(PD)

Planificación y Evaluación
Plan Director Sociosanitario

04

Plan Director Sociosanitario

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

(PD)

Planificación y Evaluación
Plan Director Sociosanitario

Plan Director Sociosanitario

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Biblioteca de Catalunya - Dades CIP:

Pla Director Sociosanitari (Catalunya)

Plan Director Sociosanitario. _ (Planificación y evaluación ; 4)
Bibliografia
I. Catalunya. Departament de Salut II. Títol III. Col·lecció: Planificació i avaluació. Castellà ; 4
1. Vells _ Assistència mèdica _ Política governamental _ Catalunya 2. Malalts mentals _ Assistència mèdica _ Política governamental _ Catalunya 3. Malalts terminals _ Assistència mèdica _ Política governamental _ Catalunya 4. Catalunya _ Política sanitària
614.39(467.1)

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Edita: Direcció General de Planificació i Avaluació.
Plan Director Sociosanitario. Primera edición: Barcelona, noviembre de 2007
Tirada: 100 ejemplares
Depósito legal: B-49166-2007

Asesoramiento lingüístico: María José Asis Garres
Maquetación: Marc Alongina
Impresión: Barcelona Digital S.L.

Índice

Presentación de la consellera 5

1. Resumen ejecutivo 7
   1.1. Misión 9
   1.2. Objetivos del horizonte temporal 2005-2007 9
   1.3. Líneas de actuación y proyectos 9

2. Introducción 13

3. Finalidad del plan 17
   3.1. Misión 19
   3.2. Principios y Valores 19
   3.3. Objetivos del Plan de salud 2010 19
   3.4. Objetivos del horizonte temporal 2005-2007. 20

4. Organización 21
   4.1. Organigrama 23
   4.2. Consejo Asesor 23
   4.3. Comisión Permanente 24
   4.4. Grupos de trabajo 24

5. Análisis de situación 25
   5.1. Datos sociodemográficos 27
   5.2. Estado de salud 32
   5.3. Servicios sociosanitarios 51
   5.4. Análisis económico. Estimación del gasto 63
   5.5. Análisis cualitativo 65

6. Propuestas 71
   6.1. Líneas de actuación y proyectos de la atención geriátrica 73
   6.2. Líneas de actuación y proyectos de la atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias 78
   6.3. Líneas de actuación y proyectos de la atención a las personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad (END) 83
   6.4. Líneas de actuación y proyectos de la atención a las personas en el final de la vida (FV). 91

7. Mapa sociosanitario 99
8. Seguimiento y evaluación 109

9. Bibliografía 117

10. Actores del Plan 123

11. Anexo 133
   11.1. Lista de acrónimos 134
   11.2. Decreto 135

12. Executive summary of the Sociohealth Master Plan 139
   12.1. Mission 140
   12.2. Objectives for the 2005-2007 timeframe 140
   12.3. Lines of action and projects 140

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

El Plan de Salud de Cataluña es la herramienta con la que se dota el Gobierno para marcar las prioridades en materia de salud.

El Gobierno de la Generalitat, fomentando el rol directivo del Plan de Salud, lo refuerza creando los planes directores que se encargan de hacer operativas las políticas marcadas en el Plan de Salud. El Departamento ha priorizado seis materias, sobre la base del análisis de la salud, de los servicios sanitarios y del contexto socioeconómico del país, como planes directores para el periodo 2005-07. Estos son: la salud mental y las adicciones, la oncología, las enfermedades vasculares, los problemas de salud sociosanitarios, la inmigración y la investigación en ciencias de la salud.

Los planes directores, adaptados a la realidad de nuestro país y al contexto económico sanitario, definen las actividades y la ordenación de servicios necesaria para alcanzar las políticas planteadas con una visión integrada de la situación y abordan desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta la rehabilitación, con las actuaciones de diagnóstico y tratamiento. Los planes definen un modelo de atención y organización de servicios que, partiendo de la realidad, permiten continuar avanzando en la eficiencia y calidad del sistema.

Con estas líneas les quiero presentar el Plan director sociosanitario, fruto del trabajo de muchos profesionales que, junto con instituciones proveedoras de servicios, asociaciones de pacientes y familiares y técnicos del Departamento, han elaborado las principales líneas estratégicas y operativas para alcanzar los objetivos de salud y de calidad y eficiencia de servicios.

Es evidente el envejecimiento progresivo de la población catalana en las últimas décadas, un envejecimiento que es resultado de una mejora en la calidad de vida y también de las mejoras tecnológicas, gracias a las cuales se ha conseguido una mayor esperanza de vida y, en consecuencia, un aumento de la población de mayor edad. Un colectivo importante con unas necesidades de salud específicas que debe ser atendido de forma preventiva y curativa, y que ha de tener garantizada una atención de calidad.

Otro colectivo que necesita un cuidado especial son las personas con enfermedades neurológicas, muchas de las cuales además cursan con discapacidades. En la actualidad estas personas cuentan con una vida larga que necesita una atención sociosanitaria continuada. Muchos de estos problemas de salud tienen características comunes que se tienen que abordar con criterios que permitan organizar una atención en la que se tengan en cuenta las necesidades específicas de este grupo de población.

Para dar respuesta a todos estos retos que nos ofrece la sociedad actual se crea el Plan director sociosanitario en el ámbito de la salud que, con una periodicidad de tres años, fija los objetivos de atención a la población y también las acciones que permitirán que se alcancen estos objetivos.

La misión del Plan director sociosanitario es mejorar la salud y la atención sanitaria de las personas incluidas en las cuatro líneas de atención sociosanitaria, que son las personas mayores, las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, las personas que están en el final de la vida y las personas con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar discapacidad.

Esta importante herramienta de trabajo se acompañará del desarrollo posterior de los procesos preventivos y asistenciales y de los circuitos necesarios para hacer operativas las estrategias en las diferentes regiones y gobiernos territoriales de salud de Cataluña.

El Plan, que se acompaña de material de formación destinado a los profesionales y de información para pacientes y familiares, nace con la voluntad de ser transparente y publicar de forma sistemática sus resultados.

A todos aquellos que han participado en la elaboración del documento quiero agradecerles su dedicación y el esfuerzo realizado.

Espero y deseo que este Plan sea de utilidad para todos los profesionales que trabajan en el sistema sanitario y que contribuyen a la mejora de la salud y la calidad de vida de los ciudadanos de Cataluña del siglo XXI.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salud

1. Resumen Ejecutivo

1. Resumen ejecutivo

El Plan director sociosanitario (PDSS) es el instrumento de información, estudio y propuesta mediante el cual el Departamento de Salud determina las líneas directrices para impulsar, planificar y coordinar las actuaciones que se deben desarrollar en los ámbitos de la atención de salud a personas que necesiten atención geriátrica, cuidados paliativos, que sufren la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, así como a personas con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.

1.1. Misión

Mejorar la salud de las personas incluidas en las cuatro líneas de atención antes mencionadas mediante la redefinición de un modelo de atención y organización de los servicios que, partiendo de la realidad actual, permita continuar avanzando.

1.2. Objetivos del horizonte 2005-2007

- Mejorar la atención a las personas incluidas en el PDSS desde una perspectiva integral, definiendo intervenciones preventivas, curativas, rehabilitadoras y de ayuda a morir dignamente.
- Mejorar la atención a las personas mayores y a las personas con demencia desde una perspectiva de asistencia integral de la enfermedad.
- Impulsar un modelo de atención a las personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad que permita adecuar los recursos sanitarios a las necesidades de las personas afectadas y a las de sus familias.
- Mejorar la atención a las personas en el final de la vida considerando aspectos de equidad, de cobertura, de atención precoz y continuada y de accesibilidad.
- Analizar y proponer mejoras en relación a la situación laboral actual de los profesionales que trabajan en el ámbito sociosanitario.
- Impulsar la investigación clínica y la formación continuada en el ámbito específico de las cuatro líneas de atención.

1.3. Líneas de actuación y proyectos

Línea: Atención geriátrica

La estructura demográfica de la población de Cataluña tiende, desde hace años, al progresivo envejecimiento, por lo cual se tienen que impulsar medidas que garanticen el derecho a acceder a una atención geriátrica de alto nivel mediante estructuras y equipos especializados en situaciones de mayor complejidad o de mayor riesgo.

Entre estas medidas están:

- Atención a las personas mayores frágiles y/o en situación de riesgo:
  Impulsar actuaciones desde la atención primaria de salud, para promover una mejora en la atención de las personas mayores.
  Generar evidencia científica en los entornos de la Atención Primaria (AP) respecto a las mejoras de calidad asistencial, estableciendo intervenciones específicas.
- Atención integral a las personas mayores en la fase aguda o subaguda de la enfermedad:
  Instaurar actuaciones en los hospitales de agudos, para promover una mejora en la atención a las personas mayores.
  Generar evidencia científica en nuestro entorno respecto a las mejoras de calidad asistencial, estableciendo intervenciones específicas en el hospital que incluyan las urgencias de los hospitales de agudos.
  Mejorar la calidad de la atención a las personas con enfermedades crónicas, especialmente cardíacas y respiratorias, con una alta frecuentación a los servicios de urgencias y con ingresos recurrentes, organizando una red de calidad que incluya servicios de internamiento y ambulatorios de apoyo a la AP y a las urgencias hospitalarias.

- Atención al final de la vida desde geriatría:
  Facilitar el acceso de los pacientes geriátricos a la atención especializada en cuidados paliativos.

Línea: Atención a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
El deterioro cognitivo es uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados debido al impacto que estas enfermedades tienen en el enfermo, en la familia y en los cuidadores, así como en la utilización de los recursos sanitarios y sociales disponibles. En nuestro entorno, la prevalencia de demencia es del 9,6% y del 6,6% de enfermedad de Alzheimer para mayores de 70 años.
Ante el número creciente de personas con deterioro cognitivo y demencia hay que revisar las actuaciones de la atención primaria y de las unidades de diagnóstico para garantizar una atención integral y la continuidad asistencial. Entre las acciones que se proponen tenemos:

- Demencia y AP: atención a la fase diagnóstica, inicial y en fases avanzadas
  Asegurar un diagnóstico integral etiológico y del conjunto de necesidades del enfermo y de su familia lo antes posible para poder realizar una propuesta de intervención terapéutica global.
  Ofrecer el apoyo adecuado a la familia y realizar intervenciones sobre los cuidadores con objeto de disminuir la sobrecarga y mejorar la tolerabilidad de estos trastornos.
  Garantizar la continuidad asistencial y evitar la fragmentación de los recursos.
- Estimulación cognitiva:
  Desarrollar la normativa de los hospitales de día para que se adapten a esta actividad.
- Trastornos del comportamiento
  Controlar los trastornos conductuales y psicológicos mediante la identificación de las características del comportamiento y los síntomas, según su frecuencia, gravedad y repercusión en el paciente y en el cuidador y, a partir de esto, formular un programa de actuación que incluya intervenciones no farmacológicas y farmacológicas, tanto a nivel del paciente como del cuidador.
  Mejorar los conocimientos de los profesionales de la AP, con formación específica, para el tratamiento farmacológico y no farmacológico en la atención de síntomas conductuales y psicológicos.
  Dar respuesta eficaz a situaciones de crisis de manera coordinada con la atención primaria.
  Velar por un consumo eficiente de los tratamientos farmacológicos de los pacientes (principalmente los fármacos antipsicóticos y benzodiazepinas).
  Garantizar la continuidad asistencial y evitar la fragmentación de los recursos.
  Ofrecer el adecuado apoyo a la familia, cuyo papel es clave en el tratamiento de la enfermedad.
- Actuaciones para la atención de la enfermedad de Alzheimer en personas jóvenes
  Realizar un estudio epidemiológico de la situación actual.
  Establecer equipos referentes para abordar la enfermedad en personas jóvenes.
- Centros de diagnóstico y atención integral ambulatoria de personas con demencia
  Definir los criterios de las unidades de diagnóstico que tienen un reconocimiento especial por sus actividades de docencia e investigación.
  Analizar e identificar en Cataluña las unidades que cumplan los criterios definidos.

Línea: Atención a las personas con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad (END):
La discapacidad y la dependencia son problemas de salud pública que se incrementan progresivamente en los países desarrollados. Las END tienen un gran interés sanitario, puesto que a menudo generan, durante mucho tiempo, discapacidad y sufri-

miento físico y psíquico no sólo en los directamente afectados sino también en sus familiares y cuidadores.
Conservar y mantener la independencia y las competencias de la persona afectada por una END mejora la calidad de vida del enfermo y su entorno, además puede contribuir a comprimir, en los últimos años de la vida, algunas de las manifestaciones de dependencia que más recursos consumen, tanto al sistema sanitario como a los dispositivos sociales. Las medidas propuestas son:

- Análisis de situación
  Identificar y conocer la prevalencia de personas afectadas por enfermedades de base neurológica y daño cerebral y su distribución en el territorio.
  Identificar los recursos implicados actualmente en el abordaje de las END, desde su diagnóstico hasta la asunción de la dependencia que generan, y describir el escenario territorial actual y futuro de estos recursos conjuntamente con otros departamentos implicados: Bienestar y Familia, Educación, Trabajo, etc.
- Mejorar el modelo de atención a las END, respecto a recursos, accesibilidad y continuidad asistencial
  Describir diferentes niveles de intervención, estableciendo centros de referencia tanto para la población adulta como para la infantil, y definir sus competencias y los criterios de derivación y circuitos de acceso entre los diferentes niveles asistenciales.
  Definir los estándares para la provisión de recursos humanos y materiales que corresponden a cada unidad territorial.
  Diseñar, consensuar y establecer un modelo territorial que incluya y garantice, a la persona afectada y su entorno, la disponibilidad de una guía de recursos, públicos y privados y también de interlocutores, válidos y claramente identificados, para su relación con el dispositivo de atención sanitaria y sociosanitaria.
- Mejorar la rehabilitación y articular un sistema de transporte eficiente y equitativo.
  Buscar la evidencia científica respecto a las indicaciones y/o necesidad de las intervenciones neurorrehabilitadoras en las patologías neurológicas crónicas y progresivas más prevalentes, así como en las enfermedades que tienen causa traumática.
  Garantizar la provisión y la accesibilidad de este tipo de enfermos a programas de rehabilitación eficaz, según criterios de evidencia científica.
  Reordenar territorialmente la prestación de los diferentes tratamientos y niveles de intervención. Promover un sistema de previsión de transporte adaptado para garantizar que las personas puedan acceder físicamente a los servicios y/o programas existentes en el ámbito de toda Cataluña.
- Impulsar modelos de apoyo sanitario y/o sociosanitario a la familia a lo largo de todo el proceso de la enfermedad y valorar la prestación de este apoyo en los ámbitos escolares, centros de trabajo especial, centros de atención diurna, etc.
- Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas en su entorno doméstico, así como en los ámbitos no sanitarios, como por ejemplo escuelas, centros de trabajo especial, centros de atención diurna, etc.
- Ajustar los recursos a las necesidades de las personas afectadas, profesionales y centros mencionados.
- Convertir la familia en un verdadero agente de salud mediante formación, asesoramiento y apoyo para hacer frente a la situación.
- Apoyar a las familias a lo largo del proceso de estas enfermedades.

Línea: Atención y proyectos de atención a las personas en el final de la vida

El 54 % de los catalanes mueren en los hospitales (el 38% en hospitales de agudos y el 16% en centros sociosanitarios). Se estima que menos de la mitad de las muertes suceden en lugares diseñados para atender la agonía, para el acompañamiento familiar y para facilitar el duelo posterior.

1. Resumen ejecutivo

Gracias a la consolidación de los equipos de cuidados paliativos, se atienden enfermos cada vez más complejos. Los cuidados paliativos han logrado un alto grado de complejidad, hecho que requiere más formación, experiencia profesional y recursos. Entre las actuaciones que se deben desarrollar tenemos:

- Mejorar aspectos de la atención a enfermos de cáncer y promover la atención de enfermos terminales no oncológicos
  Mejorar la accesibilidad precoz, la cooperación, la atención continuada de enfermos avanzados de cáncer y las acciones integradas de servicios de cuidados paliativos y servicios oncológicos.
  Conseguir, con criterios de equidad, cobertura precoz, continuidad de atención y acceso a servicios paliativos para enfermos oncológicos y no oncológicos.
  Evaluar necesidades y diseñar medidas que permitan elaborar políticas de mejora en el final de la vida de los enfermos no oncológicos.
- Implementar medidas generales de atención al final de la vida en ámbitos específicos
  Mejorar la atención al final de la vida en recursos convencionales clave que presentan elevadas prevalencias de enfermos avanzados y terminales (APS, urgencias y residencias).
  Crear evidencia en la mejora de la atención al final de la vida a través de la adaptación organizativa de la atención de enfermos terminales en los ámbitos de APS, los servicios de urgencias y las residencias.
  Elaboración de protocolos conjuntos.
- Desarrollar, en los diferentes sectores territoriales sanitarios, políticas integrales de atención al final de la vida y favorecer el acceso equitativo a servicios o medidas en función de la complejidad de la situación.
  Incrementar la equidad en la accesibilidad a todas las tipologías de servicios y cuidados paliativos en todo el territorio.
  Disminuir la variabilidad de la cobertura de los servicios de cuidados paliativos en el territorio.
- Establecer medidas de evaluación de la calidad de los resultados clínicos y de la asistencia a los aspectos subjetivos.
  Mejorar la calidad de la atención en las unidades de cuidados paliativos, incorporando la evaluación de los resultados clínicos en los servicios y los aspectos subjetivos en la atención a los pacientes.
- Financiación de las unidades de cuidados paliativos.
  Adecuar la financiación de los servicios de cuidados paliativos a la complejidad de las intervenciones que se realizan.

Líneas de actuación comunes o transversales

- Diseñar e implementar los recursos según los criterios del Mapa sanitario y sociosanitario.
- Definir criterios de formación necesaria para cada grupo profesional y según el nivel asistencial.
- Identificar el grado de formación necesaria para capacitar a los diferentes profesionales para prestar una atención especializada o específica, así como identificar el nivel formativo necesario para cada nivel asistencial.
- Introducir mejoras para los profesionales y potenciar la investigación en las cuatro líneas de atención.
- Definir e implementar medidas sistemáticas para garantizar que las personas cuidadoras reciban una atención específica.

