar el objetivo anterior destacan las siguientes:

- En **Andalucía** se han elaborado documentos dirigidos a población general sobre la EPOC, Cuidados Paliativos y cómo realizar la Voluntad Vital Anticipada, disponible en el portal de salud de la Consejería de Salud y Bienestar Social.
- En **Aragón** está contemplado que los profesionales puedan proponer formación específica en cuidados paliativos dependiendo de sus necesidades y adaptarse a la propuesta que los ESAD realicen. Las dificultades se identifican más a la hora de conseguir la implicación de la sociedad a la que las acciones de sensibilización e información están dirigidas.
- En **Islas Baleares** se ha realizado la edición de un tríptico informativo así como las *Jornadas de la Estrategia en Cuidados Paliativos* con 100 asistentes aproximadamente.

- En **Canarias** se han elaborado dos audiovisuales (espacio publicitario y reportaje) para fomentar la sensibilización e información sobre Cuidados Paliativos en la población general. Son un proyecto elaborado con los Fondos de Cohesión 2011 del MSPSI. Están disponibles en la página Web del Servicio Canario de la Salud y se potenciará su difusión en medios de comunicación.
- En **Cantabria** se han realizado varias acciones:
 - Difusión de los criterios del estado terminal de los pacientes oncológicos y no-oncológicos aprobados por la Estrategia Nacional en Cuidados Paliativos.
 - Divulgación de la existencia del código v.66.7 en hospitales, servicios de admisión y Atención Primaria.
 - Definición de un modelo de valoración de necesidades del paciente terminal y plan de cuidados utilizando escalas validadas.
 - Información, sensibilización y formación a los trabajadores sociales de los Centros de Salud de las CCAA.
 - Varias sesiones hospitalarias de difusión y sensibilización (en los tres centros públicos de las CCAA).
- En **Castilla y León** se ha realizado la difusión de la *Guía Clínica de Cuidados Paliativos*.
- En **Cataluña** la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud se ha presentado en jornadas, cursos de formación y varias actividades en las que ha participado el *Plan director socio-sanitario*. Se ha realizado la divulgación, con envío masivo vía electrónica, a todos los centros proveedores de la red socio-sanitaria y a los responsables socio-sanitarios de las regiones sanitarias de la *Guía de Práctica Clínica de cuidados paliativos del MSSSI*. Se han distribuido 50.000 trípticos para sensibilizar e informar a la población general. Este recurso también se halla en la Web del Canal Salud de la Consejería.

En la evaluación de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS se detectó un infraregistro de la actividad de cuidados paliativos. Consecuentemente, en todas las actividades formativas, jornadas y acciones de sensibilización a profesionales sanitarios, de cualquier ámbito, se han difundido los códigos diagnósticos secundarios que indican que una persona está recibiendo atención paliativa (V66.7 en el CIE-9 y Z51.5 en CIE-10).

Se ha editado la *Guía de buena práctica* para el abordaje de aspectos de educación para la salud en la atención a las personas en el ámbito socio-sanitario, dirigida a profesionales con el objetivo de mejorar los resultados obtenidos en este campo de actuación. Se han editado 20.000 ejemplares del *Documento de voluntades antici-*

padas, y se han realizado 3 jornadas en 2010 para profesionales y ciudadanos para tratar la atención al final de la vida y las voluntades anticipadas; a estos encuentros acudieron aproximadamente 600 asistentes.

Dentro del Plan de formación 2009-2011 se han realizado talleres de sensibilización para profesionales de Atención Primaria (130 talleres presenciales en toda Cataluña) con la participación de, aproximadamente, 2.000 profesionales que acudieron alumnos.

- **Galicia:** Promoción institucional Día Mundial dos Cuidados Paliativos.
- En la **Región de Murcia** se han realizado presentaciones de la *Guía Clínica de Cuidados Paliativos* en todos los niveles asistenciales, así como campañas poblacionales de difusión de la red de cuidados paliativos.
- En el **País Vasco** se han realizado las siguientes actividades:
 - Difusión de los criterios del estado terminal de los pacientes oncológicos y no oncológicos. Sesiones en los hospitales para difundir información y sensibilizar al personal sanitario. Y también al personal (trabajadores sociales) del sector ambulatorio. Realización de la *Guía clínica de cuidados paliativos* auspiciada por Osteba (Agencia Vasca de Evaluación de Nuevas Tecnologías). La Universidad del País Vasco (UPV/EHU) comenzó el año pasado un curso de postgrado que es actualmente un MÁSTER sobre Cuidados PALIATIVOS. Cursos anuales en los Colegios Médicos y de Enfermería.
 - Desarrollo de equipos consultores en CP en los Hospitales de agudos (Txagorritxu, Santiago, Donostia, Cruces y Basurto), así como en algunos hospitales comarcales y en centros comarcales de Atención Primaria.

La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad es, desde 2010, el documento marco de referencia para el desarrollo de proyectos de atención integral a través de profesionales ubicados en los diferentes niveles asistenciales. De estos proyectos hay que destacar el *Proceso asistencial integrado de cuidados paliativos de Araba*.

El Servicio de Formación corporativo de Osakidetza realiza actividades de formación específicas en cuidados paliativos dirigidas a todos los profesionales, entre los que caben destacar los *Talleres de habilidades de comunicación en cuidados paliativos*.

El Documento de voluntades anticipadas está disponible en la Web, el cual se muestra en la Historia Clínica de ese paciente (Osabide Global) por medio de un icono informativo.

- En **La Rioja**, se han elaborado y difundido materiales de información en relación con los recursos, forma de acceso y metodología de trabajo de la Unidad de Cuidados Paliativos. Asimismo, se ha realizado la difusión del documento de últimas voluntades en los dispositivos asistenciales sanitarios y socio-sanitarios de La Rioja en colaboración con la Dirección General de Asistencia, Prestaciones, y Farmacia. El documento de últimas voluntades está disponible para el público general en la página Web del Gobierno de La Rioja y a su vez de la Consejería de Salud y Servicios Sociales. Por otra parte, la Unidad de Cuidados Paliativos dispone de la GPC que establece las actuaciones en este sentido, y está disponible en: <http://fundacion-riojasalud.org/ficheros/Gu%C3%ADa%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20sobre%20Cuidados%20Paliativos.pdf>

Conclusión Objetivo específico 5.6: realización de acciones parcialmente conseguida, aunque sin evaluar su impacto.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 5.7. Establecer programas de formación continuada y específica para profesionales de Atención Primaria y Especializada, a fin de que puedan atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal, así como las que pudieran tener sus familias.