2. Introducción

2. Introducción

El Plan director sociosanitario es el instrumento de información, estudio y propuesta mediante el que el Departamento de Salud determina las líneas directrices para impulsar, planificar y coordinar las actuaciones que va a desarrollar en los ámbitos de la atención de salud a personas que necesitan atención geriátrica y cuidados paliativos, que padecen la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y también a personas con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.

La estructura demográfica de la población de Cataluña tiende, desde hace años, al envejecimiento progresivo a causa de una reducción gradual de las tasas de mortalidad y en una expectativa de vida que actualmente es de las más altas del mundo. Por lo tanto, hay que adecuar los dispositivos asistenciales a las necesidades de salud específicas del colectivo de gente mayor para favorecer un envejecimiento saludable y reducir la morbilidad asociada a la edad.

Desde esta perspectiva, es una prioridad para el Departamento de Salud fijar las directrices de la atención a la salud de las personas mayores (el grupo más numeroso de los antes mencionados) mediante instrumentos de planificación específicos que, en el contexto global de los objetivos e intervenciones del Plan de salud de Cataluña para la atención al envejecimiento, defina las estrategias de salud dirigidas a este colectivo. Es necesario disponer de un instrumento de planificación singular que tenga en cuenta las necesidades específicas de las personas mayores y que defina las estrategias de prevención y de lucha contra las enfermedades que tienen especial incidencia en este segmento de población. Pero también se quiere tener especial cuidado de las personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad. Estas personas, en la actualidad, experimentan una supervivencia más elevada, lo cual hace que, desde una perspectiva global, las necesidades de atención sociosanitaria aumenten, dada la presencia de patologías asociadas. Muchos de estos problemas de salud tienen algunas características comunes, que se han de abordar con criterios que permitan organizar una atención que tenga en cuenta las necesidades especiales de este grupo de población integrado por personas de diferentes edades, desde niños hasta personas mayores.

A efectos de este Plan director se considera la atención sociosanitaria como aquella que se dirige a los colectivos referidos en el Plan: personas mayores, personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias, pacientes con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad y personas en situación de final de la vida, haciendo especial mención a la atención prestada a las personas en situación de mayor riesgo y/o vulnerabilidad en procesos, crónicos o agudos, con diferentes grados de discapacidad y en cualquier etapa del ciclo vital.

Este concepto presupone también la atención mediante un modelo asistencial en red basado principalmente en la multidisciplinariedad y en la valoración e intervención integrales.

Por lo tanto, el Plan director, tal y como se define, incluye tanto la atención y la actividad prestada en la propia red sociosanitaria como en todas aquellas actividades dirigidas a los colectivos mencionados.

En Cataluña, a diferencia de otras comunidades autónomas, no se incluye en la atención sociosanitaria la cartera de servicios sociales (residencias, centros de día, etc.) que son competencia del Departamento Acción Social y Ciudadania.

2. Introducción

Un aspecto que hay que tener en cuenta en la lectura de este Plan director es el hecho que, de forma voluntaria, se han excluido algunos problemas de salud, como es el caso del ictus, las patologías oncológicas y algunos aspectos relacionados con la salud mental, dado que existen planes directores específicos que abordan con exhaustividad estos temas.

Consideramos relevante poner de manifiesto el intenso y eficaz trabajo realizado por los diferentes miembros de los grupos que han colaborado en la edición de este documento, que han demostrado en todo momento un alto grado de compromiso y responsabilidad en la tarea encomendada.

3. Finalidad del plan

3. Finalidad del plan

3.1. Misión

Mejorar la salud de las personas incluidas en las cuatro líneas de atención (geriatría, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad y atención al final de la vida) mediante la redefinición de un modelo de atención y de organización de los servicios que, partiendo de la realidad actual, permita continuar avanzando.

3.2. Principios y valores

El Plan director sociosanitario se basa en unos principios básicos:

- El ciudadano es el centro de la atención, por lo tanto el modelo debe responder a las necesidades del ciudadano que recibe el servicio, sin ninguna discriminación y respetando la opinión de los pacientes y de sus familias. Asimismo, debe garantizar la participación del paciente y de su familia en la toma de decisiones con respecto a su salud.
- La atención prestada debe ser integral, es decir, debe dar respuesta a todas las necesidades de la persona, respetando y promoviendo, dentro de lo posible, su autonomía, potenciando la permanencia en su domicilio e integrando a la familia.
- Esta atención debe ser coordinada, integrada y multidisciplinar, por lo tanto, se deben potenciar acciones en todos los niveles asistenciales y se debe garantizar la continuidad asistencial, integrando y coordinando la práctica de los diferentes profesionales, de los centros, de los niveles asistenciales y también de los servicios sociales.
- Las acciones llevadas a cabo deben ser eficaces y sostenibles.
- La asistencia prestada debe ser accesible y, además, debe ser flexible y equitativa territorialmente, es decir, debe contemplar las diferentes necesidades y realidades territoriales y organizativas del país.
- Esta atención ha de favorecer una visión transversal y sectorizada de todo el sistema sanitario.
- La atención debe estar prestada por profesionales competentes, por lo tanto se debe prestar especial atención a la formación específica y poner especial énfasis en la Atención Primaria. Hay que recoger la opinión de los profesionales e incorporar, siempre que sea posible, sus perspectivas de formación, apoyo y proyección científica.
- Se han de establecer mecanismos de evaluación de todas las actividades desarrolladas, dedicando especial interés a la evaluación de la satisfacción de los ciudadanos y de los profesionales.

3.3. Objetivos del Plan de salud 2010

El Plan de salud de Cataluña plantea diferentes objetivos de salud relacionados con las líneas de atención del Plan director sociosanitario. A continuación se relacionan los más oportunos:

- De aquí al año 2010 se ha de incrementar, al menos en un 10%, la esperanza de vida libre de incapacidad de los hombres y de las mujeres a la edad de 65 años.
- De aquí al año 2010 hay que desarrollar y aplicar los protocolos de control del dolor y de otros síntomas en la enfermedad avanzada en todos los ámbitos asistenciales de Cataluña.
- De aquí al año 2010 hay que reducir en un 5% la discapacidad secundaria en las lesiones producidas por accidentes.

También en el Plan de salud de Cataluña se definen intervenciones prioritarias para el periodo 2002-2005 respecto a la población que nos ocupa, que hacen referencia a:

- Promocionar la salud y la prevención de enfermedades para mejorar la calidad de

vida de la población incluida en las cuatro líneas de atención.
- Detección, tratamiento y seguimiento de las personas con mayor riesgo de pérdida de autonomía, destacando los síndromes geriátricos, especialmente con respecto a las caídas, la desnutrición, la polimedicación y el deterioro cognitivo.
- Adecuar los dispositivos asistenciales a las necesidades de salud específicas del colectivo mencionado.
- Aumentar el apoyo a los cuidadores.
- Promover la elaboración y aplicación de guías de práctica clínica para la atención a problemas más prevalentes en las personas mayores, basadas en la evidencia científica y con la participación de los profesionales.
- Incorporar en los contratos de compra de servicios cláusulas específicas para obtener una financiación adecuada a la complejidad de la situación del usuario y de las intervenciones que requiere.
- Conseguir que la asistencia a las personas incluidas en las cuatro líneas de atención se lleve a término de una forma coordinada entre los diferentes niveles asistenciales, promoviendo la atención integral.
- Analizar si las disponibilidades de los profesionales del ámbito sociosanitario, tanto desde una perspectiva cualitativa como cuantitativa, se ajustan a las necesidades sociales y potenciar mecanismos de motivación de los profesionales.
- Desarrollar líneas de investigación y de docencia específicas sobre las cuatro líneas de atención.

3.4. Objetivos del horizonte temporal 2005-2007.

- Mejorar la atención a las personas incluidas en todas las líneas de servicios del Plan director sociosanitario desde una perspectiva integral, definiendo intervenciones preventivas, curativas, rehabilitadoras y de ayuda a morir dignamente.
- Mejorar la atención a las personas mayores, especialmente aquellas con más necesidades sociosanitarias, desde una perspectiva integral, definiendo intervenciones preventivas, curativas, rehabilitadoras y de ayuda a morir dignamente.
- Mejorar la atención a los enfermos terminales, oncológicos y no oncológicos, introduciendo aspectos de equidad, cobertura precoz, atención continuada y accesibilidad a la atención a las personas en el final de la vida.
- Mejorar la atención a las personas con demencia desde una perspectiva de asistencia integral e integrada de la enfermedad.
- Impulsar un modelo de atención a las personas con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad que permita adecuar los recursos sanitarios a las necesidades de las personas afectadas y a las de sus familias, teniendo especial cuidado en la atención a los grupos más jóvenes.
- Analizar y proponer mejoras en relación a la situación actual de los profesionales que trabajan en el ámbito sociosanitario.
- Impulsar la investigación clínica en el ámbito específico de las cuatro líneas de atención.

4. Organización

4. Organización

4.1. Organigrama

La dirección del Plan director irá a cargo de profesionales expertos y de reconocida solvencia en el ámbito del contenido del Plan, que serán nombrados por la Consejera de Salud a propuesta de la Dirección General de Planificación y Evaluación (DGPA).

El funcionamiento del Plan director se recoge en el siguiente organigrama:

Las líneas continuas significan una dependencia formal respecto del Departamento de Salud; las discontinuas no tienen este sentido.

Corresponden a los directores del Plan director las funciones siguientes:
- Impulsar, dirigir y coordinar los trabajos técnicos del Consejo Asesor en el proceso de elaboración del Plan, fijar los objetivos generales y específicos, así como las prioridades, la programación de actuaciones y los calendarios de ejecución.
- Formular la propuesta de Plan director en cada uno de los campos de actuación y elevarla a la directora general de Planificación y Evaluación para su propuesta a la Consejera de Salud.
- Definir y concretar las actuaciones que hay que ejecutar según los objetivos fijados y proponerlas a los órganos competentes, así como efectuar la evaluación del proceso de aplicación del Plan.
- Proponer los criterios para la coordinación de los principales aspectos del proceso de elaboración del Plan director.
- Impulsar y hacer el seguimiento de la implantación del Plan en las diferentes regiones sanitarias de Cataluña.

4.2. Consejo Asesor

Se crea adscrito a la Dirección General de Planificación y Evaluación el Consejo Asesor, como órgano asesor del Departamento de Salud en el ámbito del contenido del Plan director sociosanitario.

Corresponden al Consejo Asesor las funciones siguientes.
- Prestar su asesoramiento en todas las actuaciones que se deriven del proceso de elaboración y de implantación del Plan.
- Revisar, analizar y valorar la documentación necesaria para la elaboración del Plan.
- Emitir periódicamente informes sobre el seguimiento del proceso.
- Elaborar y elevar al director del Plan Director las propuestas y sugerencias que considere oportunas y los informes técnicos que recojan las recomendaciones del Consejo Asesor en cada uno de los campos de actuación que integran el Plan director.
- Dar asesoramiento científico y técnico en las tareas de implantación, evaluación y actualización del Plan director.

- Evaluar la evolución de los planos directores y emitir informes prospectivos sobre nuevas necesidades que orienten su evolución futura y actualización.

4.3. Comisión Permanente

Para un mejor funcionamiento, el Consejo Asesor ejercerá sus funciones en plenario y en una Comisión Permanente.
Corresponde a la Comisión Permanente ejecutar las funciones del Consejo Asesor que el plenario le delegue.

Componen la Comisión Permanente los directores, el presidente y un número máximo de 20 vocales, designados por la consejera de Salud entre los miembros del plenario. Asumirá la secretaría de la Comisión Permanente un/a técnico/a del Departamento de Salud.

La Comisión Permanente debe fijar sus normas de funcionamiento interno, que aprobará el plenario, y que en todo caso se han de ajustar a las disposiciones generales reguladoras de los órganos colegiados.

En cualquier caso, la Comisión Permanente se debe reunir en sesión ordinaria al menos una vez entre sesiones plenarias y en sesión extraordinaria siempre que la convoque la presidencia, por iniciativa propia o a petición de un mínimo de un tercio de sus miembros.

4.4. Grupos de trabajo

En el Consejo Asesor se han constituido diferentes grupos de trabajo para conseguir un mejor desarrollo de las funciones de este órgano.

Los grupos de trabajo (GT) están constituidos por miembros del Consejo Asesor y, si corresponde, por personas externas expertas en el ámbito material específico que se trate.

Al frente de cada grupo de trabajo hay una persona responsable que debe ser miembro de la Comisión Permanente y cuyas funciones son dirigir y coordinar el grupo, así como fijar el Plan de trabajo, la propuesta de actuaciones, que se deberán ajustar a los contenidos y al calendario de trabajo que determine el plenario.
Las propuestas de cada grupo de trabajo se deben recoger en un informe técnico, que se elevará al plenario para su aprobación.

Los diferentes grupos se han creado siguiendo las diferentes líneas de atención del Plan, y así tenemos:
- GT Atención geriátrica
- GT Atención a las personas con demencia
- GT Atención a personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad
- GT Atención a las personas en el final de la vida.

5. Análisis de situación

5. Análisis de situación

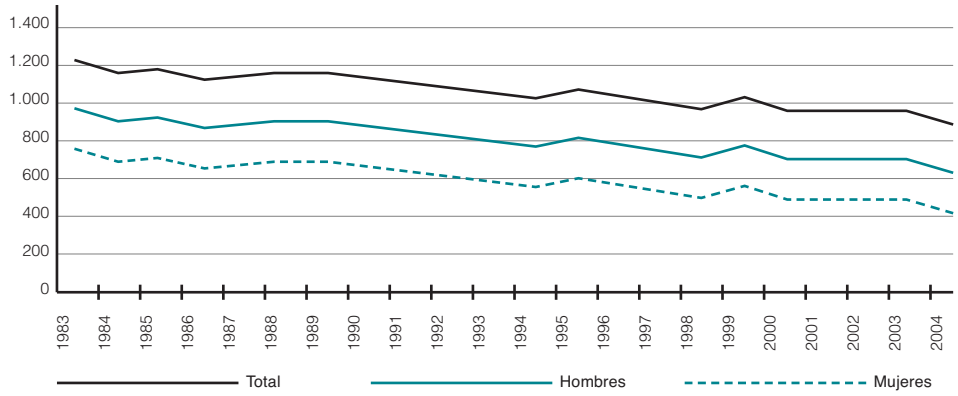
5.1. Datos socio-demográficos

En el apartado anterior ya se ha comentado que los grupos poblacionales que abarca este Plan director son numéricamente muy heterogéneos y que el grupo mayoritario corresponde a las personas mayores, que, además, son las que con mayor frecuencia sufren otras enfermedades asociadas a la edad.

La línea de atención a las personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad, exceptuando la enfermedad de Alzheimer, se dirige a un colectivo menos numeroso pero que, por el hecho de estar integrado por personas de todas las edades, incluso niños, constituye un grupo muy vulnerable que requiere una especial atención y, en ocasiones, recursos específicos.

Como ya se ha comentado, la estructura demográfica de la población de Cataluña tiende, desde hace años, a un progresivo envejecimiento a causa de una reducción progresiva de las tasas de natalidad y mortalidad y de una expectativa de vida que actualmente es de las más altas del mundo.

Gráfico 1. Evolución de las tasas estandarizadas de mortalidad



Fuente: Registro de mortalidad de Cataluña. Departamento de Salud.2005

Tabla 1. Movimiento natural de la población. Cataluña 1975-2002

Año	Nacimiento	Defunciones	Población	Población natutal (1)	Tasa de crecimiento (2)
1975	110.336	45.285	5.660.372	65.051	11,49
1976	105.266	44.436	5.822.652	60.830	10,45
1977	103.301	43.131	5.980.170	60.170	10,06
1978	97.430	43.287	6.071.963	54.143	8,92
1979	88.000	41.730	6.139.461	46.270	7,54
1980	79.768	41.731	6.047.937	38.037	6,29
1981	68.594	41.334	5.956.414	27.260	4,58
1982	67.091	40.294	6.006.554	26.797	4,46
1983	62.147	44.691	6.055.526	17.456	2,88
1984	63.383	44.206	6.077.114	19.177	3,16
1985	64.433	46.773	6.105.191	17.660	2,89
1986	60.409	46.406	5.988.741	14.003	2,34
1987	58.120	46.901	6.010.307	11.219	1,87
1988	57.842	46.527	6.031.302	9.315	1,54
1989	56.849	50.129	6.051.822	6.720	1,11
1990	56.464	51.777	6.071.529	4.687	0,77
1991	56.162	52.190	6.084.077	3.972	0,65
1992	57.178	51.771	6.092.047	5.407	0,89
1993	55.745	52.568	6.098.658	3.177	0,52
1994	54.424	52.203	6.100.707	2.221	0,36
1995	53.809	53.654	6.102.880	155	0,03
1996	54.602	53.370	6.107.363	1.232	0,20
1997	56.701	54.605	6.117.709	2.096	0,34
1998	56.572	55.414	6.136.525	1.158	0,19
1999	59.359	57.676	6.161.136	1.683	0,27
2000	63.489	55.279	6.213.904	8.210	1,32
2001	64.722	55.741	6.305.080	8.981	1,42
2002	68.315	55.234	6.423.323	11.081	1,73

La continua mejora de las tasas de supervivencia, que ha mantenido las cifras de defunciones en niveles bajos (gráfico 1), y los valores positivos y crecientes de la inmigración han comportado un crecimiento positivo de la población catalana .
Un análisis del movimiento natural de la población en los últimos años pone de manifiesto un crecimiento muy bajo, especialmente en los años 90, si bien en la actualidad se advierte una tendencia creciente (tabla 1).
Hasta el año 2002 la esperanza de vida al nacer global fue aumentando cada año tanto en hombres como en mujeres en Cataluña. El año 2003, se observa un pequeño descenso, pero la tendencia creciente se reanuda de nuevo en 2004 (tabla 2).

Tabla 2. . Esperanza de vida al nacer por sexo. Comparativa entre paises. (Life expectancy at birth*)

Hombres	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
EU (25)	72,3 (e)	72,6 (e)	72,8 (e)	73,2 (e)	73,5 (e)	73,5 (e)	73,8 (e)	74,4 (e)	74,7 (e)	74,8 (e)	74,9 (e)	:
España	73,9	74,3	74,3	74,4	75,0	75,1	75,1	75,7	75,6 (e)	76,2 (e)	76,9 (e)	77,2 (e)
Cataluña*							75,74	76,49	76,75	76,87	76,86	77,41
Mujeres												
EU (25)	79,2 (e)	79,5 (e)	79,7 (e)	79,9 (e)	80,2 (e)	80,2 (e)	80,4 (e)	80,8 (e)	81,0 (e)	81,1 (e)	81,3 (e)	:
España	81,0	81,4	81,5	81,7	82,0	82,1	82,1	82,5	82,9			
Catalunya*						82,57	83,24	83,40	83,44	83,31	84,04	

(:) Not available; (e) Estimated value; (p) Provisional value
Fuente: *Eurostat/U.S. Bureau of the Census; ; **Servicio de información y estudios,
Análisis de la Mortalidad en Catalunya 1999-2004. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

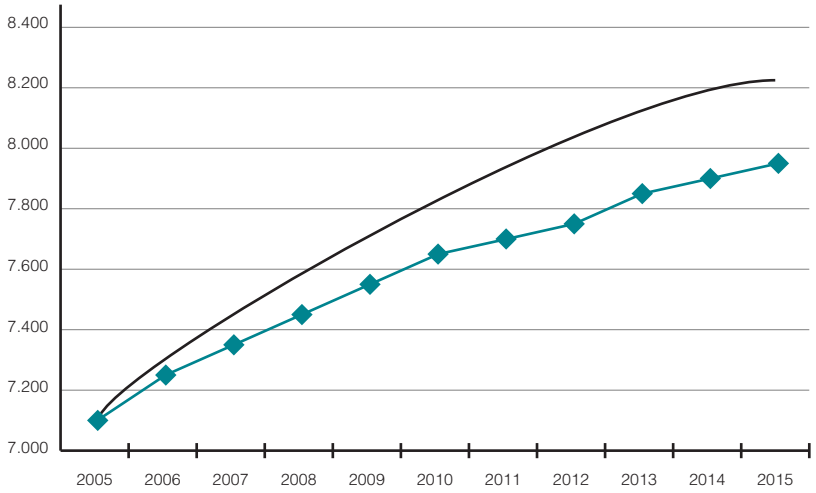
Las previsiones demográficas realizadas a partir de la población de usuarios del CatSalut, según datos del Registro Central de Asegurados (RCA), indican que en el año 2015 en Cataluña, más de un millón trescientas mil personas sobrepasarán los 65 años de edad (tabla 3 y gráfico 2).
En cualquiera de los escenarios considerados, la acentuación del envejecimiento demográfico es uno de los resultados más consistentes, fenómeno similar a lo que se observa en los países de nuestro entorno. Así, las proyecciones demográficas en Europa prevén que el año 2030 más del 24% de la población europea tendrá 65 años o más.

Tabla 3. Proyecciones de población por grupos de edad RC 2005-2015. Cataluña

Edad	Población en millares			Distribución relativa			Diferencia 2005-2015			
	2005	2015	2015	2005	2015	2015	Absoluta		Relativa	
	RCA	Media	Alta	RCA	Media	Alta	Media	Alta	Media	Alta
0-4	391,4	459,0	488,1	5,5%	5,8%	5,9%	67,6	96,7	17,3%	24,7%
5-14	682,6	923,5	978,7	9,6%	11,6%	11,9%	241,0	296,1	35,3%	43,4%
15-44	3.158,5	3.079,0	3.263,4	44,5%	38,7%	39,7%	-79,6	104,8	-2,5%	3,3%
45-64	1.679,3	2.058,4	2.094,5	23,6%	25,9%	25,5%	379,1	415,2	22,6%	24,7%
65-74	607,8	717,4	714,3	8,6%	9,0%	8,7%	109,7	106,5	18,0%	17,5%
75 i más	585,8	724,6	674,4	8,2%	9,1%	8,2%	138,8	88,7	23,7%	15,1%
Total	7.105,3	7.961,9	8.213,3	100,0%	100,0%	100,0%	856,6	1.108,0	12,1%	15,6%

Font: Proyecciones de población para el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública de Cataluña. Octubre 2005. Dirección de Planificación y Evaluación. Departamento de Salud. Octubre 2005

Gráfico 2. Evolución de la población según los escenarios de proyección.



Fuente: Proyecciones de población para el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública de Cataluña. Octubre 2005. Dirección de Planificación y Evaluación. Departamento de Salud. Octubre 2005

El conocimiento de las características demográficas de la gente mayor y de los indicadores más relevantes sobre su evolución es un elemento imprescindible para prever sus necesidades y problemas de salud, así como para planificar adecuadamente las intervenciones sanitarias y sociales. Actualmente, según el RCA del Servicio Catalán de la Salud, la población de Cataluña supera los 7 millones de habitantes (3.649.704 mujeres y 3.546.463 hombres), un 16,94% de los cuales ya tienen 65 años o más (tabla 4).

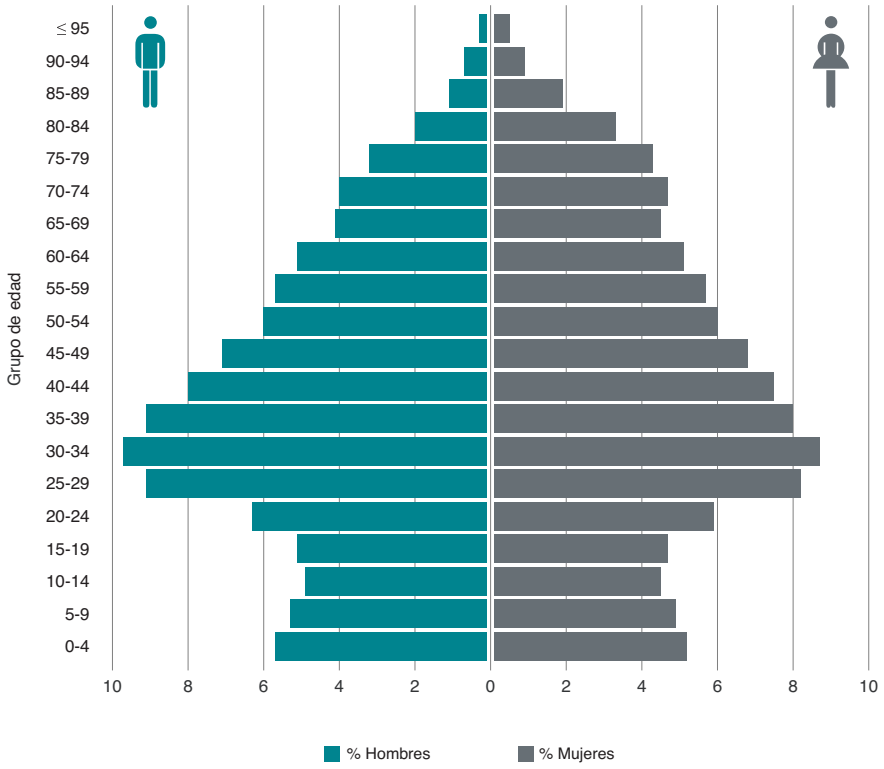
Tabla 4. Distribución de población (TIS) por grandes grupos de edad y sexo. Cataluña 2006

Grupo de Edad	Números absolutos			%		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-14	556.069	523.733	1.079.802	51,50%	48,50%	100%
15-64	2.482.785	2.414.726	4.897.511	50,69%	49,31%	100%
65 i más	507.609	711.245	1.218.854	41,65%	58,35%	100%
Total	**3.546.464**	**3.649.704**	**7.196.168**	**49,28%**	**50,72%**	**100%**

Fuente: Registro Central de Usuarios 31 de diciembre 2005. Departamento de Salud

La distribución por grupos de edad (gráfico 3) muestra que un 15,01% del total poblacional es menor de 15 años y un 16,94% tiene 65 años o más, lo cual quiere decir que ya se ha consolidado una pirámide poblacional donde hay más personas de 64 años que menores de 15 años.

Gráfico 3. Pirámide de población Cataluña 2006



Fuente: Registro Central de Usuarios. Diciembre de 2005. Departamento de Salud

Por regiones sanitarias (RS), según el decreto 105/2005, de 31 de mayo, podemos observar que la región Barcelona, que incluye gran parte del área metropolitana (Barcelona ciudad, parte de las antiguas Región Centro, Barcelonés Norte, Maresme y Costa de Ponent), aglutina más del 68% del total de la población catalana, mientras que el resto representa sólo el 31,2% (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la población por sexo y región sanitaria con la nueva distribución territorial

Región sanitària	Números absolutos			%		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
RS Lleida	170.643	167.479	338.122	4,81%	4,59%	4,70%
RS Camp de Tarragona	263.274	264.680	527.954	7,42%	7,25%	7,34%
RS Terres de l'Ebre	89.562	86.975	176.537	2,53%	2,38%	2,45%
RS Girona	330.310	327.638	657.948	9,31%	8,98%	9,14%
RS Cataluña Central	238.640	240.408	479.048	6,73%	6,59%	6,66%
RS Barcelona	2.421.150	2.530.114	4.951.264	68,27%	69,32%	68,80%
RS Alto Pirineo i Arán	32.829	32.374	65.203	0,93%	0,89%	0,91%
Sin Región	56	36	92			
Total	3.546.464	3.649.704	7.196.168	100%	100%	100%

Fuente: Registro Central de Usuarios. 31 de diciembre de 2005. Departamento de Salud

El índice de envejecimiento, es decir, la relación entre la población de 65 años o más y la de 15 años o menos, es superior a 1 (100) en Cataluña, aunque es diferente según el sexo (tabla 6). Con respecto a la distribución por territorio de este índice, se mantiene superior a 100 en todo el territorio, excepto en la RS Camp de Tarragona. Este índi-

ce es sensiblemente diferente entre sexos: en las mujeres la población de 65 años o más es superior a la población de 15 años o menos en todas las RS, mientras que en los hombres esta relación sólo se mantiene en Lleida, Alto Pirineo y Arán y Terres de l'Ebre, con cifras ligeramente superiores a 100.

Tabla 6. Índice de envejecimiento y dependencia por sexo y territorio. Cataluña 2005.

	Índice de envejecimiento			Índice de sobreenvejecimiento			Índicede dependencia global			Índice de dependencia senil		
Región Sanitaria	H	D	Total	H	D	Total	H	D	Total	H	D	Total
LLeida	113	156	134	11	16	14	45	56	50	24	34	29
Camp de Tarragona	79	110	94	9	15	12	43	50	46	19	26	23
Terres de l'Ebre	130	172	151	10	15	13	48	58	53	27	37	32
Girona	84	118	100	9	15	12	44	53	48	20	28	24
Catalunya Central	97	144	120	9	15	13	46	57	51	23	33	28
Barcelona	90	138	113	8	15	13	42	50	46	20	29	24
Alto Pirino i Arán	125	165	144	12	19	16	49	59	54	27	37	32
Cataluña	91	136	113	9	15	12	43	51	47	20	29	25

Fuente: Registro Central de Usuarios 31 de diciembre de 2005. Departamento de Salud
Índice de envejecimiento: relación entre población de 65 años o más y los menores de 15 años o menos
Índice de sobreenvejecimiento: relación entre la población de 85 años o más y la de 65 años o más
Índice de dependencia global: relación entre la población de 65 años o más con la de 15 años o menos y la de 15-64 años
Índice de dependencia senil: relación entre la población de 65 años o más y la de 15-64 años

Uno de los componentes esenciales del envejecimiento progresivo de la población catalana es el aumento de la esperanza de vida (EV). El año 2004, la EV al nacer fue de 80,8 (77,41 años en los hombres y 84,04 en las mujeres). Estas diferencias por sexo se mantienen en todas las edades, tal como se expresa en la tabla 7.

Tabla 7. Esperanza de vida por grupo de edad a partir de los 65 años. Cataluña 2003-2004

	Esperanza de vida en el 2004			2003
Grupo de Edat	Hombres	Mujeres	Total	Total
65 a 69	17,39	21,54	19,62	19,04
70 a 74	13,80	17,21	15,70	15,12
75 a 79	10,47	13,14	12,02	11,47
80 a 84	7,62	9,51	8,79	8,33
85 a 89	5,40	6,50	6,14	5,74
90 a 94	3,70	4,36	4,16	3,81
≥ 95	2,65	2,93	2,86	2,55
Al nacer (0 años)	77,41	84,04	80,8	80,10

Font: Servicio de Información y Estudios, Análisis de la mortalidad en Cataluña, 2003-2004. Barcelona. Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña, 2005.

A los 65 años la esperanza de vida de la población todavía es alta, sin embargo, durante una parte de estos años es necesario depender de otras personas para poder desarrollar las actividades de la vida diaria. El aumento de la Esperanza de Vida Libre de Incapacidad (EVLI) es, pues, un objetivo tanto o más importante que el de alargar la vida (tabla 8).

Tabla 8. Esperanza de vida, esperanza de vida libre de incapacidad y esperanza de vida en buena salud, por sexo y edad. Cataluña, 2000

Sexo	Edad	EV	EVLI	%*	EVBS	% **
Hombres	0	76,49	66,78	87,31	60,93	79,66
	25	52,39	43,60	83,23	37,91	72,35
	45	33,73	25,66	76,08	20,95	62,13
	65	17,00	10,76	63,28	8,86	52,08
	85	5,42	1,79	33,02	1,83	33,74
Mujeres	0	83,24	69,00	82,90	60,65	72,87
	25	58,87	45,40	77,11	37,17	63,14
	45	39,45	26,94	68,28	20,64	52,31
	65	20,91	11,14	53,27	8,52	40,76
	85	6,25	1,80	28,79	2,17	34,76
Total	0	79,87	67,89	84,99	60,78	76,10
	25	55,66	44,50	79,96	37,55	67,46
	45	36,65	26,32	71,80	20,81	56,78
	65	19,11	10,96	57,32	8,69	45,46
	85	5,98	1,78	29,78	2,06	34,52

EV: esperanza de vida; EVLI: esperanza de vida libre de incapacidad. EVBS: esperanza de vida en buena salud. *Porcentaje de vida libre de incapacidad (EVLI/EV).100. **Porcentaje de vida en buena salud (EVBS/EV).100.

Font: Fuente: Registro de mortalidad de Cataluña. Servicio de Información y Estudios. Dirección General de Recursos Sanitarios. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Elaboración propia.

Tabla 9. Esperanza de vida a los 60 años en hombres y mujeres (Life expectancy at 60) evolución por años, comparativa entre Cataluña, España y Europa

La evolución de EV de la gente mayor ha sido positiva en los últimos años (tabla 9), ya que ha aumentado de forma progresiva el número de años que se puede esperar vivir en estas edades siempre manteniendo la diferencia entre sexos a favor de las mujeres. Sin embargo, esta longevidad de la gente mayor en Cataluña queda matizada por el tiempo que se puede esperar vivir sin sufrir discapacidades o enfermedades que comporten restricciones para las actividades habituales. En este sentido, la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) es un indicador más preciso de las previsiones de salud para la gente mayor.

Hombres	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
EU (25 países)	18,1 (e)	18,0 (e)	18,3 (e)	18,3 (e)	18,5 (e)	18,7 (e)	18,7 (e)	18,9 (e)	19,3 (e)	19,6 (e)	19,6 (e)		:
España	19,5	19,5	19,7	19,7	19,8	20,0	19,9	19,8	20,3	:	20,6		:
Cataluña (60-64 años)**								20,28	20,89	21,00	20,90	20,87	21,32

Dones	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
EU (25 países)	22,5 (e)	22,4 (e)	22,8 (e)	22,8 (e)	23,0 (e)	23,2 (e)	23,2 (e)	23,3 (e)	23,6 (e)	23,8 (e)	23,8 (e)		:
Españ	23,8	23,8	24,1	24,2	24,3	24,5	24,5	24,5	24,9	:	25,2		:
Cataluña (60-64 años)**								24,88	25,40	25,55	25,52	25,39	26,02

(:) Not available (e) Estimated value
Fuente: Eurostat/U.S. Bureau of the Census
** Servicio de información y Estudios, Análisis de la Mortalidad en Cataluña 1999-2004. Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña.

5.2. Estado de salud

La encuesta de salud de Cataluña 2002 (ESCA) estudió la población de todas las edades que residía en Cataluña en aquella fecha. LA ESCA permite conocer la evolución del estado de salud de los catalanes según su propia percepción subjetiva, y también permite identificar desigualdades de salud entre los diferentes grupos estudiados. En esta encuesta, además, se estudian los hábitos y estilos de vida, las incapacidades, las restricciones de actividades producidas por problemas de salud, etc., información

de gran interés para este Plan director sociosanitario.
La ESCA divide la población en cuatro grupos de edad (0-14, 15-44, 45-64 y 65 y más) poniendo claramente de manifiesto que la percepción de peor estado de salud aumenta a medida que aumenta la edad.

Entre la gente mayor y en relación con demás grupos de edad, los comportamientos saludables y las prácticas preventivas son más frecuentes, si bien la autovaloración del estado de salud y la calidad de vida son peores. Según la encuesta, se observa que la utilización de los servicios sanitarios por el grupo de gente mayor de 65 años es más elevada y manifiestan estar satisfechos en mayor proporción respecto a los otros grupos de edad, respecto a la atención que reciben. En general, se puede afirmar que la gente mayor de las clases más desfavorecidas presenta unos peores indicadores en los aspectos estudiados, en comparación con los que pertenecen a las otras clases sociales. Desde una perspectiva global, el análisis de los datos disponibles muestra el incremento sostenido del número de personas mayores de 65 años y de la frecuencia y magnitud de los principales problemas de salud que los afectan. En cuanto a los hábitos y estilos de vida entre la población de más de 64 años, la ESCA 2002 muestra que el 16,8% de los hombres y el 3,1% de las mujeres son fumadores. Con respecto al consumo de alcohol, se declaran abstemios el 40,8% de los hombres y el 75,4% de las mujeres, bebedores moderados el 55,5% de los hombres y el 23,2% de las mujeres y bebedores de riesgo el 3,6% de los hombres y el 1,3% de las mujeres.
Con respecto a la actividad física, el 41,9% de los hombres y el 50,3% de las mujeres declaran realizar una actividad física mínima o nula y el 52,1% de los hombres y el 44,7% de las mujeres son ligeramente activos. Sólo el 3,0% de los hombres y el 1,8% de las mujeres manifiestan ser moderadamente activos o muy activos.
Entre la gente mayor, las mujeres son especialmente vulnerables. El número de personas mayores que viven solas, según la ESCA 2002, aumenta con la edad y siempre es superior en las mujeres respecto a los hombres. Viven solos el 14,2% de los hombres (19.409) y el 19,7% de las mujeres (63.776) de 65 a 74 años y esta proporción llega al 25,9% de los hombres y el 34,1% de las mujeres mayores de 74 años (17.268 y 87.531, respectivamente) (tabla 10).
Las mujeres también disfrutan de más longevidad pero están más expuestas a experiencias negativas. Cómo hemos visto antes, por los mismos grupos de edad, tienen un mayor número de enfermedades crónicas y una mayor tasa de discapacidad.