Las siguientes tablas presentan el detalle de las actividades de formación continuada en cuidados paliativos para los colectivos de enfermería, profesionales médicos de distintos ámbitos asistenciales, profesionales de rehabilitación, otros profesionales y equipos multidisciplinares para las CCAA que lo han podido informar.

Tabla 38. Actividades de formación continuada en cuidados paliativos para Enfermería

Comunidad Autónoma	Enfermería Atención Primaria			Enfermería Atención Especializada		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Aragón	13	30,5	156	12	30,5	172
Cantabria	15	78	226	5	n.d.	100
Castilla y León	7	6,4	154	5	7	124
Castilla-La Mancha	12	n.d.	n.d.	12	n.d.	n.d.
Galicia	23	76,2	136	24	77,9	153
Madrid	7	9,8	72	10	12,3	162

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 39. Actividades de formación continuada en cuidados paliativos para Medicina

Comunidad Autónoma	Medicina Atención Primaria			Medicina Urgencias y Emergencias			Medicina Atención Especializada		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Aragón	12	30,5	123	12	30,5	21	12	30,5	89
Cantabria	15	78	226	15	78	23	n.d.	n.d.	n.d.
Castilla y León	53	42	1.093	0	0	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	12	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	12	n.d.	n.d.
Cataluña	130	n.d.	2000	n.d.	n.d.	n.d.	10	n.d.	300
Galicia	23	76,2	109	n.d.	n.d.	n.d.	25	87,4	439
Madrid	2	6,3	166	n.d.	N.d.	n.d.	1	2,5	87

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 40. Actividades de formación continuada en cuidados paliativos para profesionales de rehabilitación y otros profesionales

Comunidad Autónoma	Profesionales de rehabilitación			Otros profesionales			Equipos multidisciplinares		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Aragón	4	n.d	n.d	7	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Cantabria	n.d.	n.d.	n.d.	15	78	10	n.d.	n.d.	n.d.
Castilla y León	0	0	0	1	1,4	15	87	390	1908
Galicia				23	76,2	66	44	137,8	1314
Madrid	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d.	61	164,7	2363

Fuente: Elaboración propia.

La Comunidades informan además de los aspectos formativos siguientes:

- En **Andalucía** se ha realizado un esfuerzo importante en la formación de los profesionales desde el año 2009, que consiste en lo que se expone a continuación:
 - Formación básica en CP para profesionales de los recursos convencionales. 40 horas lectivas (32 e-training y 8 presenciales). Se han formado un total de 2.447 profesionales (1.381 enfermeras, 906 médicos y 160 MIR).
 - Red de teleformadores. Se han formado 80 profesionales (38 enfermeras y 42 médicos).
 - Formación avanzada para profesionales de los recursos avanzados. 100 horas lectivas (52 e-learning y 48 presenciales). Se han formado 151 profesionales.
 - En desarrollo (2011 y 2012) (además de continuar con la formación básica y avanzada): formación de profesionales de los recursos de urgencias, pediatría y voluntariado.
- En **Canarias**:
 - Formación **Básica** en Atención Primaria y Hospitalaria: medicina (14 profesionales), enfermería (38), auxiliar de enfermería (1), trabajo social (1), fisioterapia (1).
 - Formación **Intermedia** en Atención Primaria y Hospitalaria: medicina (56 profesionales), enfermería (82).
 - Formación **Avanzada**: no se ha realizado.
- En **Cataluña**, en enero de 2008, se impartió el *Curso básico de cuidados paliativos* con 8 ediciones presenciales en las diferentes

Regiones Sanitarias, que dio como resultado: 254 profesionales formados (101 médicos, 140 enfermeras, 11 trabajadores sociales y 2 psicólogos) con el apoyo de 71 docentes.

- En enero del 2008, se realizaron también 130 talleres presenciales de sensibilización para profesionales de Atención Primaria, que contaron con 100 profesionales como docentes (mayoritariamente de los equipos de soporte domiciliario) y en los que participaron aproximadamente 2.000 alumnos.
- Desde enero de 2009 a diciembre de 2010 se realizó el *Estudio observacional de prevalencia de pacientes hospitalizados con diagnósticos correspondientes a procesos crónicos*, que precisan cuidados paliativos y que reúnen criterios de enfermedad en situación avanzada y terminal, de acuerdo con los criterios pronósticos generales y específicos. Participaron 501 pacientes.
- Finalmente, de 28 de febrero de 2010 a 30 de junio del mismo año, tuvo lugar el curso *on-line, Principios y prácticas de los cuidados paliativos*, en el que participaron 80 alumnos en dos aulas virtuales.
- En el período 2009-2010 se ha desarrollado la herramienta NECPAL-CCOMS, como instrumento de identificación de pacientes con patologías crónicas evolutivas y necesidades de atención y medidas paliativas en servicios sanitarios y sociales.
- En **La Rioja** en 2009, se realizaron 12 cursos de formación en cuidados paliativos de carácter básico y sobre aspectos concretos como: dolor, testamento vital la vía subcutánea en cuidados paliativos dirigidos a profesionales de la salud (personal médico y de enfermería tanto de AP como de AE), que sumaron un total de 146 horas de formación; en dichos cursos participaron 278 profesionales que lograron una calificación, en cuanto a satisfacción por parte de los alumnos, de 5,16 sobre 6, con un rango entre 4,71 y 5,68.

Se realizaron también 2 cursos, en colaboración con la Asociación Española contra el Cáncer, para formación de voluntarios hospitalarios en los que participaron 23 personas.

Durante el año 2010 se realizaron 14 cursos en los que participaron 301 profesionales, alcanzando una puntuación en el grado de satisfacción de 5,26 con un rango entre 4,99 y 5,66.

Durante 2010 se impartió un curso sobre *Gestión emocional, autorregulación y autocuidado del profesional en cuidados paliativos* a 23 personas de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Conclusión Objetivo específico 5.7: Iniciado, se dispone de poca información.

Recomendación: Mantener objetivo.

4.5. Línea estratégica 5. Formación de profesionales

4.5.1. Objetivo general 6: Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para proporcionar una atención adecuada a las necesidades de las personas con EPOC y favorecer el abordaje integral e integrado de la enfermedad y la coordinación entre Atención Primaria y Especializada.

Este objetivo general se evalúa a través de un único objetivo específico:

Objetivos

6. Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de las personas con EPOC y favorecer el abordaje integral e integrado de la enfermedad y la coordinación entre Atención Primaria y Especializada.

6.1. Disponer en las Comunidades Autónomas de un *Plan de Formación Continuada* para la totalidad de profesionales que presten atención a las personas con EPOC.