Tabla 10. Población de 75 años y más que vive sola o con personas de su grupo de edad, por región sanitaria

Región sanitaria	Personas de 75 años o más que viven solas	Personas de 75 años o más que viven con otras personas del mismo grupo de edad
Lleida	6.357	6.532
Tarragona	8.104	7.876
Terres de l'Ebre	3.522	3.788
Girona	12.121	10.721
Central	8.275	8.545
Barcelona	84.131	77.191
Alto Pirineo-Arán	1.589	1.276
Total	**124.099**	**115.930**

Fuente: Departamento de Salud. ESCA 2002

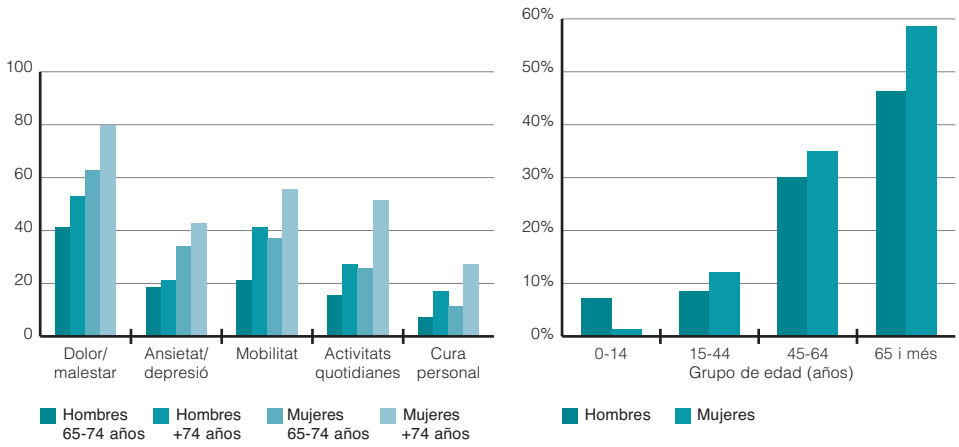
Las mujeres mayores contribuyen de forma importante al bienestar de la familia, a menudo en detrimento propio. Según la ESCA, las mujeres entrevistadas mayores de 64 años, que conviven con menores y/o con gente mayor, cuidan de ellos solas, el 16,6% y 13,6%, respectivamente. Entre los hombres de esta edad, estas cifras indican que cuidan solos a los niños el 5,9%, y el 6,5% a las personas mayores. Asimismo, también entre los mayores de 64 años que conviven con personas con discapacidades, lo cuida únicamente la persona entrevistada, en un 52,2% en el caso de las mujeres y el 13,3% de los hombres.

Percepción de la salud

Según la ESCA, el 54,6% de los hombres y el 41,9% de las mujeres manifiestan tener buena salud, y el 9,9% de los hombres y el 14,7% de las mujeres declaran tener una salud mala, mientras que en la población general el 4,3% hace esta valoración sobre su estado de salud (gráficos 4 y 5). Además, en el gráfico 5 puede observarse cómo la población, hasta los 44 años, declara tener pocos problemas relacionados con la calidad de vida.

Gráfico 4. Autopercepción de la salud como mala o regular, por grupo de edad y sexo

Gráfico 5. Población que declara tener problemas (moderados y graves) en aspectos de la calidad de vida, por edad y sexo



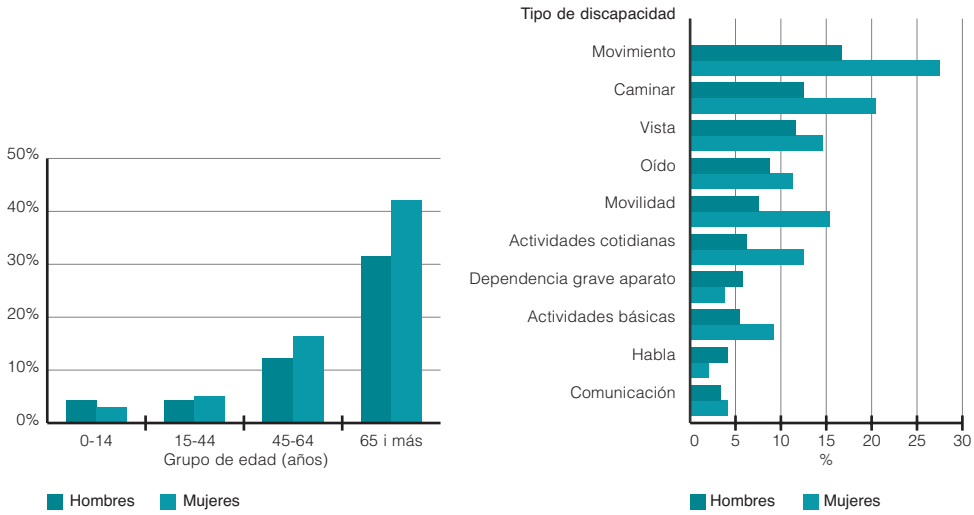
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2002. Departamento de Salud

Discapacidad

El 12,5 de la población declara sufrir algún tipo de discapacidad, pero esta cifra aumenta con la edad, según la ESCA.

Según el tipo de discapacidad, las más frecuentes están relacionadas con el movimiento, seguidas de las limitaciones visuales y de los problemas para caminar (gráfico 6). En el grupo de personas mayores, el 33,2% de los hombres y el 43,6% de las mujeres de 65 años y más presentan alguna discapacidad. La proporción de personas que declaran tener una o más discapacidades experimenta un incremento importante a partir de los 80 años y en todos los grupos es mayor en las mujeres que en los hombres.

Gráfico 6. Población que declara sufrir alguna discapacidad, por grupo de edad y sexo y tipo de discapacidad

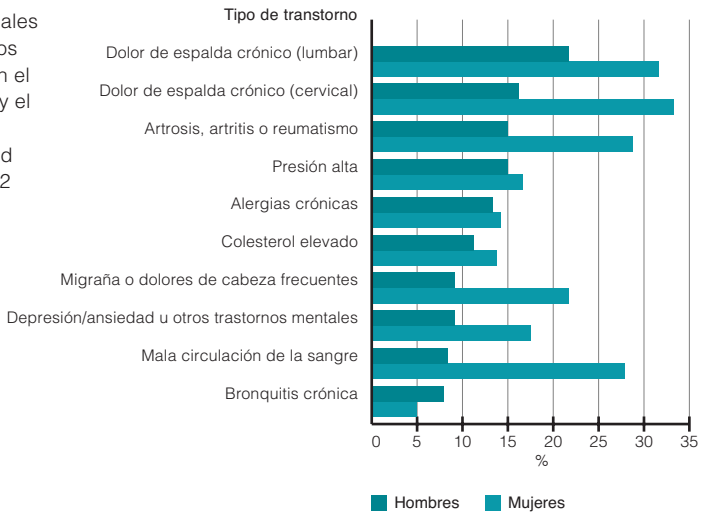


Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2002. Departamento de Salud

Enfermedades crónicas

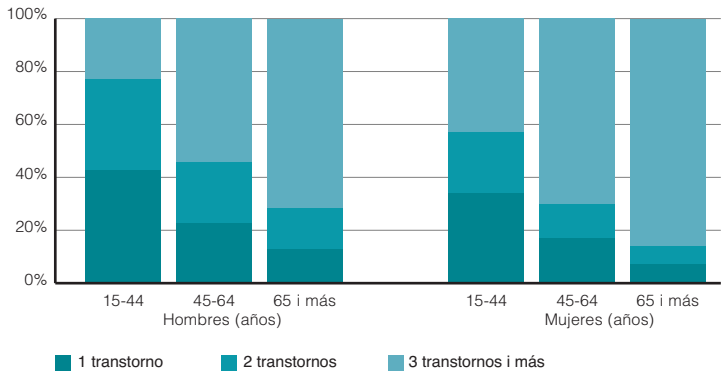
El 91,7% de los hombres y el 96,2% de las mujeres de 65 años y más presentan alguna enfermedad crónica. A partir de los 64 años, prácticamente a todas las edades destaca la mayor proporción de hombres que manifiestan no tener ninguna enfermedad crónica y son las mujeres quienes las sufren en mayor número. Asimismo, se observa que la proporción de mujeres que hacen una valoración negativa de su salud es más elevada que la de hombres, tanto en presencia de una o varias discapacidades y/o enfermedades crónicas o sin ellas (gráficos 7 y 8).

Gráfico 7. Principales trastornos crónicos declarados según el tipo de trastorno y el sexo.
Encuesta de salud de Cataluña, 2002



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2002. Departamento de Salud

Gráfico 8. Distribución del número de trastornos crónicos entre aquellos que al menos sufren uno, por grupo de edad y sexo. Encuesta de salud de Cataluña, 2002



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2002. Departamento de Salud

Mortalidad

En la tabla 11 se describe la distribución de la mortalidad global (defunciones y tasas por 1.000 hab.), por grupos de edad en una distribución quinquenal.

Tabla 11. Defunciones, población y tasas específicas de mortalidad por edad y sexo. Cataluña, 2004

	Defunciones			Población			Tasas* 1.000 hab.		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
< 1	103	135	238	36.534	38.848	75.382	2,82	3,48	3,16
1-4	22	27	49	134.513	142.029	276.542	0,16	0,19	0,18
5-9	13	21	34	146.822	156.506	303.328	0,09	0,13	0,11
10-14	14	24	38	145.507	153.960	299.467	0,10	0,16	0,13
15-19	28	92	120	158.541	167.438	325.979	0,18	0,55	0,37
20-24	53	149	202	215.665	226.394	442.059	0,25	0,66	0,46
25-29	72	223	295	291.501	314.418	605.919	0,25	0,71	0,49
30-34	104	276	380	287.951	314.187	602.138	0,36	0,88	0,63
35-39	162	387	549	269.903	287.527	557.430	0,60	1,35	0,98
40-44	240	514	754	252.005	256.270	508.275	0,95	2,01	1,48
45-49	303	769	1.072	232.065	228.945	461.010	1,31	3,36	2,33
50-54	435	1.063	1.498	210.241	203.690	413.931	2,07	5,22	3,62
55-59	581	1.432	2.013	205.309	195.976	401.285	2,83	7,31	5,02
60-64	722	1.757	2.479	166.926	157.911	324.837	4,33	11,13	7,63
65-69	1.108	2.550	3.658	156.719	138.642	295.361	7,07	18,39	12,38
70-74	2.081	3.705	5.786	166.723	134.291	301.014	12,48	27,59	19,22
75-79	3.469	4.840	8.309	141.981	100.964	242.945	24,43	47,94	34,20
80-84	5.282	5.274	10.556	105.100	62.208	167.308	50,26	84,78	63,09
85-89	5.939	3.647	9.586	56.365	25.234	81.599	105,37	144,53	117,48
90-94	4.669	2.169	6.838	24.239	8.927	33.166	192,62	242,97	206,17
> 94	1.954	643	2.597	5.719	1.701	7.420	341,67	378,01	350,00
Total	**27.354**	**29.697**	**57.051**	**3.410.329**	**3.316.066**	**6.726.395**	**8,02**	**8,96**	**8,48**

Fuente: Servicio de información y Estudios, Análisis de la Mortalidad en Cataluña 1999-2004. Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña.

Puede observarse que la tasa de mortalidad es más elevada en los hombres que en las mujeres en el primer año de vida y que posteriormente disminuye, aunque se produce un lento pero progresivo incremento de las defunciones, mucho más acentuado en hombres que en mujeres, hecho que se mantiene en todos los grupos de edad.

La tabla 12 identifica las primeras causas de muerte, a partir de los 65 años. Los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio y digestivo son los grupos de patologías más frecuentes entre los mayores de 65 años, aunque el orden de frecuencia varía según la edad.

Tabla 12. Primeras causas de defunción por grupo de edad y por sexo según los 20 grandes grupos de enfermedades de la CIM-10. Cataluña, 2004

Grupo de edad	Mujeres	Tasa*	Hombres	Tasa*
65-74	Tumores	412,4	Tumores	1.046,4
	Enfermedades del sistema circulatorio	252,0	Enfermedades del sistema circulatorio	567,5
	Enfermedades del sistema digestivo	63,1	Enfermedades del sistema respiratorio	206,3
75-84	Enfermedades del sistema circulatorio	1.277,7	Tumores	2.002,2
	Tumores	798,5	Enfermedades del sistema circulatorio	1.868,0
	Enfermedades del sistema respiratorio	279,7	Enfermedades del sistema respiratorio	795,5
≥ 84	Enfermedades del sistema circulatorio	6.022,7	Enfermedades del sistema circulatorio	6.165,3
	Enfermedades mentales y del comportamiento	1.610,2	Tumores	3.128,7
	Tumores	1.467,7	Enfermedades del sistema respiratorio	3.050,6
Catalunya	Enfermedades del sistema circulatorio	279,0	Tumores	302,7
	Tumores	177,3	Enfermedades del sistema circulatorioi	241,5
	Enfermedades del sistema respiratorio	64,5	Enfermedades del sistema respiratorio	99,4

* Tasa por 100.000 habitantes
Fuente: Servicio de información y Estudios, Análisis de la Mortalidad en Cataluña,-2004. Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña.

El año 2004, el número de defunciones por la enfermedad de Alzheimer fue de 1.460, lo cual supuso el 2,56% del total de muertes, con un claro predominio entre las mujeres de los grupos de edad más avanzada. Para las otras demencias, donde se incluyen la demencia senil, la demencia vascular y las no especificadas, el patrón de distribución fue similar, y el número de defunciones fue de 2.612, el 4,58% de la mortalidad.

Tabla 13. Tasa de mortalidad por enfermedad de Alzheimer y por otras demencias, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2004

Mujeres	65-74	75-84	85 i >	Total
E. Alzheimer	20,41	158,65	664,94	30,44
Otras demencias	17,31	194,27	1.482,80	53,40

Hombres	65-74	75-84	85 i >	Total
E. Alzheimer	14,29	140,34	415,48	12,73
Otras demencias	25,28	193,66	1.120,96	23,85

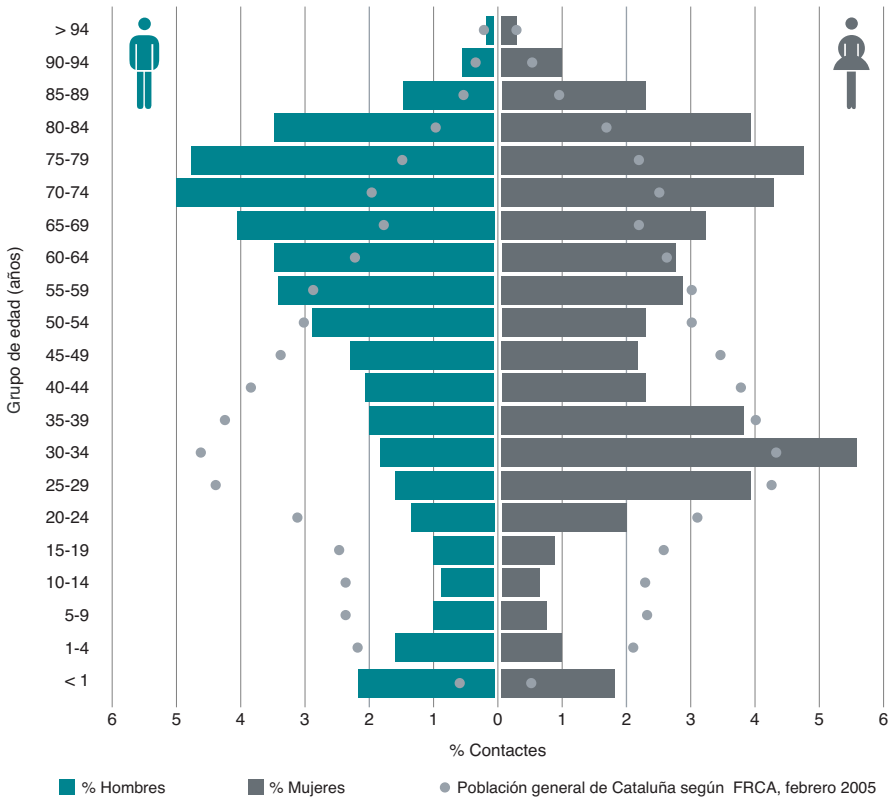
Total	65-74	75-84	85 i >	Total
E. Alzheimer	17,61	151,37	591,73	21,71
Otras demencias	20,96	194,03	1.376,6	38,83

La tasa específica de mortalidad de la enfermedad de Alzheimer en Cataluña el año 2004 fue de 21,71 por 100.000 habitantes (30,44 de mujeres y 12,73 de hombres). Por grupos de edad, destaca la tasa de los mayores de 84 años, que fue de 591,0 por 100.000 habitantes, y la del grupo de 75 a 84 años, de 151,37 por 100.000 habitantes (tabla 13).

En relación a las otras demencias, la tasa específica de mortalidad en Cataluña el año 2004 fue de 38,83 (53,4 entre las mujeres y 23,85 entre los hombres). Por grupos de edad, la tasa específica de los mayores de 84 años fue de 1.376,6 y la de la población de 75 a 84 años, de 194,03 por 100.000 habitantes.

Morbilidad

Gráfico 9. Distribución de los contactos de hospitalización convencional y CMA de enfermos residentes en Cataluña y de la población de Cataluña, por sexo y grupo de edad. Año 2004



Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004

La fuente de datos para analizar la morbilidad de nuestra población es el registro del conjunto mínimo básico de datos de la atención hospitalaria (CMBDAH), que recoge información sobre la actividad de los centros hospitalarios de agudos de Cataluña.
La distribución de los contactos de hospitalización convencional por grupo de edad y sexo (gráfico 9) de los residentes en Cataluña que constan en el CMBDH-HA del año 2004 pone de manifiesto un incremento en los primeros años de la vida (0-4) y a partir de los 65 años, con la excepción del caso de las mujeres en edad fértil.

La estancia media hospitalaria en los hombres es de 5,8 días y en las mujeres, de 4,8 días. En general, se observa una clara tendencia al aumento de la estancia media a medida que aumenta la edad, a excepción de los grupos de menores de 1 año y de las mujeres en la franja de edad de 20 a 39 años como consecuencia de la actividad obstétrica (tabla 14). Una frecuentación alta ligada a una estancia media elevada comporta que algunos grupos de edad acumulen porcentajes muy altos de días de estancia. Este es el caso de los mayores de 70 años, que generan el 31,8% del total de los contactos (gráfico 9) y acumulan el 41% de todos los días de estancia.

Las causas más frecuentes de hospitalización de agudos, el año 2004, por grupos de edad y sexo son, en los hombres mayores de 65 años las enfermedades del aparato circulatorio, con predominio de las enfermedades respiratorias a partir de los 85, y en los menores de 14 años, las enfermedades del aparato respiratorio, las lesiones y los envenenamientos (excepto las afecciones perinatales en los menores de un año).

Hombres	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Neoplasias	—	—	—	—	—	—	—	14,1	14,1	—	—
E. del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	—	—	—	—	—	—	—	—	14,1	15,8	—
Enfermedades del aparato circulatorio	—	—	—	—	—	—	14,6	17,0	18,3	19,9	20,7
Enfermedades del aparato respiratorio		28,0	15,8	—	—	—	—	—	—	16,6	23,2
Enfermedades del aparato digestivo	—	12,1	—	12,0	14,7	18,0	18,6	15,7	—	—	10,3
Enfermedades del aparato genito-urinario	—	14,4	15,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Enfermedades del aparato locomotor y del tejido conectivo	—	—	—	10,5	13,2	13,6	11,4	—	—	—	—
Afecciones originadas en el periodo perinatal	40,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesiones y envenenamientos	—	—	15,7	24,5	18,3	12,6	—	—	—	—	—
Clasificación Código V	14,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	**67,5**	**54,4**	**46,6**	**47,0**	**46,3**	**44,2**	**44,6**	**46,9**	**46,4**	**52,3**	**54,1**

Mujeres	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Neoplasias	—	—	—	—	—	8,9	15,1	—	—	—	—
E. del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	—	9,7	11,2	—	—	—	—	12,7	20,9	23,6	—
Enfermedades del aparato circulatorio	—	—	—	—	—	—	—	12,9	14,8	18,6	24,3
Enfermedades del aparato respiratorio	10,9	31,9	19,1	—	—	—	—	—	—	—	16,4
Enfermedades del aparato digestivo	—	11,9	13,9	7,2	4,2	—	—	—	—	—	—
Enfermedades del aparato genito-urinario	—	—	—	7,2	6,0	10,8	13,3	—	—	—	—
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	—	—	—	44,3	66,0	34,5	—	—	—	—	—
Enfermedades del aparato locomotor y del tejido conectivo	—	—	—	—	—	—	14,7	18,3	14,7	—	—
Afecciones originadas en el periodo perinatal	41,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesiones y envenenamientos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9,7	14,8
Clasificación Código V	16,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	**69,3**	**53,6**	**44,2**	**58,6**	**76,2**	**54,2**	**43,0**	**43,9**	**50,4**	**52,0**	**55,4**

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004

Tabla 14. Porcentaje de contactos de hospitalización convencionales y CMA de los tres grandes grupos de diagnósticos que acumulan más contactos en cada grupo de edad y sexo. Año 2004

En las mujeres mayores de 65 años destacan las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, con predominio de las enfermedades del aparato circulatorio en mayores de 85, y en las menores de 14 años, las enfermedades del aparato respiratorio, las lesiones y los envenenamientos (excepto las afecciones perinatales en las menores de un año).

Por lo que respecta a los procedimientos que acumulan más contactos de hospitalización por grupos de edad y sexo se observan diferencias en la distribución, igual que en el caso del diagnóstico principal en menores de 45 años (tabla 15). Entre los hombres destacan las operaciones del sistema musculoesquelético en la edad juvenil y en adultos jóvenes, seguidas por las operaciones del aparato digestivo en los adultos y de las operaciones de ojos en el grupo de los mayores de 75 años.

En el grupo de mujeres se sigue el mismo patrón con respecto a las operaciones del sistema musculoesquelético, pero en edades más avanzadas que en el grupo de hombres, también aquí destacan las operaciones de ojos en mujeres de los grupos de más edad.

Tabla 15. Porcentaje de contactos de hospitalización convencional y CMA de los tres grandes grupos de procedimientos que acumulan más contactos en cada grupo de edad. Año 2004

Hombres	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Operaciones del sistema nervioso	6,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operaciones de ojo	—	—	—	—	—	—	—	—	16,3	20,2	15,3
Operaciones de nariz, boca y faringe	—	17,1	—	—	8,5	5,5	—	—	—	—	—
Operaciones del aparato cardiovascular	3,9	—	—	—	—	—	8,9	10,0	9,9	8,5	—
Operaciones del aparato digestivo	6,6	—	12,5	11,3	15,8	21,1	22,6	20,1	16,8	14,6	12,4
Operaciones del aparato urinario	—	4,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operaciones de los órganos genitales masculinos	—	19,6	18,9	9,6	—	—	—	—	—	—	—
Operaciones del sistema músculo-esquelético	—	—	14,2	33,0	29,4	25,2	19,0	13,6	—	—	8,7
Total	**17,3**	**40,7**	**45,6**	**53,9**	**53,7**	**51,8**	**50,5**	**43,7**	**43,0**	**43,3**	**36,4**

Dones	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Operaciones del sistema nervioso	6,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operaciones de ojo	—	6,7	—	—	—	—	—	9,6	22,6	29,1	18,3
Operaciones de la oreja	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operaciones de nariz, boca y faringe	—	20,0	16,8	—	—	—	—	—	—	—	—
Operaciones del aparato cardiovascular	4,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operaciones de los sistemas hemático y linfático	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operaciones del aparato digestivo	3,1	9,5	12,8	—	4,6	9,4	13,4	12,7	11,4	10,8	9,7
Operaciones de los órganos genitales femeninos	—	—	—	—	12,6	20,7	15,6	—	—	—	—
Procedimientos obstétricos	—	—	—	40,7	60,1	29,3	—	—	—	—	—
Operaciones del sistema músculo-esquelético	—	—	13,4	10,2	—	—	18,7	23,9	21,7	16,9	18,9
Operaciones de piel y tegumentos	—	—	—	9,8	—	—	—	—	—	—	—
Total	**13,7**	**36,2**	**43,0**	**60,7**	**77,3**	**59,4**	**47,7**	**46,2**	**55,7**	**56,8**	**46,9**

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004

En las tablas 16 y 17 se pueden observar las principales causas de hospitalización distribuidas por grupo de edad y sexo.

Tabla 16. Porcentaje de contactos de hospitalización convencional y CMA de los tres grandes grupos de diagnósticos que acumulan más contactos en cada grupo de edad y sexo. Hombres. Año 2004

Hombres	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Neoplasias	—	—	—	—	—	—	—	14,1	14,1	—	—
E. del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	—	—	—	—	—	—	—	—	14,1	15,8	—
Enfermedades del aparato circulatorio	—	—	—	—	—	—	14,6	17,0	18,3	19,9	20,7
Enfermedades del aparato respiratorio	13,1	28,0	15,8	—	—	—	—	—	—	16,6	23,2
Enfermedades del aparato digestivo	—	12,1	—	12,0	14,7	18,0	18,6	15,7	—	—	10,3
Enfermedades del aparato genito-urinario	—	14,4	15,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Enfermedades del aparato locomotor y del tejido conectivo	—	—	—	10,5	13,2	13,6	11,4	—	—	—	—
Afecciones originadas en el periodo perinatal	40,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesiones y envenenamientos	—	—	15,7	24,5	18,3	12,6	—	—	—	—	—
Clasificación Código V	14,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	**67,5**	**54,4**	**46,6**	**47,0**	**46,3**	**44,2**	**44,6**	**46,9**	**46,4**	**52,3**	**54,1**

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004

Tabla 17. Porcentaje de contactos de hospitalización convencional y CMA de los tres grandes grupos de diagnósticos que acumulan más contactos en cada grupo de edad y sexo. Mujeres. Año 2004

Mujeres	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Neoplasias	—	—	—	—	—	8,9	15,1	—	—	—	—
E. del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	—	9,7	11,2	—	—	—	—	12,7	20,9	23,6	—
Enfermedades del aparato circulatorio	—	—	—	—	—	—	—	12,9	14,8	18,6	24,3
Enfermedades del aparato respiratorio	10,9	31,9	19,1	—	—	—	—	—	—	—	16,4
Enfermedades del aparato digestivo	—	11,9	13,9	7,2	4,2	—	—	—	—	—	—
Enfermedades del aparato genito-urinario	—	—	—	7,2	6,0	10,8	13,3	—	—	—	—
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	—	—	—	44,3	66,0	34,5	—	—	—	—	—
Enfermedades del aparato locomotor y del tejido conectivo	—	—	—	—	—	—	14,7	18,3	14,7	—	—
Afecciones originadas en el periodo perinatal	41,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesiones y envenenamientos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9,7	14,8
Clasificación Código V	16,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	**69,3**	**53,6**	**44,2**	**58,6**	**76,2**	**54,2**	**43,0**	**43,9**	**50,4**	**52,0**	**55,4**

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004

En la tabla 18 se presentan los contactos hospitalarios en los que el diagnóstico principal es la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Tabla 18. Número de contactos de hospitalización convencional y CMA por diagnóstico principal seleccionado y por grupo de edad de los enfermos residentes en Cataluña. Año 2004

		Hospitales de agudos				Centros sociosanitarios				Cataluña
		45-64	65-79	≥ 80	Subtotal	45-64	65-79	≥ 80	Subtotal	Total
Enfermedad de Alzheimer (331.0)	Hombres	5	16	28	49	17	112	183	312	722
	Mujeres	5	29	44	78	17	226	581	824	1.804
	Total	10	45	72	127	34	338	764	1.136	2.526
	Tasa				1,76					35,10
Otras demencias seniles y presenciles (290.0-290.9)	Hombres	7	77	80	166	30	223	371	626	1.580
	Mujeres	5	56	135	196	28	246	1.158	1.433	3.257
	Total	12	133	215	362	58	469	1.529	2.059	4.837
	Tasa				5,03					67,21
TOTAL TASA										**102,31**

Tasa por 100.000 hab.
Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004 y CMBD-RSS. Año 2004

La línea de atención a las personas con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad abarca un conjunto numeroso de patologías que tienen como rasgo común su larga y diferente evolución y que afectan personas de todas las edades. Estas características hacen que el enfermo, que normalmente se diagnostica en un servicio de neurología hospitalario, según la fase de la enfermedad en que se encuentre o según su edad, tenga necesidades bastante diferentes (tablas 19 y 20).

Tabla 19. Incidencia (por 100.000 hab./año) de alguna enfermedades neurológicas frecuentes que pueden generar discapacidades

Enfermedades neuromusculares:	
Síndrome de Guillain Barré	2
Enfermedad de motoneurona	2
Neuralgia amiotrófica	2
Miastenia gravis	1
Polimiositis/Dermatomiositis	1
Trastornos del movimiento:	
Temblor esencial	24
Enfermedad de Parkinson	20
Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP)	1
Atrofia multisistema	0,6
Síndrome Gilles de la Tourette	0,5
Tumores cerebrales e hipertensión intracraneal:	
Tumor cerebral primario	15
Tumor cerebral secundario	14
Hipertensión intracraneal idiopática	1
Esclerosis múltiple	6
Infecciones del sistema nervioso y de meninge:	
Meningitis meningocóccica	3
Meningitis pneumocóccica	0,5
Encefalitis Herpes Simple	0,2
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	0,1
Tétanos	0,1
Panencefalitis Subaguda Esclerosante (PSE)	0,03
Nueva variante de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	0,02
Traumatismos craneales y medulares	**300-400**
Traumatismos craneales con secuelas	**30-40**

Fuente: MacDonald BK, Cockerell OC, Sander JWAS, Shorvon SD. The incidence and lifetime prevalence of neurological disorders in a prospective community-based study in the UK. Brain 2000; 123:665-676.

Tabla 20. Número de contactos de hospitalización y CMA y tasas por diagnóstico principal seleccionado y por grupo de edad de los enfermos residentes en Cataluña. Año 2004

Tasa por 100.000 hab.		Hospitales de agudos						Centros sociosanitarios					
		0-14	15-44	45-64	65-79	≥ 80	Total	0-14	15-44	45-64	65-79	≥ 80	Total
Esclerosis múltiple (340)	Hombres	0	50	16	3	2	71	0	3	9	3	0	15
	Mujeres	8	87	32	8	0	135	0	6	24	5	0	35
	Total	8	137	48	11	2	206	0	9	33	8	0	50
	Tasa						2,86						0,69
Miastenia (358.0)	Hombres	2	7	9	25	3	46	0	0	0	0	0	0
	Mujeres	3	34	19	25	7	88	0	0	0	0	0	0
	Total	5	41	28	50	10	134	0	0	0	0	0	0
	Tasa						1,86						
Lesión cerebral (348.1-348.9)	Hombres	20	22	38	33	13	126	0	9	13	8	3	33
	Mujeres	19	49	41	30	22	161	0	4	3	6	2	15
	Total	39	71	79	63	35	287	0	13	16	14	5	48
	Tasa						3,98						0,66
Lesión cerebral (854.0)	Hombres	1	3	1	0	0	5	0	3	0	0	0	0
	Mujeres	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	Total	2	3	2	0		7	0	3	0	0	0	0
	Tasa						0,09						
Lesión medular (952)	Hombres	0	6	8	1	5	20	0	0	1	0	0	0
	Mujeres	0	2	1	4	0	7	0	0	0	0	0	0
	Total	0	8	9	5	5	27	0	0	1	0	0	0
	Tasa						0,37						-
Enfermedades hereditarias i degenerativas SNC (330-337)	Hombres	49	166	170	343	130	858	1	12	50	215	271	549
	Mujeres	47	266	139	304	152	908	0	6	49	351	720	1.126
	Total	96	432	309	647	282	1.766	1	18	99	566	991	1.675
	Tasa						24,54						23,27

Tasas población RCA 2005

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004

Por otra parte, el gran número de patologías que comprende esta línea de atención, y su diferente etiología, algunas veces desconocida, ha tenido como consecuencia que la información de la que disponemos sea diversa y frecuentemente limitada a grupos de enfermedades, no de la totalidad.

En la tabla 21 se presenta una lista de enfermedades neurológicas. Estos tipos de patologías son procesos de etiología hereditaria o no, caracterizados por la progresiva disfunción del sistema nervioso, ya sea central, periférico o autonómico. Estas afecciones a menudo se asocian a una atrofia progresiva de la parte afectada (sistema nervioso central y/o periférico).

Tabla 21. Enfermedades que pueden provocar daño cerebral y/o medular

1. Enfermedades sistémicas que se pueden complicar
- Corazón y aorta
- Hipoxia, anoxia e isquemia
- Enfermedades tejido conectivo y vasculitis
- Enfermedades respiratorias
- Sarcoidosis
- Enfermedades hematológicas y anemia
- Enfermedades hematológicas proliferativas
- Enfermedades hemorrágicas
- Enfermedades del hígado y del aparato digestivo
- Enfermedades que comportan fallo renal
- Alteraciones de los electrólitos
- Enfermedades de la hipófisis
- Enfermedades de las tiroides y de las paratiroides
- Enfermedades de las glándulas adrenales

2. Enfermedades deficitarias del sistema nervioso

3. Efectos neurológicos de toxinas y agentes físicos
- Toxinas ocupacionales
- Abuso de drogas
- Neurotoxinas de animales, plantas y setas
- Toxinas marinas
- Agentes físicos

4. Enfermedades neurológicas relacionadas con el cáncer
- Tumores cerebrales primarios
- Tumores neuroepiteliales primarios
- Tumores de las meninges y extra-axiales
- Tumores de las vainas del nervio
- Otros tumores
- Tumores metastásicos del sistema nervioso central y/o periférico
- Síndromes paraneoplásicos del sistema nervioso

5. Infecciones del sistema nervioso
- Bacterianas
- Virales
- Hongos
- Parásitos
- Priones

6. Trauma del sistema nervioso
- Trauma craneocerebral
- Trauma medular
- Trauma del nervio periférico

7. Enfermedades de las motoneuronas superior y/o inferior
- Motoneurona superior
- Motoneurona inferior
- Motoneuronas superior e inferior

8. Enfermedades neuromusculares
- Raíces y plexos
- Raíces nerviosas
- Plexo braquial
- Plexo lumbosacro
- Nervios periféricos
- Transmisión neuromuscular
- Miopatías

9. Enfermedades del cerebelo, incluidas las ataxias degenerativas
- Ataxias adquiridas
- Ataxias hereditarias
- Ataxias esporádicas

10. Epilepsias
- Parciales
- Generalizadas
- No clasificadas

11. Alteraciones del sueño

12. Dolores de cabeza crónicos y algias de la craneofacial

13. Esclerosis múltiple y otras enfermedades inflamatorias desmielinizantes del sistema nervioso central
- Autoinmunes: Esclerosis múltiple
- Infecciosas
- Tóxico/Metabólicas
- Vasculares
- Enfermedades hereditarias del metabolismo de la mielina

14. Trastornos del movimiento
- Enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos
- Temblores
- Coreas
- Discinesias tardías
- Distonias
- Gilles de la Tourette y otros tics
- Mioclonías
- Otras alteraciones del movimiento

15. Discapacidades y alteraciones del desarrollo
- Parálisis Cerebral Infantil (PCI)
- Otros problemas del desarrollo

16. Errores congénitos del Metabolismo del Sistema Nervioso
- Que afectan a moléculas complejas
- Que afectan a las moléculas pequeñas
- Del metabolismo de los aminoácidos y de los ácidos orgánicos
- Del metabolismo energético
- Otros trastornos metabólicos

17. Enfermedades mitocondriales

18. Canalopatías: alteraciones episódicas y eléctricas del sistema nervioso

19. Síndromes neurocutáneos

20. Enfermedades de los huesos, de las articulaciones, de los ligamentos y de las meninges, con afectación de las estructuras nerviosas
- Alteraciones de la columna vertebral congénitas y hereditarias
- Deformidades de la columna vertebral y alteraciones metabólicas
- Enfermedades degenerativas de la columna vertebral
- Enfermedades infecciosas de la columna vertebral

21. Enfermedades vasculares del sistema nervioso
- Enfermedad cerebrovascular isquémica
- Trombosis venosa cerebral
- Hemorragia intracerebral
- Aneurisma intracraneal y hemorragia subaracnoidal
- Malformaciones arteriovenosas.
- Ictus en el niño
- Enfermedad vascular espinal
- Vasculitis del sistema nervioso central

22. Demencias
- Enfermedad de Alzheimer
- Demencias frontotemporales
- Demencia con cuerpos de Lewy
- Demencias vasculares
- Otras demencias degenerativas
- Hidrocefalias
- Demencias secundarias

En las tablas 22 y 23 se describe específicamente en grupos de edad de 65 años y más la distribución, por sexos, de las 10 categorías diagnósticas más frecuentes según la clasificación clínica para la investigación de políticas sanitarias de hospitalización (CCIPSH) 2004.