Objetivo específico 6.1. Disponer en las Comunidades Autónomas un Plan de Formación Continuada dirigido a la totalidad de profesionales que prestan atención a las personas con EPOC.

Como se observa, nueve CCAA disponen de un *Plan de formación continuada* para la totalidad de profesionales, que prestan atención a las personas con EPOC en la CA.

Tabla 41. Existencia de Plan de Formación continuada para los profesionales de EPOC

Comunidad Autónoma	Existencia de un Plan de Formación continuada para la totalidad de profesionales que prestan atención a las personas con EPOC en la CA
Andalucía	Sí
Aragón	No
Asturias (Principado de)	No
Baleares (Islas)	Sí
Canarias	n.d.
Cantabria	No
Castilla y León	Sí
Castilla-La Mancha	No
Cataluña	Sí
Comunidad Valenciana	Sí
Extremadura	No
Galicia	Si
Madrid (Comunidad de)	Sí
Murcia (Región de)	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Sí
País Vasco	No
La Rioja	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.
Total nacional	9

Fuente: Elaboración propia.

El detalle de las actividades de formación continuada dirigidas a los distintos colectivos de profesionales que prestan atención a las personas con EPOC en las CCAA, que lo han podido informar, se presenta en las tablas siguientes:

Tabla 42. Actividades de formación continuada en EPOC para Enfermería

Comunidad Autónoma	Enfermería Atención Primaria			Enfermería Atención Especializada		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Aragón	7	n.d	75	5	n.d	81
Baleares (Islas)	4	9,5	71	4	n.d.	70
Castilla y León	17	4,4	394	4	5,2	112
Galicia	9	19,2	192	2	2,2	49
Comunidad Valenciana	2	16	700	0	0	0
Navarra (Comunidad Foral)	7	11,41	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Ceuta y Melilla (INGESA)	1	n.d.	12	n.d.	n.d.	n.d.
Madrid	34	36,5	616	17	51,2	325

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 43. Actividades de formación continuada en EPOC para Medicina

Comunidad Autónoma	Medicina Atención Primaria			Medicina Urgencias y Emergencias			Medicina Atención Especializada		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Aragón	7	n.d	32	1	n.d	30	4	n.d	41
Baleares (Islas)	6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Castilla y León	16	11,3	640	1	3,2	200	1	2	100
Comunidad Valenciana	2	16	900	2	16	50	1	16	100
Navarra (Comunidad Foral)	13	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5	n.d.	n.d.
La Rioja	8	n.d.	78	-	-	-	-	-	-
Ceuta y Melilla (INGESA)	1	n.d.	20	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Galicia	9	19,2	192				1	1,7	40
Madrid	29	33,7	458	n.d	n.d.	n.d.	15	32,8	462

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 44. Actividades de formación continuada en EPOC para profesionales de rehabilitación y otros profesionales

Comunidad Autónoma	Profesionales de rehabilitación			Otros profesionales			Equipos multidisciplinares		
	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes	Nº actividades	Suma total créditos otorgados	Total asistentes
Aragón	2	n.d.	35						
Castilla y León	0	0	0	0	0	0	23	9,4	540
Ceuta y Melilla (INGESA)	1	n.d.	20	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Galicia							15	28,3	453
Madrid	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10	21,6	228

Fuente: Elaboración propia.

- **Andalucía** ha realizado actividades acreditadas de formación para profesionales médicos y de enfermería en EPOC durante los años 2009 (10 actividades formativas acreditadas con un total de 16,51 créditos), 2010 (21 actividades formativas acreditadas con un total de 12,80 créditos) y primer semestre de 2011 (15 actividades formativas acreditadas con un total de 8,19 créditos). Se han realizado cursos para los centros de AP organizados de forma centralizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública (dos ediciones) y por los centros (35,3% de los centros de AH y 34,4% de los centros AP).
 - Los asuntos que se han tratado en los cursos son:
 - Actualización de la atención a los pacientes con EPOC.
 - Recomendaciones para el automanejo del paciente con EPOC.
 - Exacerbaciones agudas en EPOC y asma. Su atención en Atención Primaria.
 - Actualización en el uso racional del medicamento en el paciente con EPOC.
 - Enfermería en el abordaje del paciente con EPOC.
 - Ventilación mecánica no invasiva en el EPOC reagudizado.
 - Actualización en EPOC: inhaladores y espirometrías.
 - Manejo de la agudización de EPOC en urgencias.
- **País Vasco:**
 - Los centros de salud que tienen profesionales formados para poder ofrecer tratamiento de tabaquismo ascienden a un 97%.
 - Los cupos que han recibido formación son el 60,7%.

- Los tratamientos individuales registrados en los centros de Atención Primaria en 2012 se han multiplicado por 4,5 respecto al año 2011, pasando de 388 en 2011 a 1.729 registros en 2012.
- Los registros de tratamientos grupales se han multiplicado por 9,5 en el último año.

De 51 registros en 2011 se ha pasado a 483 en 2012.

Se ha formado a 412 personas como personal de enfermería, a 196 como médicos y en 5 como personal de otras categorías. En relación con el tipo de formación se han formado en deshabituación tabáquica a 474 personas y a 139 en deshabituación tabáquica grupal.

- En **la Rioja** el Servicio Riojano de Salud elabora un *Plan de Formación Anual* para los profesionales sanitarios y no sanitarios del Sistema Público de Salud de La Rioja. En el año 2011 se realizaron los cursos relacionados con EPOC que se citan a continuación:
 - Taller de *Inhaladores y EPOC*, en marzo 2011 (FRS)
 - *AUDIPOC: Auditoría Clínica en exacerbación de EPOC ¿Qué y cómo lo hacemos?*, en mayo de 2011.
 - Taller EPOC, en junio de 2011 (FRS).
 - Curso *Avances en EPOC*, realizados el 4 y 25 de octubre de 2011 (Colegio Oficial de Médicos de La Rioja).

Tabla 45. Actividades de formación en EPOC por parte de las entidades del Comité Técnico desde el 3 de Junio de 2009 al 31 de Diciembre de 2010

Entidad	Actividades de formación en EPOC
ATTSS (Asociación Española de Trabajo Social y Salud)	No
CIBER	Sí
CNPT (Especialista Universitario en tabaquismo)	No
FAECAP (Federación Española de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria)	Sí
FEP (Foro Español de Pacientes)	Sí
SEFC (Sociedad Española de Farmacología Clínica)	No
SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)	Sí
SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias)	No
SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)	Sí
SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia)	Sí
SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna)	Sí
SEPAR	Sí
SERMEF (Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física)	Sí

Fuente: Elaboración propia.