Como se puede comprobar, en este año las categorías CCIPSH más frecuentes son las cataratas, tanto en hombres como en mujeres. La segunda categoría más frecuente en hombres es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En las mujeres, se observa que la segunda categoría diagnóstica el año 2004, después de las cataratas, varía según la edad. Así pues, en menores de 75 años la osteoartritis, las deformidades de pie adquiridas y las enfermedades de las vías biliares son la 2ª, 3ª y 4ª categoría respectivamente, mientras que en mujeres de 75 años lo son la insuficiencia cardiaca congestiva no hipersensible, las fracturas de cadera y la enfermedad cerebrovascular, respectivamente.

Tabla 22. Distribución de las categorías diagnósticas de la Clasificación cínica para la investigación de políticas sanitarias (CCIPSH*) de los pacientes que ingresan en hospitales de agudos. Hombres. Cataluña 2004

65-74 años	N	%	>74 años	N	%
Cataratas	8.488	10,7	Cataratas	10.798	12,2
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquioecstasia	5.002	6,3	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquioecstasia	7.791	8,8
Hernia abdominal	3.521	4,5	Insuficiencia cardiaca congestiva, no hipertensiva	4.054	4,6
Aterosclerosis coronaria	3.322	4,2	Pneumonía (excluye por tuberculosis y MTS)	3.996	4,5
Neoplasia maligna de vejiga	2.020	2,6	Enfermedad cerebrovascular aguda	2.860	3,2
Pneumonía (excluye por tuberculosis y MTS)	2.053	2,6	Aterosclerosis coronaria	2.475	2,8
Hiperplasia de próstata	1.876	2,4	Hernia abdominal	2.470	2,8
Osteoartritis	1.859	2,4	Enfermedades de vías biliares	2.130	2,4
Enfermedad cerebrovascular aguda	1.809	2,3	Infarto agudo de miocardio	2.039	2,3
Enfermedades de vías biliares	1.769	2,2	Neoplasia maligna de vejiga	2.047	2,3
Total	79.080	100	Total	88.375	100

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004

Tabla 23. Distribución de las categorías diagnósticas de la Clasificación cínica para la investigación de políticas sanitarias (CCIPSH*) de los pacientes que ingresan en hospitales de agudos. Mujeres. Cataluña 2004

65-74 años	N	%	>74 años	N	%
Cataratas	11.268	16,4	Cataratas	18.831	17,5
Osteoartritis	4.291	6,3	Insuficiencia cardiaca congestiva, no hipertensiva	6.549	6,1
Deformidades del pie adquiridas	2.148	3,1	Fractura del cuello del fémur (cadera)	5.460	5,1
Enfermedades de vías biliares	1.825	2,7	Enfermedad cerebrovascular aguda	3.685	3,4
Venas varicosas de extremidad inferior	1.649	2,4	Osteoartritis	3.360	3,1
Insuficiencia cardiaca congestiva, no hipertensiva	1.575	2,3	Bronquitis aguda	2.898	2,7
Aterosclerosis coronaria	1.382	2,0	Pneumonía (excluye por tuberculosis y MTS)	2.671	2,5
Hernia abdominal	1.313	1,9	Enfermedades de vías biliares	2.589	2,4
Complicaciones de dispositivo, implante o injerto	1.244	1,8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquioecstasia	2.432	2,3
Otros trastornos genitales femeninos	1.250	1,8	Infecciones de vías urinarias	2.412	2,2
Total	79.080	100	Total	88.375	100

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004

Morbilidad en la atención sociosanitaria:

La atención sociosanitaria en Cataluña se presta en tres niveles de intervención: hospitalización, atención diurna ambulatoria y equipo de valoración y apoyo (tabla 24).

Tabla 24. Cartera de servicios sociosanitarios en hospitalización, diurnos, ambulatorios o de apoyo

1.- Servicios de hospitalización	2.- Servicios de atención diurna ambulatoria	3.- Equipos de valoración y apoyo
Unidades de larga estancia:	**Hospital de día:**	**En el domicilio:**
Geriátrica	Geriátrico	PADES
EA y otras demencias	EA y otras demencias	
Psicogeriátrica	Paliativo	
Psiquiátrica	E. neurodegenerativas	
Grandes discapacidades Tuberculosis		
Unidades de media estancia	**Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria (EEIA):**	**En el hospital:**
Convalecencia	Geriátrica	UFISS:
Cuidados paliativos	EA y otras demencias	Geriatría
Polivalente	Cuidados paliativos	Paliativa
EA y otras demencias		Mixta
		Respiratoria

EA: Enfermedad de Alzheimer. TC: Trauma craneoncefálico. UFISS: Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria. PADES: Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Apoyo

En cada nivel de intervención se presta atención a las cuatro grandes líneas objeto de este Plan director, que representan la mayor parte de las actuaciones dentro de la red sociosanitaria y que ofrecen una atención, bien en la globalidad del servicio o bien con servicios específicos cuando las dimensiones de la población de referencia lo requieran. Según datos del CMBD-RSS (registro del conjunto mínimo básico de datos de los recursos sociosanitarios) de Cataluña, la tasa de hospitalización el año 2004 fue de 8,5 procesos por 1.000 habitantes. Se observa una tendencia a aumentar este número con la edad, dada la orientación mayoritaria de los recursos sociosanitarios hacia la atención geriátrica. Las cifras más altas corresponden a los mayores de 64 años, con tasas de hospitalización superiores a 14 procesos por 1.000 habitantes y que llegan hasta 108,2 procesos por término medio en personas de más de 84 años (tabla 25).

Taula 25. Distribución de los episodios por sexo, grupo de edad y residencia, y tasa de hospitalizació de los residentes en Cataluña. Año 2004

Grupo de edad (años)	Nombre d'episodis Residentes en Catalunya		Residencia desconocida o fuera de Cataluña		Total de episodios	Tasa de hospitalización* de los residentes en Cataluña		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	Total
0-4	11	10	1	0	22	0,1	0,1	0,1
5-9	2	2	0	0	4	0,0	0,0	0,0
10-14	6	4	0	0	10	0,0	0,0	0,0
15-19	25	13	0	0	38	0,1	0,1	0,1
20-24	56	30	0	0	86	0,2	0,1	0,2
25-29	113	48	1	0	162	0,4	0,2	0,3
30-34	173	81	2	0	256	0,5	0,3	0,4
35-39	245	195	0	0	440	0,8	0,7	0,8
40-44	382	260	3	2	647	1,4	1,0	1,2
45-49	548	359	8	3	918	2,3	1,5	1,9
50-54	930	531	4	4	1.469	4,4	2,4	3,4
55-59	1.286	822	8	4	2.120	6,3	3,9	5,1
60-64	1.675	965	9	5	2.654	9,8	5,3	7,5
65-69	2.521	1.701	16	11	4.249	18,2	10,9	14,3
70-74	3.803	3.562	23	24	7.412	27,2	20,6	23,5
75-79	4.931	6.131	24	24	11.110	46,5	41,0	43,3
80-84	5.289	7.750	29	45	13.113	77,4	67,2	71,0
> 84	4.644	11.193	39	75	15.951	109,6	107,7	108,2
Total	**26.640**	**33.657**	**167**	**197**	**60.661**	**7,6**	**9,3**	**8,5**

*Número de procesos por 1.000 hab.
Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-RSS. Año 2004

En la red sociosanitaria el total de procesos declarados el año 2004 (en un total de 308 unidades notificadoras que equivale al 87% de la red) fue de 60.994, 46.536 de los cuales corresponden a procesos finalizados (alta o defunción) durante el año 2004. El resto, 14.458 procesos, son aquellos que no finalizaron durante el año.
En la tabla 26 podemos ver la distribución de procesos según el tipo de recurso durante el año 2004.

Tabla 26. Indicadores de los episodios atendidos en la red de atención sociosanitaria por tipo de recurso. Año 2004

	Total de episodios			Episodios finalitzados en 2004			
	N	Mediana de edad (años)	Mujeres (%)	N	(%)	Estancia media (días)	Defunciones (%)
Hospitalització							
Unidades de larga duración	11.093	78,9	62,7	4.716	42,5	147,8	23,9
Unidades de convalecencia*	14.327	78,1	60,3	11.879	82,9	55,1	10,1
Unidades de cuidados paliativos	3.868	72,6	40,6	3.594	92,9	20,2	69,0
UFISS	15.407	76,9	53,8	14.756	95,8	27,2	12,8
Atención domiciliaria							
PADES	11.924	75,5	49,1	8.842	74,2	64,3	30,4
ETODA	126	32,8	26,2	80	63,5	238,1	1,3
Atención ambulatoria							
Hospital de dia	4.249	71,6	59,8	2.669	62,8	191,3	3,0
Total	60.994	76,5	55,5	46.536	76,3	62,8	20,3

*Se ha incluido en este análisis las unidades de media estancia polivalente
Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004

En las tablas 27 y 28 se describen las categorías diagnósticas en las unidades de larga duración por sexo, donde destacan los trastornos orgánicos y demencia senil o presenil y el ICTUS especialmente en los grupos de población más mayores, tanto en mujeres como en hombres mayores de 74 años, si bien las cifras más altas corresponden a las mujeres.

Tabla 27. Distribución de las categorías diagnósticas de los pacientes que ingresan en centros sociosanitarios. Larga duración. Hombres. Cataluña 2004

65-74 años	N	%	>74 años	N	%
Enfermedad cerebrovascular aguda	96	16,7	Trastornos orgánicos y demencia senil o presenil	380	24,1
Trastornos orgánicos y demencia senil o presenil	91	15,8	Enfermedad cerebrovascular aguda	198	12,6
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquioecstasia	31	5,4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquioecstasia	81	5,1
Esquizofrenia y trastornos relacionados	20	3,5	Admisión administrativa/social	63	4,0
Neoplasia maligna de bronquios y pulmón	16	2,8	Fractura del cuello del fémur (cadera)	56	3,6
Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular	16	2,8	Esquizofrenia y trastornos relacionados	40	2,5
Fractura de extremidad inferior	13	2,3	No asignable	70	4,4
Enfermedad de Parkinson	13	2,3	Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular	35	2,2
Parálisis	12	2,1	Enfermedad de Parkinson	29	1,8
Aterosclerosis periférica y visceral	12	2,1	Úlcera crónica de piel	26	1,7
Total	575	100	Total	1.575	100

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-RSS. Año 2004

Tabla 28. Distribución de las categorías diagnósticas de los pacientes que ingresan en centros sociosanitarios. Larga duración. Mujeres. Cataluña 2004

65-74 años	N	%	>74 años	N	%
Trastornos orgánicos y demencia senil o presenil	107	19,6	Trastornos orgánicos y demencia senil o presenil	1.302	34,1
Enfermedad cerebrovascular aguda	63	11,6	Enfermedad cerebrovascular aguda	368	9,6
Esquizofrenia y trastornos relacionados	27	5,0	Fractura del cuello del fémur (cadera)	199	5,2
Fractura de extremidad inferior	24	4,4	Admisión administrativa/social	142	3,7
Otras afecciones hereditarias y degenerativas del sistema nervioso	18	3,3	No asignable	116	3,0
No asignable	25	4,6	Fractura de extremidad inferior	103	2,7
Admisión administrativa/social	16	2,9	Esquizofrenia y trastornos relacionados	101	2,6
Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular	14	2,6	Insuficiencia cardiaca congestiva, no hipertensiva	96	2,5
Fractura del cuello del fémur (cadera)	13	2,4	Osteoartritis	92	2,4
Parálisis	13	2,4	Úlcera crónica de piel	83	2,2
Total	545	100	Total	3.821	100

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-RSS. Año 2004

Hay que mencionar que en mujeres la fractura de cadera en mayores de 75 años y más representa un 5,2% del total de diagnósticos en este grupo de edad y sexo, mientras que en hombres representa un 3,6%.

Los diagnósticos más frecuentes en centros sociosanitarios de convalecencia y media estancia polivalente (tablas 29 y 30) en hombres a partir de 64 años son de enfermedad cerebrovascular aguda. En mujeres entre 65 y 74 años destacan la fractura de cadera y la osteoartritis, aunque la enfermedad vascular aguda es la segunda causa en mujeres mayores de 64 años.

Tabla 29. Distribución de las categorías diagnósticas de los pacientes que ingresan en centros sociosanitarios. Convalecencia y media estancia polivalente. Hombres. Cataluña 2004

65-74 anys	N	%	>74 años	N	%
Enfermedad cerebrovascular aguda	196	19,8	Enfermedad cerebrovascular aguda	381	15,2
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquioecstasia	74	7,5	Fractura del cuello del fémur (cadera)	278	11,1
Trastornos orgánicos y demencia senil o presenil	45	4,6	Trastornos orgánicos y demencia senil o presenil	192	7,7
Fractura del cuello del fémur (cadera)	45	4,6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquioecstasia	147	5,9
Osteoartritis	43	4,4	Insuficiencia cardiaca congestiva, no hipertensiva	91	3,6
Otras enfermedades del tejido conectivo	38	3,8	Neumonía (excluyendo por tuberculosis y MTS)	90	3,6
Fractura de extremidad inferior	22	2,2	Osteoartritis	81	3,2
Otros cuidados	21	2,1	Otras enfermedades del tejido conectivo	66	2,6
No asignable	21	2,1	Fractura de extremidad inferior	60	2,4
Esquizofrenia y trastornos relacionados	19	1,9	Otras fracturas	44	1,8
Total	988	100	Total	2.503	100

Tabla 30. Distribución de las categorías diagnósticas de los pacientes que ingresan en centros sociosanitarios. Convalecencia y media estancia polivalente. Mujeres. Cataluña 2004

65-74 años	N	%	>74 años	N	%
Osteoartritis	213	19,7	Fractura del cuello del fémur (cadera)	1.099	22,4
Enfermedad cerebrovascular aguda	141	13,0	Enfermedad cerebrovascular aguda	536	10,9
Fractura del cuello del fémur (cadera)	103	9,5	Trastornos orgánicos y demencia senil o presenil	333	6,8
Fractura de extremidad inferior	55	5,1	Osteoartritis	280	5,7
Trastornos orgánicos y demencia senil	41	3,8	Fractura de extremidad inferior o presenil	272	5,6
Otras fracturas	40	3,7	Insuficiencia cardiaca congestiva, no hipertensiva	235	4,8
Otras enfermedades del tejido conectivo	40	3,7	Otras fracturas	178	3,6
Complicaciones de dispositivo, implante o injerto	24	2,2	Otras enfermedades del tejido conectivo	145	3,0
Insuficiencia cardiaca congestiva, no hipertensiva	24	2,2	Neumonía (excluyendo por tuberculosis y MTS)	84	1,7
Otros cuidados	21	1,9	Otros trastornos no traumáticos de articulaciones	80	1,6
Total	1.082	100	Total	4.899	100

En lo que respecta a las categorías diagnósticas en centros sociosanitarios de cuidados paliativos destacan la neoplasia de pulmón en los hombres y la de mama y colon en las mujeres (tablas 31 y 32).

Tabla 31. Distribución de las categorías diagnósticas de los pacientes que ingresan en centros sociosanitarios. Cuidados paliativos. Cataluña 2004

Hombres

65-74 años	N	%	>74 años	N	%
Neoplasia maligna de bronquios y pulmón	164	27,7	Neoplasia maligna de bronquios y pulmón	179	18,6
Neoplasia maligna de próstata	45	7,6	Neoplasia maligna de próstata	90	9,3
Neoplasia maligna de colon	38	6,4	Neoplasia maligna de estómago	67	7,0
Neoplasia maligna de hígado y conductos biliares intrahepáticos	30	5,1	Neoplasia maligna de hígado y conductos biliares intrahepáticos	51	5,3
Neoplasia maligna de estómago	29	4,9	Neoplasia maligna de colon	49	5,1
Neoplasia maligna de vejiga	28	4,7	Neoplasia maligna de vejiga	46	4,8
Neoplasia maligna de cabeza y cuello	24	4,1	Neoplasia maligna de recto y ano	45	4,7
Neoplasia maligna de recto y ano	21	3,5	Neoplasias malignas secundarias	31	3,2
Neoplasia maligna de cerebro y sistema nervioso	19	3,2	Neoplasia maligna de cabeza y cuello	29	3,0
Neoplasias malignas secundarias	16	2,7	Neoplasia maligna de páncreas	29	3,0
Total	592	100	Total	963	100

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004

Mujeres

65-74 años	N	%	>74 años	N	%
Neoplasia maligna de mama	53	17	Neoplasia maligna de colon	76	8,7
Neoplasia maligna de colon	26	8	Neoplasia maligna de mama	66	7,5
Neoplasia maligna de estómago	24	8	Neoplasia maligna de páncreas	46	5,2
Neoplasia maligna de recto y ano	16	5	Enfermedad cerebrovascular aguda	42	4,8
Neoplasia maligna de bronquios y pulmón	15	5	Trastornos orgánicos y demencia senil o presenil	38	4,3
Neoplasia maligna de hígado y conductos biliares intrahepáticos	15	5	Neoplasia maligna de bronquios y pulmón	34	3,9
Neoplasia maligna de páncreas	15	5	Neoplasia maligna de recto y ano	33	3,8
Neoplasia maligna otros órganos gastrointestinales y peritoneo)	14	4	Neoplasia maligna de estómago	33	3,8
Neoplasia maligna de ovario	13	4	Neoplasia maligna de vejiga	27	3,1
Neoplasias malignas secundarias	11	3	Insuficiencia cardiaca congestiva, no hipertensiva	24	2,7
Neoplasia maligna de mama	53	17	Neoplasia maligna de colon	76	8,7
Total	317	100	Total	878	100

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-AH. Año 2004

En las tablas 32, 33 y 34 se describen las categorías diagnósticas más frecuentes atendidas en UFISS, PADES y hospitales de día que, si se analizan, se observan los mismos diagnósticos que en los otros dispositivos.