Paralelamente se ha podido consultar con las entidades del Comité Técnico de EPOC el conjunto de las actividades de formación en EPOC que se realizaron desde el 3 de junio de 2009 al 31 de diciembre de 2010.

Actividades específicas de formación continuada en EPOC realizadas durante el año **2009**:

- En el caso de profesionales de Enfermería, la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) realizó una actividad con 22 asistentes y en la que se otorgaron 4,52 créditos.
- Para el colectivo de profesionales de medicina:
 - La SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) ha llevado a cabo un total de 30 actividades de formación continuada.
 - La SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia) ha realizado 11 actividades (52 horas en total) con 953 asistentes.
 - La SEPAR ha efectuado dos actividades para médicos de Atención Especializada, de 10 horas en total, y en las que participaron 950 asistentes y les concedieron 1 crédito.
 - En 2010 y 2011 se han desarrollado como actividades de formación continuada en <http://fmc.separ.es/> los siguientes módulos en EPOC:
 - EPOC Online. Comorbilidades en la EPOC. http://fmc.separ.es/cursos/comorbilidades_epoc.html
 - Curso de *Investigación clínica en Neumología. Módulo 4.*
 - *Manual SEPAR de Procedimientos 22 - Manual de Atención domiciliaria del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)* http://fmc.separ.es/cursos/manual_atención_domiciliaria_paciente_enfermedad_pulmonar_obstructiva_cronica_epoc.html
 - El FEP (Foro Español de Pacientes) impulsó una actividad de 14 horas para equipos multidisciplinares con 15 asistentes.
 - La SERMEF (Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física) realizó dos actividades de formación continuada para profesionales de rehabilitación.
 - El CIBER explicita que contó en este año con 72 investigadores trabajando en actividades relacionadas con la EPOC.

Durante el año **2010**, también se identifican actividades de formación continuada en EPOC:

- La FAECAP ha descrito 5 actividades para profesionales de enfermería de Atención Primaria con un total de 108 asistentes y que supusieron 22,84 créditos totales para los participantes.
- Actividades de formación continuada en EPOC para los facultativos médicos:
- La SEMERGEN organizó 25 actividades para los médicos de Atención Primaria.
- La SEMG desarrolló 2 actividades a las que asistieron 210 participantes y 8 actividades para médicos de urgencias.
- Para los médicos de atención especializada, la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna) organizó una actividad que contó con 200 asistentes, de 10 horas y 1 crédito.
- El CIBER explicita que contó en 2010 con 80 investigadores que trabajaron en actividades relacionadas con la EPOC.

Conclusión Objetivo específico 6.1: Iniciado.
Recomendación: Mantener objetivo.

4.6. Línea estratégica 6. Investigación

4.6.1. Objetivo general 7: Potenciar la investigación epidemiológica, básica, clínica y traslacional en aspectos de prevención y atención integral de la EPOC.

Este objetivo general se evalúa mediante tres objetivos específicos:

Objetivos
7. Potenciar la investigación epidemiológica, básica, clínica y traslacional en aspectos de prevención y atención integral de la EPOC
7.1. Promover, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en la EPOC.
7.2. Poner en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en la EPOC.
7.3. Promover en Atención Primaria la investigación de los cuidados en la EPOC.

Objetivo específico 7.1. Promover, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en la EPOC.

A través de las convocatorias de la Acción Estratégica de Salud del Instituto de Salud Carlos III, se han financiado en el periodo 2009-2011 un total de 28 proyectos por un total de 3.074.410 euros, repartidos del modo siguiente:

- Año 2009: 10 proyectos – 1.136.795 euros.
- Año 2010: 12 proyectos – 937.556 euros.
- Año 2011: 6 proyectos – 1.000.059 euros.

Sin embargo, y a diferencia de los años precedentes, no se han financiado, ni durante el año 2009 ni durante el 2010, proyectos de evaluación de tecnologías sanitarias en EPOC, incluyéndose éstos en la convocatoria general de proyectos.

Por otro lado, mediante convocatorias de las Comunidades Autónomas, se han financiado los proyectos siguientes:

Tabla 46. Número de proyectos de investigación en EPOC financiados por las CCAA

Comunidad Autónoma	Número de proyectos de investigación relacionados con las líneas de Investigación Interdisciplinarias prioritarias en EPOC financiados por la Comunidad Autónoma
Andalucía	n.d.
Aragón	n.d.
Asturias (Principado de)	n.d.
Baleares (Islas)	3
Canarias	2
Cantabria	0
Castilla y León	8
Castilla-La Mancha	n.d.
Cataluña	n.d.
Comunidad Valenciana	3
Extremadura	n.d.
Galicia	2
Madrid (Comunidad de)	1
Murcia (Región de)	n.d.
Navarra (Comunidad Foral)	2*
País Vasco	n.d.
La Rioja	n.d.
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.
Total nacional	21

Fuente: Elaboración propia.

*: Uno de los proyectos está financiado a través de la Sociedad Vasco-Navarra de Patología Respiratoria y no directamente por el Gobierno

Siete CCAA han aportado información de este objetivo. En la tabla siguiente se detallan los proyectos de investigación relacionados con las líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en EPOC y financiadas por dichas CCAA.

Tabla 47. Detalle y estado de los proyectos de investigación en EPOC financiados por las CCAA		
Comunidad Autónoma	Título del proyecto	Estado del proyecto
Andalucía	<i>Calidad de vida</i> en el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica tras cuidados y rehabilitación respiratoria. <i>Rehabilitación</i> pulmonar en enfermos con EPOC. <i>Proyecto AMICA</i> . Gestión y control de enfermos con EPOC.	
Islas Baleares	<i>EPOC y autoinmunidad</i> . Evacuación de potenciales autoantígenos.	Finalizado
	<i>El entrenamiento físico</i> de resistencia disminuye la inflamación que caracteriza la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).	Finalizado
	<i>Utilidad de la alveoloscopia</i> en el diagnóstico del remodelado de la vía aérea en pacientes asmáticos y pacientes con EPOC.	Finalizado
Canarias	<i>TELDE y EPOCAN</i> : Estudios de prevalencia de la Comunidad Autónoma.	En curso
Castilla y León	<i>Análisis lineal y espectral de la saturación de oxihemoglobina nocturna</i> en pacientes con EPOC.	En curso
	<i>Utilidad de la disponibilidad de las curvas básicas</i> en la sincronía paciente-ventilador en la EPOC agudizada tratada con ventilación mecánica no invasiva.	En curso
	<i>Caracterización de genes asociados</i> con la susceptibilidad al tabaquismo, la respuesta a las terapias de abandono y el desarrollo de EPOC.	En curso
	<i>Reingresos por EPOC</i> : factores predictores de riesgo de exacerbación e ingreso.	En curso
	<i>Biomarcadores bnp y nt-probnp</i> en enfermedades crónicas respiratorias como detectores precoces de cardiopatía silente.	En curso
	<i>Efectividad y repercusiones de la realización de espirometría en el abordaje terapéutico de los pacientes con EPOC o asma. proyecto espiro-resp.</i>	En curso
	<i>Deshabitación tabáquica</i> en pacientes fumadores a los que se les ha detectado una obstrucción al flujo aéreo mediante vitalograph copd-6 en Atención Primaria.	En curso
	<i>Estudio poblacional de detección precoz de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</i> en personas de riesgo en las zonas básicas de salud de Segovia - estudio segoepoc.(estudio multicéntrico).	En curso
Galicia	1.- <i>Marcaxe Isotópico diferencial da fracción proteica do condensado de aire exhalado (CAE) e soro sanguíneo para detección precoz de cancro de pulmón.</i> 2.- <i>Valor Diagnóstico E Pronóstico Das Alteracións Epixenéticas Nas Adenopatías Obtidas Mediante Punción Transbronquial Ecodirixida No Cancro De Pulmón.</i>	En curso
Madrid	<i>Programa de I+D en Biomedicina de la Comunidad de Madrid</i> <i>Inflamación e Hipoxia</i> : Mecanismos de desarrollo y progresión en EPOC y SAHS (ConSEPOC-CM). S2010/BMD-2542.	En curso

Tabla 47. Continuación

Navarra	<i>Análisis comparativo de los efectos del entrenamiento exclusivo de fuerza con los de un programa combinado de fuerza y resistencia aeróbica en la capacidad funcional en pacientes con EPOC</i> , Servicios de Neumología y Rehabilitación H. Virgen del Camino y Universidad Pública de Navarra. Ministerio de Educación (ref. dep. 2007-73220-C03-03)2007-2010. Beca SVNPAR 2007. Investigadora Principal. Pilar Cebollero.	Finalizado
Navarra	<i>Factores asociados a la disfunción muscular de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</i> . Universidad Pública de Navarra y Servicios de Neumología y Rehabilitación del H. Virgen del Camino. Beca del Gobierno de Navarra. Departamento de Salud 2007-2010 Investigadora principal. Pilar Cebollero.	Finalizado
Comunidad Valenciana	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Eficiencia de un programa integral</i> para pacientes con EPOC que sufren frecuentes hospitalizaciones. - <i>Eficiencia de un programa de cribado</i> para pacientes con EPOC. - <i>Vía clínica de la hospitalización</i>. Análisis de eficacia y eficiencia. 	Finalizado
Fuente: Elaboración propia.		

Igualmente, y más allá de las dotaciones específicas de cada Comunidad Autónoma, se han financiado 10 proyectos de investigación en EPOC durante 2009 y 12 en 2010 (a través del Instituto Carlos III), que han dado lugar a un importe total financiado de 2.074.351,4 euros.

Sin embargo, y a diferencia de los años precedentes, no se han financiado ni en 2009 ni en 2010 proyectos de evaluación de tecnologías sanitarias en EPOC.

Conclusión Objetivo específico 7.1: Iniciado un desarrollo desigual de la información según la Comunidad Autónoma.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 7.2. Poner en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en la EPOC.

Como se observa en la siguiente tabla, seis CCAA han informado que cuentan con redes acreditadas y grupos de excelencia en EPOC, mientras que nueve CCAA comunican que no disponen todavía de estos recursos.

Tabla 48. Existencia de redes y grupos de excelencia en EPOC en las CCAA

Comunidad Autónoma	Existencia de redes acreditadas de centros de Investigación y grupos de excelencia en EPOC
Andalucía	No
Aragón	No
Asturias (Principado de)	No
Baleares (Islas)	Sí
Canarias	n.d.
Cantabria	No
Castilla y León	No
Castilla-La Mancha	No
Cataluña	Sí
Comunidad Valenciana	Sí
Extremadura	No
Galicia	No
Madrid (Comunidad de)	Sí
Murcia (Región de)	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	No
País Vasco	Sí
La Rioja	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.
Total nacional	6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el cuestionario de evaluación de la Estrategia.

La actividad en las seis CCAA, que han contestado afirmativamente, es variada. A modo ilustrativo se detalla el caso de Islas Baleares.

- En **Islas Baleares**, la FISIB (antes Fundación Caubet-Cimera) y varios miembros del Hospital de Son Espases son investigadores del Ciber de Enfermedades Respiratorias. En este sentido, el coordinador de la Estrategia en EPOC en Baleares es director del *Programa de EPOC de CIBER de Enfermedades Respiratorias*.

El grupo de respiratorio de la Sociedad Balear en Medicina Familiar y Comunitaria mantiene una constante actividad investigadora en EPOC, asma y otras enfermedades respiratorias, coordinada en el ámbito nacional por el Grupo de Respiratorio de Atención Primaria (GRAP) y en el internacional por el Internacional Primary Care Respiratory Group.

En las CCAA se realiza un estudio clínico a los participantes con una edad comprendida entre 35 y 74 años y una serie de pruebas y determinaciones entre las que se encuentran la realización de un

cuestionario de síntomas respiratorios y una espirometría forzada en Atención Primaria.

- Estudio de tabaquismo en centros escolares. Atención Primaria colabora con el Servei de Salut en el desarrollo de un estudio acerca de la eficacia de la intervención en el tabaquismo en centros escolares.
- Estudios propios. Además de colaborar en proyectos con la fundación Caubet-Cimera, se desarrollan algunos proyectos de investigación propios como son: ensayo clínico sobre la eficacia de la cooximetría junto al consejo mínimo en el abandono del tabaco o rehabilitación respiratoria en los centros de salud.

Por otra parte, si bien nueve CCAA indican que aún no disponen de redes acreditadas, desarrollan diversas actividades encaminadas hacia este fin. A modo ilustrativo se citan los casos de Cataluña y Extremadura:

- En **Cataluña** no existen redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en EPOC como tal, aunque se espera que a través del estudio de la variabilidad de la atención al paciente de EPOC, que se está llevando a cabo, se pueda identificar a los profesionales, centros y circuitos que tengan capacidad de ejercer como modelo.
- En el caso de **Extremadura** existen grupos que pertenecen a redes nacionales, aunque no son específicamente grupos regionales.

Conclusión Objetivo específico 7.2: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo.

Objetivo específico 7.3. Promover la investigación en Atención Primaria en cuidados de EPOC.