Tabla 32. Indicadores de los episodios atendidos en UFISS por categorías diagnósticas según la clasificación de las CCIPSH. Año 2004. Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-RSS. Año 2004

Categorías diagnósticas	Total de episodios			Episodios finalizados en año 2004			
	N	Mediana de edad (años)	Mujeres %	N	(%)	Estancia mediana (días)	Defunciones (%)
Fractura del cuello del fémur (cadera)	1.748	82,7	75,1	1.650	94,4	11,0	3,0
Enfermedad cerebrovascular aguda	1.479	76,4	49,4	1.440	97,4	16,3	7,8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquioecstasia	755	77,6	25,0	709	93,9	15,1	13,3
Trastornos orgánicos y demencia senil o presenil	656	78,0	61,6	636	97,0	92,6	7,7
Neoplasia maligna de bronquios y pulmón	610	69,3	10,2	594	97,4	46,7	31,5
Insuficiencia cardiaca congestiva, no hipertensiva	599	81,6	66,9	584	97,5	23,1	14,4
Otros diagnósticos	9.389	74,5	54,1	8.975	95,6	25,9	14,3
Diagnóstico principal desconocido o erróneo	171	78,7	66,1	168	98,2	26,1	14,3
Total	**15.407**	**76,9**	**53,8**	**14.756**	**95,8**	**27,2**	**12,8**

Tabla 33. Indicadores de los episodios atendidos por PADESS por categorías diagnósticas según la clasificación de las CCIPSH. Año 2004. Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-RSS. Año 2004

Categorías diagnósticas	Total de episodios			Episodios finalizados en año 2004			
	N	Mediana de edad (años)	Mujeres %	N	(%)	Estancia mediana (días)	Defunciones (%)
Trastornos orgánicos y demencia senil o presenil	1.574	83,7	68,0	1.136	72,2	77,4	18,1
Neoplasia maligna de bronquios y pulmón	911	70,4	14,3	664	72,9	53,6	52,1
No asignable	491	75,9	46,2	388	79,0	82,2	33,2
Neoplasia maligna de colon	490	73,6	45,5	349	71,2	68,7	45,3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquioecstasia	479	78,3	22,5	357	74,5	65,4	13,7
Neoplasia maligna de mama	413	71,0	97,1	299	72,4	63,6	44,5
Otros diagnósticos	7.433	75,4	48,7	5.550	74,7	61,6	29,6
Diagnóstico principal desconocido o erróneo	133	79,4	54,1	99	74,4	74,5	25,3
Total	**11.924**	**75,5**	**49,1**	**8.842**	**74,2**	**64,3**	**30,4**

Tabla 34. Indicadores de los episodios atendidos en hospital de día por categorías diagnósticas según la clasificación de las CCIPSH. Año 2004.

Categorías diagnósticas	Total de episodios			Episodios finalizados en año 2004			
	N	Mediana de edad (años)	Mujeres %	N	(%)	Estancia mediana (días)	Defunciones (%)
Trastornos orgánicos y demencia senil o presenil	1.167	78,3	65,5	718	61,5	243,9	1,7
Esclerosis múltiple	615	48,7	65,9	325	52,8	199,7	0,5
Enfermedad cerebrovascular aguda	457	70,6	42,2	302	66,1	183,8	2,2
Otros trastornos del sistema nervioso	152	74,0	49,3	105	69,1	161,1	0,7
Osteoartritis	132	77,4	88,6	95	72,0	141,2	0,8
Enfermedad de Parkinson	122	75,1	47,5	75	61,5	183,3	4,9
Otros diagnósticos	1.351	72,7	57,4	926	68,5	178,4	2,7
Diagnóstico principal desconocido o erróneo	253	76,5	60,9	123	48,6	177,1	1,6
Total	**4.249**	**71,6**	**59,8**	**2.669**	**62,8**	**191,3**	**1,9**

Fuente: Servicio Catalán de la Salud. CMBD-RSS. Año 2004

5.3. Servicios sociosanitarios

La red de servicios sociosanitarios de Cataluña está especialmente orientada a los colectivos objeto de este Plan director y dispone de un funcionamiento y normativa propios. A continuación se describe la cartera de servicios sociosanitarios. No obstante no se trata del conjunto de servicios donde interviene el Plan, porque éste se extiende a otros servicios de agudos y a la atención primaria tal como se describe en el apartado correspondiente que trata del alcance funcional del Plan director.

Antecedentes de la atención sociosanitaria en Cataluña

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social creó, el año 1986, el Programa Vida a los Años (PVAA) de atención a personas mayores enfermas y enfermos crónicos, mediante la Orden de 29 de mayo del año 1986. Con este hecho, el Gobierno de la Generalitat de Catalunya, a través del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, dió un paso importante con el fin de adaptar sus servicios a las necesidades asistenciales de una población con un fuerte índice de envejecimiento. Este hecho ha condicionado el desarrollo del sector sociosanitario en Cataluña y ha influido en gran manera el debate que, en los años posteriores, y todavía actualmente, se ha establecido en casi todas las comunidades autónomas del Estado español.

Este despliegue se basó no sólo en el hecho demográfico del envejecimiento, sino que incluyó la promoción de un modelo de atención propio. El modelo de atención sociosanitario defiende la concepción global de la persona y la necesidad de un enfoque integral, tanto en la valoración de las necesidades como en la implementación de los programas de intervención según el modelo de atención biopsicosocial. Además, la defensa de la multidisciplinariedad, imprescindible para una atención de estas características, fue fundamental. Este modelo era y es útil para la atención a las personas mayores enfermas, a los enfermos crónicos con dependencia y a las personas con una enfermedad en situación terminal que necesitan cuidados paliativos.

El año 1988 se creó el Departamento de Bienestar Social, por lo que el ámbito de actuación de Vida a los Años pasó a ser interdepartamental.

En aquellas primeras etapas, la tarea del PVAA se centró en la transformación y reordenación de los servicios que estaban destinados a atender a los enfermos crónicos, definiendo los servicios y dando contenido organizativo y contractual con el fin de ir desarrollando el modelo de organización, de atención y de financiación que hoy conocemos.

Fruto de este trabajo es el cuerpo normativo básico que ha regido hasta la actualidad los servicios sociosanitarios, entre los cuales destacan:

La Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, que prevé, en el artículo 8, que el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), de acuerdo con las funciones que le son propias, lleve a cabo actividades de atención sociosanitaria.

A la luz de esta normativa y de este impulso de modelo, se fueron añadiendo los diferentes servicios: inicialmente los de larga estancia y los hospitales de día, a continuación, ya en el año 1990, los equipos de apoyo PADES y UFISS y, finalmente, a partir del año 1992, las unidades de convalecencia y cuidados paliativos.

En agosto del año 1999 se publicó el decreto por el cual se crea la red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios que, conjuntamente con el decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el cual se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización, y el orden por el que se regulan los estándares de calidad que tienen que cumplir los centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública, constituye la normativa que regula la atención sociosanitaria.

El año 2000 se realizó el Plan de despliegue de recursos sociosanitarios para el periodo 2000-2005 que queda recogido en el documento «La atención sociosanitaria en Cataluña. Escenario evolutivo 2000-2005». En este documento, que fue aprobado por el comité técnico sociosanitario formado por el Servicio Catalán de la Salud y las patronales del sector y presentado a las asociaciones científicas, se definían claramente por primera vez las 4 grandes áreas de actividad de los servicios sociosanitarios:

- La atención geriátrica
- La atención a las personas con demencia
- La atención a personas con otras enfermedades neurodegenerativas
- La atención al enfermo terminal.

También en este documento se definían las áreas de influencia sociosanitaria, base para la propuesta de distribución territorial de los recursos que justificaba el título del documento, ya que figuraba la cuantificación necesaria para el desarrollo equitativo del sector. Este documento fue seguido de otros documentos para cada área de actividad específica (geriatría, demencias, enfermedades neurodegenerativas, enfermo terminal) que concretaban los indicadores básicos para cada recurso, así como los nuevos recursos que se pusieron en funcionamiento como consecuencia del mencionado documento, en el periodo 2000-2003. El conjunto de estos documentos está recogido en la publicación *La atención sociosanitaria en Cataluña. Vida a los Años 2003* y sus 4 separatas, una por cada una de las áreas.

En el 2001 se pusieron en funcionamiento las primeras unidades de media estancia para personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias orientadas especialmente a personas con trastornos de comportamiento, y en el 2002, las primeras unidades de evaluación integral ambulatoria de geriatría, de trastornos cognitivos y de cuidados paliativos, que tanto en los hospitales de agudos como en los centros sociosanitarios permitían impulsar la atención ambulatoria en las diferentes áreas de actividad que se habían definido.

Otros elementos primordiales en la historia de los servicios sociosanitarios en Cataluña han sido:

El programa de colaboración con la OMS para los cuidados paliativos: el año 1990 se firmó el programa de colaboración con la Organización Mundial de la Salud para el quinquenio 1990-1995, con la finalidad de desarrollar los cuidados paliativos en Cataluña, lo cual representó un fuerte impulso para este ámbito de atención. Los cuidados paliativos han sido un puntal de la atención sociosanitaria, tanto por los resultados obtenidos como por la solidez de su discurso metodológico y ético. Fruto de este empuje también se ha derivado la preparación, conjuntamente con la Sociedad Catalanobalear de cuidados paliativos, de dos documentos: «El trabajo social en cuidados paliativos» y «Los estándares de cuidados paliativos».

El Plan de Salud de Cataluña de 1996 dedicó uno de sus capítulos a “Dolor y Calidad de vida”. En este capítulo se definen los objetivos operacionales orientados a la mejora de la atención al dolor y de su impacto en la calidad de vida de las personas que lo sufren.

El año 1990 se redactó el primer Plan de demencias 1990-1995, que ayudó a desarrollar recursos específicos como las unidades de diagnóstico (UFISS de demencias) y, aunque sin normativa específica, las unidades de larga estancia psicogeriátrica y los hospitales de día psicogeriátricos.

Bajo este impulso también se constituyó el primer Consejo Asesor en Psicogeriatría, DOGC 2170, Orden 31.01.1996. El primer resultado de este trabajo fue la elaboración del Cuaderno núm. 10 del Plan de salud: "Los trastornos cognitivos y de la conducta en la atención sociosanitaria". También se creó el Consejo Asesor para el tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer, DOGC 2393, Orden de 5 de abril de 1997.
El segundo Consejo Asesor de Psicogeriatría se centró en la discusión de aspectos más concretos, como por ejemplo la estimulación cognitiva, los aspectos éticos, la genética o la atención en fases avanzadas.
En 1999 se empezó la recogida sistemática de información a partir del llamado CMBDSS. Inicialmente se hizo a partir de un programa informático especialmente diseñado, el programa SÍMIL. Más adelante se introdujo un sistema de registro online. El CMBDSS ha permitido obtener información longitudinal sobre los servicios sociosanitarios. Anualmente se da información comparada a los centros de sus datos con los de su Región y los del conjunto de Cataluña sobre las unidades de convalecencia, larga estancia y hospital de día.

El Plan de evaluación de la calidad: este es uno de los elementos importantes de la evolución de los servicios sociosanitarios en Cataluña. Los primeros indicadores se hicieron en 1993. Estos indicadores consensuados con el sector permitieron tener una primera valoración basada fundamentalmente en el análisis de estructura y de algunos procesos. El cumplimiento de estos indicadores fue bastante bajo, pero el conocimiento de los resultados estimuló una mejora cualitativa importante.
En 1996 se volvió a evaluar el conjunto de los centros con los mismos indicadores. La mejora fue muy importante, se pasó de un cumplimiento del 35% a un cumplimiento global del 80%.

El año 2003 se publicó el documento "Mejoramos la atención sanitaria a las personas mayores", que resume algunas recomendaciones generales y otras más específicas dirigidas al colectivo de las personas mayores en la atención primaria.

Tal como ya se ha expresado en la tabla 23, en el ámbito de atención sociosanitaria Cataluña dispone de tres niveles de intervención:

Servicios de hospitalización:
- Larga estancia
- Media estancia (convalecencia y paliativos)

Servicios de atención diurna ambulatoria
- Hospitales de día
- Equipos de evaluación integral ambulatòria

Equipos de valoración y apoyo:
- Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias (UFISS)
- Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Apoyo (PADES)

Se describen, a continuación, las principales características de estos servicios.

Servicios de hospitalización: larga estancia

Este dispositivo presta atención continuada a personas con enfermedades o procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia, que necesitan recursos técnicos o profesionales que no se pueden proporcionar a domicilio o en una residencia geriátrica a causa de su grado de complejidad clínica y/o asistencial.

Normalmente se ubica en centros sociosanitarios, pero pueden encontrarse también como unidades sociosanitarias de larga estancia en hospitales de agudos. En cualquier caso siguen la normativa y el modelo funcional sociosanitario.

El contingente más importante lo constituye la larga estancia geriátrica. En áreas de influencia de un cierto volumen de población podemos diferenciar unidades específicas, entre las cuales destacan:

1. **Larga estancia psicogeriátrica para personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias:** el perfil del enfermo en estas unidades es el de personas con trastornos cognitivos y de la conducta y, especialmente, con enfermedad de Alzheimer u otras demencias.
2. **Larga estancia psicogeriátrica para personas con enfermedad psiquiátrica crónica:** el perfil del enfermo es el de personas con enfermedad psiquiátrica crónica activa con requerimientos psiquiátricos continuados.
3. **Larga estancia para grandes discapacidades:** destinada a la atención continuada a personas con enfermedades o procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia, con diversos grados de complejidad clínica y que no pueden ser atendidas en su domicilio. El perfil del enfermo es el de personas con enfermedades neurodegenerativas y también de personas que sufren secuelas graves por procesos traumáticos u otras lesiones cerebrales.
4. **Larga estancia para personas con tuberculosis:** destinada a la atención continuada de personas con enfermedades o procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia, con diversos grados de complejidad clínica y que no pueden ser atendidas en su domicilio. El perfil es de personas con tuberculosis (TBC) y problemática social añadida.
5. **Larga estancia para personas con SIDA:** destinada a la atención continuada de personas con SIDA y diferentes niveles de dependencia, con diversos grados de complejidad clínica y que no pueden ser atendidas en su domicilio.

En los centros de larga estancia pueden existir servicios de ingreso temporal con el fin de dar respuesta a pacientes que, teniendo el perfil sociosanitario, requieren, durante un corto periodo, un ingreso a causa de necesidades familiares o del entorno, como por ejemplo enfermedad del cuidador principal, obras de acondicionamiento de la vivienda para la situación del enfermo, etc.

Servicios de hospitalización: media estancia

Dentro de los recursos de media estancia se pueden diferenciar las líneas siguientes:

1. **Convalecencia/subagudos:** destinada a personas que necesitan un tratamiento o supervisión clínica continuada y que, a causa de su complejidad, requieren alta intensidad de cuidados. Este tipo de unidades pueden estar en centros sociosanitarios o en unidades sociosanitarias de hospitales de agudos.
2. **Cuidados paliativos:** destinada a enfermos en situación avanzada o en proceso de muerte que necesitan control de síntomas o tratamientos continuados en régimen de hospitalización. La patología predominante es la oncológica. Este tipo de unidades pueden estar en centros sociosanitarios o en unidades sociosanitarias de hospitales de agudos.
3. **Media estancia polivalente:** destinada a la atención de la convalecencia y a cuidados paliativos en unidades que, por su dimensión y criterios de planificación, no pue-

4. **Media estancia para enfermedad de Alzheimer y otras demencias:** d
atención de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias
sitan un ingreso de corta duración con el fin de realizar una evaluación
tico, control o tratamiento de trastornos del comportamiento, una esta
valecencia para personas con demencia o una estancia motivada por u
de crisis familiar grave y urgente. Estos tipos de unidades pueden esta
sociosanitarios o en unidades sociosanitarias de hospitales de agudos.

Atención diurna ambulatoria: Hospital de día sociosanitario

Los servicios de atención de día sociosanitarios prestan asistencia, predor
te, a personas mayores enfermas, pero también a otros enfermos crónicos
ren medidas integrales de apoyo, rehabilitación, tratamiento, o diagnós
miento especializado en régimen diurno ambulatorio. Los objetivos de los
atención de día pueden ser la evaluación integral, la rehabilitación y/o la a
tinuada de mantenimiento. Según el volumen de población y las áreas
podemos diferenciar unidades específicas entre las cuales destacamos:

1. **Hospital de día terapéutico y rehabilitador:** especialmente orientado a
ción después de procesos agudos o en el curso evolutivo de enferme
cas cuando se pueden hacer intervenciones multidisciplinares con el
mejorar o retrasar la evolución del proceso y de la discapacidad, si exis
2. **Hospital de día para enfermos de Alzheimer y otras demencias:** dest
sonas con trastorno cognitivo y de la conducta, que requieren medidas
apoyo, rehabilitación, tratamiento, o valoración y seguimiento especializ
men diurno ambulatorio.
3. **Hospital de día paliativo:** destinado a personas con enfermedad t
requieren medidas integrales de apoyo, rehabilitación, tratamiento, o c
seguimiento especializado en régimen diurno ambulatorio.
4. **Hospital de día para personas con enfermedades neurodegenerat
cerebral:** destinado a personas con enfermedades neurológicas o da
que requieren medidas integrales de apoyo, rehabilitación, tratamiento,
co y seguimiento especializado en régimen diurno ambulatorio.