Aunque se describen dificultades en la disponibilidad de la información y sólo cinco CCAA han aportado información, se han identificado nueve proyectos en Atención Primaria sobre cuidados en EPOC financiados por las respectivas CCAA.

Tabla 49. Número de proyectos de investigación en AP sobre cuidados en EPOC financiados por las CCAA

Comunidad Autónoma	Número de proyectos de investigación en AP sobre cuidados en EPOC financiados por la CA
Andalucía	n.d.
Aragón	n.d.
Asturias (Principado de)	n.d.
Baleares (Islas)	3
Canarias	n.d.
Cantabria	0
Castilla y León	2
Castilla-La Mancha	n.d.
Cataluña	n.d.
Comunidad Valenciana	2
Extremadura	n.d.
Galicia	0
Madrid (Comunidad de)	n.d.
Murcia (Región de)	4
Navarra (Comunidad Foral)	0
País Vasco	n.d.
La Rioja	n.d.
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.
Total nacional	11

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 50. Detalle y estado de los proyectos de investigación en AP sobre cuidados en EPOC financiados por las CCAA

Comunidad Autónoma	Título del proyecto	Estado del proyecto
Islas Baleares	Mismos proyectos que los del objetivo 7.1.	Finalizado
Castilla y León	<i>Efectividad y repercusiones de la realización de espirometría en el abordaje terapéutico de los pacientes con EPOC o asma. Proyecto espiro-resp</i>	En curso
Castilla y León	<i>Deshabitación tabáquica en pacientes fumadores a los que se les ha detectado una obstrucción al flujo aéreo mediante vitalograph copd-6 en Atención Primaria.</i>	En curso
Región de Murcia	<i>Validación de la espirometría manual en la detección precoz de la EAPO en AP</i>	En curso

Fuente: Elaboración propia.

Conclusión Objetivo específico 7.3: Iniciado.

Recomendación: Mantener objetivo.

5. Actividades realizadas para la difusión e implementación de la Estrategia

A continuación se describe la existencia de los planes generales y específicos en EPOC de las CCAA (véase anexo 1) así como las actividades realizadas para la difusión de la Estrategia en EPOC del SNS:

Tabla 51. Disponibilidad de planes generales o específicos sobre EPOC

Comunidad Autónoma	La Comunidad Autónoma dispone de un Plan General de Salud que contempla la atención a los pacientes con EPOC	La Comunidad Autónoma dispone de un Plan Específico de EPOC
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	No	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Baleares (Islas)	En elaboración	Sí
Canarias	n.d.	n.d.
Cantabria	No	En elaboración
Castilla y León	Sí	No
Castilla-La Mancha	No	No
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	En elaboración
Galicia	Sí	En elaboración
Madrid (Comunidad de)	Sí	En elaboración
Murcia (Región de)	Sí	En elaboración
Navarra (Comunidad Foral)	No	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	No
Ceuta y Melilla (INGESA)	n.d.	n.d.
Total nacional	11 + 1 en elaboración	8+ 5 en elaboración

Fuente: Elaboración propia.

Comunidades Autónomas:

Las actividades de difusión de la EPOC reportadas por las CCAA, hasta 30 de junio de 2011, han sido las siguientes:

- En **Aragón** se han realizado reuniones mensuales en el marco del Grupo expertos en EPOC de toda la Comunidad Autónoma, que comenzaron el 1 octubre de 2009. Asimismo, se ha constituido un grupo de profesionales expertos en EPOC, coordinados por el representante institucional autonómico que elabora la Estrategia. Dicho Grupo se ha formado con profesionales de las tres provincias aragonesas provenientes de los sectores de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, tanto del ámbito rural como urbano: médicos especialistas en neumología, medicina interna, rehabilitación, urgencias y medicina familiar y comunitaria, enfermeras de Atención Primaria, Hospitalaria y fisioterapeutas. Los expertos han tomado como base la Estrategia y han diseñado un modelo para difundirlo en toda la Comunidad Autónoma, que consiste en la elaboración del *Programa de atención a pacientes con EPOC en el Sistema de Salud de Aragón* y en la formación, en cada uno de los ocho sectores sanitarios en que está dividida la Comunidad, de un grupo de profesionales que implementan los procesos asistenciales del Programa, adaptándolo a las necesidades específicas de cada uno de los sectores se han llevado a cabo.
- En **Asturias** se realizaron cuatro jornadas: 8 de febrero de 2009 (70 asistentes), 8 de marzo de 2008 (40 asistentes), 21 de marzo de 2008 (30 asistentes), 7 de abril de 2008 (50 asistentes) y 1 de enero de 2008 (45 asistentes).
- En **Islas Baleares** se han realizado dos jornadas:
 - *Jornada de Presentación de la Estrategia en EPOC de las Islas Baleares* celebra el 24 de marzo de 2011, con 60 asistentes.
 - *V Jornadas de Neumología. Mesa redonda: Novedades en EPOC. Ponencia: La estrategia en EPOC: ¿dónde nos encontramos? Que* tuvo lugar el 16 de mayo de 2011, con 120 asistentes.
- En **Cantabria**, en las tres áreas de Atención Primaria del ámbito territorial se han efectuado unas primeras sesiones de Cursos Teóricos sobre Espirometrías, complementadas después con talleres prácticos en el mismo orden, a los que han asistido los profesionales en enfermería que están encargados de la realización de dichas pruebas en sus respectivos Centros de Salud.

Se ha realizado también una *Jornada multidisciplinaria de atención al enfermo con EPOC*, en la que participan miembros de la administración local, personal de enfermería, médicos especialistas y de Atención Primaria, en colaboración con el Servicio de Neumología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y el Grupo de Respiratorio de SEMERGEN. Actividades realizadas son las siguientes:

- *Curso Manejo y Control de Espirometrías en AP*, de 21 de abril de 2010 con 78 asistentes.
- *Taller Manejo y Control de Espirometrías en AP*, de 23 de abril de 2010 con 56 asistentes.
- *Taller Manejo y Control de Espirometrías en AP*, de 25 de abril de 2010 con 22 asistentes
- *Jornada Actualización en EPOC*, de 10 de junio de 2010 con 112 asistentes.
- En **Castilla y León** se ha desarrollado la *I Jornada de Neumología en AP* el 21 de marzo de 2011, con 120 asistentes.
- En **Cataluña** se han efectuado las actividades siguientes:
 - *Jornada sobre función Pulmonar* (23 de octubre de 2009 - 150 asistentes).
 - *Taller sobre la reducción de reingresos de pacientes con agudización grave de la EPOC* (28 de octubre de 2010 - 10 asistentes).
 - *Jornada Translating Guidelines into practice in a state run health-care system* (20 de Abril de 2011).
 - 11 *Cursos de Espirometría*.
- En **Extremadura** está prevista la *Jornada de divulgación*, que tendrá lugar en noviembre del 2011.
- En la **Comunidad Valenciana** se ha celebrado la *Jornada Plan de EPOC de la Comunidad Valenciana* el 15 de julio de 2011 con 400 asistentes.
- En la **Comunidad de Madrid** se efectúan las actividades siguientes:
 - *Congreso «NeumoMadrid»* (1 de abril de 2011, con 500 asistentes).
 - *Jornada Terapias respiratorias domiciliarias* (mayo de 2011, con 100 asistentes).
- En la **Región de Murcia**, desde enero de 2010, se han desarrollado más de 30 jornadas, con varios talleres de formación en los que han participado un total de 940 médicos de familia y enfermeros de EAP. Esta cifra representa un 70% de profesionales pertenecientes al 79% del total de EAP de la Región.

- También se identifican las actividades BRISA en enero de 2010, con 940 asistentes.
- En el **País Vasco** se ha realizado una Jornada en enero de 2008.
 - En **Navarra** se llevan a cabo las actividades siguientes:
 - *Taller sobre el Tratamiento de la exacerbación de la EPOC*, Estrategia Nacional en EPOC (1 de octubre de 2009, con 30 asistentes).
 - *Reunión Grupo Respiratoria de SEMERGEN* (8 de Junio de 2011, con 22 asistentes).
 - *Presentación de la Estrategia Nacional en EPOC* (24 de mayo de 2008, con 19 asistentes).
 - En **Ceuta y Melilla (INGESA)** se ha desarrollado la actividad siguiente:
 - *Taller sobre el manejo del paciente con EPOC en AP*. Criterios de derivación e interpretación de espirometrías (6H), con asistencia de 20 médicos.

Sociedades Científicas:

Por otro lado, las actividades de difusión de la EPOC realizadas por distintas entidades han sido las siguientes:

- La **FAECAP** (Federación Española de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria) ha realizado 5 cursos de *La enfermera en el abordaje de la EPOC*, en las fechas siguientes: 15 mayo de 2009, 26 de enero de 2010, 9 febrero de 2010, 20 marzo de 2010, 7 abril de 2010 y 20 de mayo de 2010 (con 10, 22, 17, 25, 19, 24 y 23 asistentes respectivamente).
- El **FEP** (Foro Español de Pacientes) ha organizado el *Metaforo de la EPOC* el 27 de julio de 2011 con ocho asistentes.
- **SEMERGEN** (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) ha realizado el *XXXII Congreso Nacional de SEMERGEN* el 7 de Octubre de 2010.
- La **SEMES** (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) ha impartido una presentación el 14 de junio de 2011.
- La **SEMG** (Sociedad Española de Médicos Generales y Familia) ha llevado a cabo un taller en su *Congreso Nacional*, el 12 de junio de 2008 con 120 asistentes, 3 *Congresos Nacionales SEMG*, en fechas 9 junio 2009, 20 de junio de 2010, y de 17 mayo de 2011, con 140, 135 y 70 asistentes respectivamente.

La misma sociedad también desarrolló 4 cursos en *Encuentros en Neumología* en las fechas 10, 17 y 24 de marzo y 1 de abril de 2009, con 110 asistentes en los 4 encuentros.

Se han realizado también 6 cursos en *Formación en Neumología* en las siguientes fechas: 10, 17 y 24 de marzo de 2009, y 4, 11 y 15 de abril de 2009 (con 60, 70, 80, 75, 50 y 50 asistentes respectivamente).

- Por otro lado la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna) impulsó el curso *Actualización en MI y EPOC* el 18 abril de 2009 con 150 asistentes, el *XXX Congreso Nacional SEMI* el 18 noviembre de 2009 con 800 asistentes y la *V Reunión de EPOC* el 22 Abril de 2010 (200 asistentes).
- La SEPAR por su parte efectuó el curso *La Función Pulmonar más allá del laboratorio* en el *XLII Congreso Nacional SEPAR* del 5 junio de 2009. También los cursos *Actualizaciones en las agudizaciones de la EPOC* del 5 Junio de 2009 y *Utilidad de las Técnicas de imagen en la EPOC. TAC, RMN de perfusión, RMN con gases hiperpolarizados, tomografía de coherencia óptica* del 1 de octubre de 2010.

También se impartió el taller *Eurostage España-Italia*. Encuentro entre neumólogos españoles e italianos para debatir sobre los aspectos relacionados con la EPOC, el 17 de junio de 2011, así como el curso *FMC-SEPAR «EPOC»* y el curso *Aplicaciones de la Telemedicina en la EPOC*. Igualmente se realizó un *Simposio en el Congreso SEPAR* de 2009 con 150 asistentes.

- Finalmente la SERMEF (Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física) llevó a cabo el *curso SORECAR 2009*, del 27 al 29 Enero de 2009 con 200 asistentes.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Las actividades realizadas desde junio de 2009 hasta junio de 2011 para la difusión e implementación de la Estrategia en EPOC son las siguientes:

- **Jornada de presentación** de la Estrategia en EPOC del SNS, 6 de octubre de 2009.
- **Fondos de Cohesión:** mediante fondos de cohesión se ha financiado en las CCAA la realización de proyectos para la implantación de la estrategia en EPOC. El número de proyectos financiados y su importe son:

- 2009: 5 proyectos por un importe de 1.246.750,03 euros.
 - 2010: 16 proyectos por un importe de 610.685,40 euros.
 - 2011: 13 proyectos por un importe de 250.549,64 euros.
 - En **Total** han sido 34 proyectos por un importe de 2.107.985,07 euros.
- **Guías de práctica clínica:** A través del proyecto guía-salud, se ha financiado y está en proceso de elaboración la ***Guía de práctica clínica para el tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)***.

6. Conclusiones

Tras los dos años transcurridos desde su aprobación en el Consejo Interterritorial, el 3 de junio de 2009 se puede afirmar que, en su conjunto, la Estrategia en EPOC del SNS se encuentra activa y en desarrollo en todas las CCAA.

Se han creado un gran número de iniciativas relacionadas con todos los objetivos y que han tenido un grado desigual de desarrollo así como de variabilidad entre los mismos y las CCAA.

En síntesis, se trata de una Estrategia que está progresando en todos sus objetivos y se debe hacer un esfuerzo importante para la evolución de sus programas e intervenciones.

7. Anexos

7.1. Anexo 1: Inclusión de los objetivos de la estrategia en EPOC en los Planes Generales de Salud de las CCAA, en los Planes Específicos y en otros documentos relacionados

Tabla 52. Detalle de los objetivos de la Estrategia en EPOC incluidos en PG, PE u OD

Objetivo	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla La Mancha	Cataluña
1.1.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG/PE	OD	PG		PG/PE/OD
1.2.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG/PE	OD	PG	OD	PG/PE/OD
1.3.	PE	PE		PG/PE	PG	OD	PG		PG/PE/OD
1.4.	PE	PE		PG/PE	PG/PE	OD	PG		PG/PE/OD
1.5.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG/PE	OD	PG		PG/PE/OD
1.6.		PE	PG/PE	PG/PE	PG/PE	OD	PG		PG/PE/OD
2.1.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG	OD	OD		PG/PE/OD
2.2.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG	OD	OD	OD	PG/PE
2.3.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG	OD	PG/OD		PE
3.1.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG		OD		OD
3.2.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG		OD		OD
3.3.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG/PE	OD	OD	OD	OD
3.4.		PE		PG	PE	OD		OD	OD
3.5.	PE	PE		PG/PE			OD		OD
3.6.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG		OD		OD
3.7.	PE	PE	PG/PE/OD	PG/PE	PG		OD		OD
3.8.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG		OD		PE
4.1.	PE	PE	PG/PE/OD	PG/PE	PG		OD		PE
4.2.	PE	PE	PG/PE/OD	PG/PE	PG		OD		PE
4.3.	PE	PE	PG/PE/OD	PG/PE	PG		OD		PE
4.4.	PE	PE	OD	PG/PE	PG		OD		PE
4.5.	PE	PE	PG/PE/OD	PG/PE	PG		OD		PE
4.6.	PE	PE	OD	PG/PE	PG		OD		PE
4.7.	PE	PE	PG/PE/OD	PG/PE	PG		OD		PG/PE/OD
5.1.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG		OD		PE
5.2.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG		OD		OD
5.3.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG		OD		OD
5.4.	PE	PE	PG/PE	PG/PE		OD	OD		OD
5.5.	PE	PE	PE	PG/PE			OD		OD
5.6.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG	OD	OD	OD	OD
5.7.	PE	PE	PG/PE	PG/PE	PG	OD	OD		OD
6.1.	PE	PE		PG/PE	PG		OD		PE
7.1.	PE	PE	OD	PG/PE	PG				
7.2.	PE	PE		PG/PE					PE/OD
7.3.	PE	PE		PG/PE	PG		OD		PE

Tabla 53. Detalle de los objetivos de la Estrategia en EPOC incluidos en PG, PE u OD (cont.)

Objetivo	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	Pais Vasco	La Rioja
1.1.	PG/PE	OD	PG	PG/OD	PG/OD	OD	PG/PE	PG/OD
1.2.	PG/PE		PG	PG/OD	PG/OD	OD	PG/PE	PG/OD
1.3.	PE		PG	PG/OD	PG/OD	OD		PG/OD
1.4.	PE	OD	PG	PG/OD		OD		PG/OD
1.5.	PE	OD	PG	PG/OD	PG/OD	OD		PG
1.6.	PE		PG	PG/OD	PG/OD	OD		PG/OD
2.1.	PG/PE	PG/OD	PG	PG/OD	PG/OD	PE		PG
2.2.	PE	OD	PG	PG/OD	PG/OD	PE		PG/OD
2.3.	PG/PE	PG/OD	PG	PG/OD	PG/OD	PE	PG/PE	PG/OD
3.1.	PE	OD	PG	PG/OD	OD	PE	PG/PE	
3.2.	PE	OD	PG	PG/OD	OD	PE		
3.3.	PG/PE	OD	PG	PG/OD	PG/OD	PE		PG
3.4.				PG/OD	OD	PE		PG/OD
3.5.	PG/PE		PG	PG/OD	PG/OD	PE		
3.6.	PE			PG/OD	OD			PG
3.7.	PG/PE		PG/OD	PG/OD	OD	PE		PG
3.8.	PG/PE		PG	PG/OD		PE		PG
4.1.	PG/PE		PG	PG/OD	PG/OD	PE		PG
4.2.	PE			PG/OD	OD			
4.3.	PE		PG	PG/OD		OD		PG
4.4.	PE		PG	PG/OD	PG/OD			
4.5.	PE		PG	PG/OD	OD	PE		
4.6.			PG	PG/OD				OD
4.7.	PG/PE		PG/OD	PG/OD				PG
5.1.	PG/PE		PG/OD	PG/OD	PG	PE		
5.2.	PE		PG/OD	PG/OD	OD			
5.3.	PG/PE		PG/OD	PG/OD	OD	PE		
5.4.	PE		PG/OD	PG/OD				
5.5.	PE		PG/OD	PG/OD	PG			
5.6.	PE		PG/OD	PG/OD	PG/OD			
5.7.	PG/PE		PG/OD	PG/OD	OD			PG
6.1.	PE		PG	PG/OD	OD	PE		
7.1.	PE			PG/OD	OD	OD		
7.2.	PE			PG/OD	OD		PG/PE	
7.3.	PE	PG	PG	PG/OD	OD	OD	PG/PE	

Fuente: Elaboración propia.

PG: Plan General de Salud de la CA, PE: Plan Específico, OD: Otros documentos relacionados

7.2. Anexo 2: Índice de abreviaturas y acrónimos

AP: Atención Primaria.

AE: Atención Especializada.

CA: Comunidad Autónoma.

CCAA: Comunidades Autónomas.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.

CSE: Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia.

EES: Encuesta Europea de Salud.

ENS: Encuesta Nacional de Salud.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

FISIB: Fundación de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares.

GRAP: Grupo de Respiratorio de Atención Primaria.

HCCC: Historia Clínica Compartida de Cataluña.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INGESA: Instituto de Gestión Sanitaria.

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

VMNI: Ventilación Mecánica No Invasiva.

La Estrategia en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) del Sistema Nacional de Salud (SNS), fue aprobada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el 3 de junio de 2009.

El Comité de Seguimiento y Evaluación, constituido por los representantes de las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), de las sociedades científicas del ámbito de la Estrategia y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estableció, por consenso, la metodología para la evaluación siguiendo los indicadores y el sistema de evaluación fijado en el documento de la Estrategia en EPOC.

En este documento se presentan los resultados del proceso de Evaluación que cuantifica el nivel de cumplimiento de la estrategia y establece los criterios necesarios para alcanzar mejores niveles de calidad de la prevención y atención de los pacientes con EPOC.