Unidad de diagnóstico y seguimiento. Equipos de Evaluación Integral
(EEIA)

Estas unidades desarrollan las actividades a partir de las que se llega a u
co clínico que valora las capacidades y necesidades de determinados
muy especialmente, de aquellos con presencia de síntomas complejos y c
trol con el fin de diseñar un Plan de intervención global.
Estas unidades pueden desarrollar dos tipos de actividades:

Los EEIA, según la población a quien va dirigida su actividad, se diferencian en:

1. **Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria en geriatría:** desarrollan actividad diagnóstica realizada por equipos multidisciplinares especializados en geriatría, con el fin de diseñar un Plan de intervención global. Su objetivo es la evaluación, el diagnóstico y el seguimiento de personas mayores frágiles o con enfermedades evolutivas o crónicas que puedan beneficiarse de una intervención multidisciplinar para optimizar su nivel de autonomía y de salud en general.
2. **Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria en trastornos cognitivos que incluye las Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias de demencias:** se trata de equipos especializados que atienden a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Su objetivo es el diagnóstico etiológico y sindrómico de las personas con demencia y el tratamiento y seguimiento especializado de aquellos pacientes que requieren una atención por parte de los expertos.
3. **Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria en cuidados paliativos:** desarrollan una actividad diagnóstica realizada por equipos multidisciplinares especializados en cuidados paliativos. Su objetivo es la evaluación, el diagnóstico y el seguimiento de pacientes, en la actualidad, mayoritariamente con diagnóstico de cáncer.

Equipos de valoración y apoyo

Equipo de apoyo en el domicilio: Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Apoyo (PADES)

Se trata de equipos especializados que dan apoyo a la atención primaria en el ámbito de la geriatría, de las demencias y otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad y de los cuidados paliativos, en aquellas situaciones en el domicilio, complejas, que se benefician de la interdisciplinariedad y de la especialización. Además de realizar atención directa, tienen un papel importante en la gestión de casos complejos, en la coordinación de recursos entre niveles asistenciales, y también en la docencia en la red de atención primaria.

Hay algunos equipos PADES con características de atención específicas, como el PADES especializado en neurorrehabilitación, para enfermos neurológicos con dependencia, lesiones medulares o daño cerebral; el PADES, para pacientes con SIDA y los Equipos de Terapia de Observación Directa Ambulatoria (ETODA), para personas con tuberculosis.

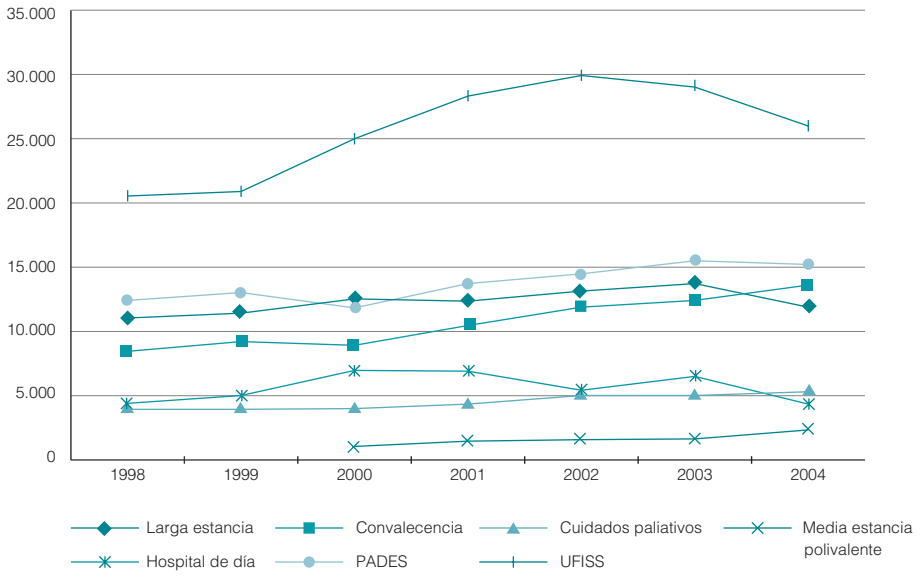
Equipo de apoyo al hospital: Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias (UFISS)

Son equipos interdisciplinarios especializados que dan apoyo a los diferentes servicios del hospital de agudos en la valoración y control de aquellos grupos de pacientes diana, que mayoritariamente son la población geriátrica y las personas con enfermedad terminal. Además de realizar atención directa, tienen un papel importante en la coordinación de recursos entre niveles asistenciales, así como de docencia a los demás profesionales del hospital. En función de su actividad principal, los equipos se orientan a la atención:

1. **Geriátrica:** destinados a la atención a las personas mayores, especialmente a las que presentan pluripatología y síndromes geriátricos, así como a las que necesitan coordinación de recursos al producirse el alta hospitalaria.
2. **Cuidados paliativos:** destinados a la atención a personas en situación avanzada o terminal, especialmente a personas con cáncer.
3. **Mixtas:** estas unidades se encuentran en hospitales de menor complejidad y combinan la atención a enfermos geriátricos y terminales.
4. **Respiratorio:** Destinadas a personas con patología respiratoria crónica y particular-

mente a aquellas que necesitan ventilación mecánica.
La evolución creciente del número de recursos destinados a la atención sociosanitaria ha sido una constante en la red. A continuación, el gráfico 10 expone la evolución de actividad del año 1998 hasta el 2003.

Gráfico 10. Evolución de la actividad en atención sociosanitaria. Número de pacientes atendidos en atención sociosanitaria: 1998-2004



Fuente: Memorias de CatSalut 1998-2004 Servicio Catalán de la Salud 1998 a 2004

En las tablas 35 y 36 se puede ver la distribución de recursos sociosanitarios en el 2005 según la distribución territorial por regiones, diferenciando recursos con ingreso o sin él.

Tabla 35: Número de recursos con ingreso. Año 2005

REGIÓN	LE	CV	CP	MEP	CAMAS TOTALES
PIRINEOS	72			38	110
LLEIDA	286	58	26		370
TARRAGONA	405	133	25	27	590
TERRES EBRE	177	76	10	25	288
GIRONA	554	52	30	100	736
CENTRAL	529	163	44	33	769
BARCELONA	3.698	1.259	240	147	5.344
TOTAL	**5.721**	**1.741**	**375**	**370**	**8.207**

LE: larga estancia. CV: convalecencia. CP: cuidados paliativos. MEP: media estancia polivalente.

Tabla 36. Número de recursos con ingreso. Año 2005

REGIÓN	PlaZes HDía	UFISS U. Ger.	U. Pal.	U. mixtas	EAIA TC	EAIA CP	EAIA G	EAIA Pol	PADES
PIRINEOS	30						2		3
LLEIDA	64	1	1		1	1	1		5
TARRAGONA	168	2	2	2	3	1	3		6
TERRES EBRE	44			1		1	1		3
GIRONA	214	2	1	1	2			3	7
CENTRAL	163	2	1	2	3	2	3	1	7
BARCELONA	1.050	20	17	3	17	6	9		47
TOTAL	**1.733**	**27**	**22**	**9**	**26**	**11**	**19**	**4**	**78**

H.Día: hospital de día, UFISS: Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria, G: de geriatría, CP: de paliativos, Pol: polivalente; PADES: Programa Atención Domiciliaria Equipos de Apoyo, EEIA: Actividad evaluación Integral ambulatoria, TC: trastornos cognitivos.

Aunque la situación de Cataluña en cuanto a la cantidad de recursos es la más alta de todo el Estado español, presenta carencias de acuerdo con los estándares señalados por el Programa Vida a los Años (tabla 37).
Estos indicadores básicos de dotación de recursos se definieron según criterios internacionales o de las sociedades científicas o, en algún caso, se han extraído de la propia experiencia de la División de Atención Sociosanitaria. Estos criterios continúan siendo válidos y se observa en general, y de forma empírica, que en los territorios donde estos criterios se cumplen no hay grandes listas de espera, ni problemas de demandas no atendidas.

Taula 37. Indicadores estándar de cobertura poblacional de recursos sociosanitarios por servicio

	Larga estancia	Media estancia CV + CP	Media estancia Convalecencia	Cuidados paliativos	Hospital de día*	PADES
Camas o plazas / 1.000 h > 64 años	5	2	1,8		1,5	
Equipos / 100.000 habitantes						1
Camas / 1.000 habitantes				0,08-0,10		

Fuente: Modificado de la atención sociosanitaria en Cataluña. Vida a los años 2003. Generalitat de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social
* Habrá un hospital de día por cada población de más de 15.000 habitantes.

A efectos de planificación y con el fin de valorar los recursos sociosanitarios necesarios, hay que adaptar las áreas de influencia sociosanitaria a los actuales gobiernos territoriales de salud (GTS).
A pesar de los criterios establecidos, según la población del área de influencia la cartera de servicios se tendrá que adaptar con el fin de conseguir un sistema sostenible y al mismo tiempo facilitar la proximidad al ciudadano. El criterio general utilizado es tener servicios más polivalentes en áreas con poca población, y más específicos en áreas de más población. Así, en aquellas áreas muy densamente pobladas, de más de 100.000 habitantes, se pueden incorporar en la planificación todas las subunidades que se han descrito anteriormente, mientras que en áreas muy poco pobladas todas las unidades tienen que ser polivalentes (larga estancia, media estancia, hospital de día, consulta de evaluación y seguimiento sociosanitario).

En relación a las UFISS se considera que es necesario que haya UFISS de geriatría y de paliativos en todos los hospitales de tercer nivel y de referencia. En los hospitales generales básicos puede haber UFISS mixtas o diferenciadas en geriatría y paliativos, en función de la dimensión del centro. En el futuro, también se tendrá que considerar la conveniencia de que haya EEIA para atender a personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.

En relación a los PADES, se considera que hay que tener un equipo por cada 100.000 habitantes.
Asimismo, como criterio general, se recomienda que haya equipos de Evaluación Integral Ambulatoria en las tres líneas (geriatría, cuidados paliativos y trastornos cognitivos) en áreas de influencia de más de 100.000 habitantes. En áreas de menor volumen de población se pueden considerar alternativas polivalentes, como las consultas de evaluación y seguimiento.

Los 78 PADES extendidos por todo el territorio mantienen su actividad en torno a los enfermos en situación de enfermedad avanzada y de final de la vida. En la actualidad atienden mayoritariamente a pacientes oncológicos, aproximadamente el 87% de la actividad, pero también atienden a personas mayores enfermas y enfermos crónicos.

El análisis de la calidad de los servicios sociosanitarios
Uno de los objetivos del Plan director sociosanitario es la mejora de la calidad de los servicios de atención al ciudadano. Como ya se ha comentado anteriormente, la División Sociosanitaria inició el año 2003 una revisión de los indicadores de calidad elaborados en 1996 por los centros sociosanitarios, y con el fin de continuar favoreciendo este propósito se promueve el Proyecto de Evaluación Externa de Calidad de los servicios sociosanitarios en Cataluña 2005-2006, con el objetivo de servir de impulso para la mejora en todos los centros de la red y al mismo tiempo ayudar a garantizar un buen nivel de calidad.

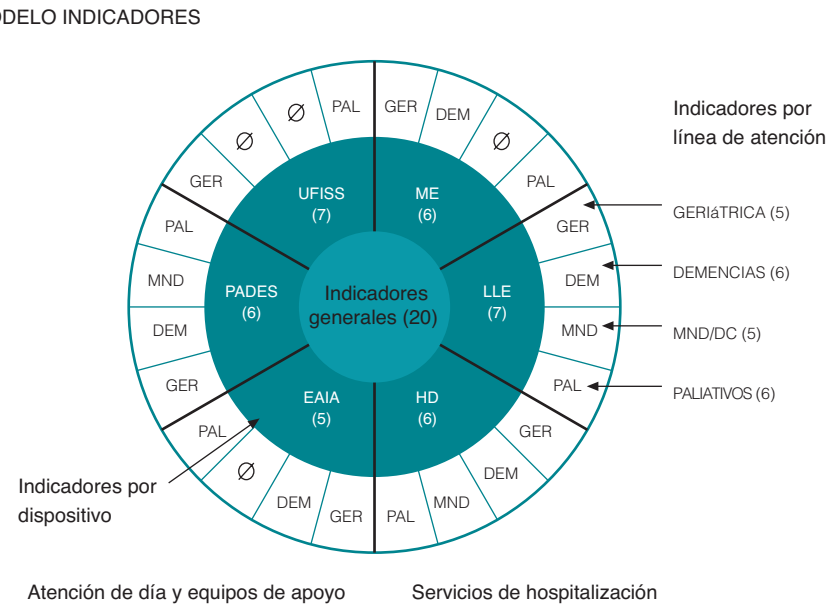
Este proyecto se fundamenta, en una primera fase, en el diseño y la revisión del cuadro de indicadores de calidad básicos y en una propuesta de indicadores específicos por tipo de dispositivo y por línea de atención, y ha sido realizado por un grupo de expertos integrado por técnicos y por representantes de las diferentes organizaciones del sector y de los centros, con el apoyo metodológico y técnico de la Fundación Avedis Donabedian.

En España, la experiencia con valoración de indicadores de calidad a nivel del sector sociosanitario arranca el año 1992-1993, con el programa Vida a los Años de la Generalitat de Catalunya. Esta fue la primera experiencia, pionera en este sentido, y permitió identificar una mejora del 66,8% en relación a la valoración inicial, hecho que demostró la utilidad de la aplicación de este sistema de calidad.
A partir de esta primera experiencia, se produce progresivamente la incorporación de otros sectores en la valoración de indicadores de calidad mediante un sistema de elaboración consensuada con el sector. Esta metodología posteriormente se ha ido desarrollando en diferentes sectores de la salud mental, drogodependencias y otros ámbitos sociosanitarios y de servicios sociales.
La actual evaluación, fue diseñada mediante el trabajo emprendido por un grupo que, después de revisar los indicadores anteriores y su grado de consecución, identificó las áreas prioritarias de evaluación comunes a todos los servicios y dispositivos sociosanitarios. Con posterioridad se establecieron y consensuaron los criterios de evaluación

que se utilizarán en cada dispositivo sociosanitario y línea asistencial. Asimismo se consensuaron los estándares de cumplimiento recomendables de los nuevos criterios.

Para identificar los indicadores consensuados y que se evalúan para cada tipo de dispositivo, a continuación se presentan de manera esquemática los indicadores a evaluar:

Gráfico 11. Esquema de la propuesta final de indicadores sociosanitarios



Fuente: Servicios sociosanitarios: Indicadores para medir los criterios de calidad en la atención al paciente y familia. Plan director sociosanitario. Departamento de Salud

Como se puede apreciar, en cada dispositivo se evalúan los indicadores generales (20), los indicadores específicos por tipo de dispositivo (5-7) y los indicadores específicos por línea de atención (5-6), es decir, una media de 31-33 indicadores por dispositivo. El número total de indicadores que han sido diseñados es de 76.

Hay que tener en cuenta que los indicadores son instrumentos de medida que permiten expresar cuantitativamente aspectos de la asistencia, de la organización o de la gestión y que, al mismo tiempo, sirven de guía para evaluar la calidad o la adecuación de las actividades llevadas a cabo.
Cuando estos indicadores se miden de manera periódica y sistemática, dan información del proceso y sus tendencias. Eso permite identificar problemas u oportunidades de mejora e introducir las modificaciones necesarias en el proceso, con el fin de conseguir una mejora continua de la calidad del trabajo asistencial.

Para cada indicador se ha desarrollado la siguiente metodología:

Nombre del indicador:	Nombre y enunciado del aspecto que se quiere medir.
Dimensión:	Característica o atributo de la asistencia que se valora.
Área relevante:	Aspecto específico que se valora.
Justificación:	Explicación de los propósitos y razón de ser del indicador. Utilidad del indicador como medida de la calidad. ¿Se relaciona con la validez, es decir, lo que queremos medir tiene sentido?
Fórmula:	Sistema de medida del indicador. Expresión matemática que reflejará el resultado de la medida. Habitualmente se expresa en forma de porcentaje, pero también puede hacerse como una media o número absoluto.
Explicación de términos:	Explicitación de los conceptos y elementos de medida incluidos en el numerador y denominador del indicador. Definición de los términos del indicador que puedan ser ambiguos.
Población:	Definición clara de la unidad de estudio, con especificación de los criterios de inclusión y/o exclusión. Explicitación de la población referida en cada caso. Con respecto a los indicadores de tasa, la población del numerador (aquella que cumple las condiciones del indicador) siempre es una parte de la población total del denominador. Por lo tanto, el denominador incluye el número total de casos revisados. Se pueden revisar la totalidad de los casos que cumplen los criterios de inclusión de los diferentes indicadores o una muestra. En este caso, habrá que hacer una selección de casos que sean representativos del conjunto de la población utilizando las técnicas de muestreo.
Tipo:	Estructura, proceso o resultado. Estructura. Elementos necesarios para la atención, tanto con respecto a recursos humanos como a tecnologías o protocolos. Proceso. Manera en que se desarrolla la atención. Resultado. Consecuencias de la atención.
Fuentes de datos:	Explicación del origen de la información para verificar el grado de cumplimiento del indicador. Secuencia de obtención de datos.
Estándar:	Nivel deseable de cumplimiento del criterio. Comentarios: Descripción de aclaraciones si proceden. Reflexión sobre la validez del indicador. Identificar posibles factores de confusión. Incluye aspectos que pueden ayudar a una mejor clarificación del indicador.

A continuación se presentan las dimensiones objeto de evaluación de los indicadores generales, aplicables a todos los dispositivos

Dimensión	ÁREA RELEVANTE	IND. NÚM	CRITERIO ESPECÍFICO	ESTÁNDAR
Dimensión 1. Atención a los pacientes y familia	Control de síntomas	1	Los pacientes atendidos tienen una valoración del dolor, para poder instaurar medidas oportunas y adecuadas para su abordaje y valorar la efectividad.	80%
	Seguridad de los pacientes	2	Los pacientes atendidos tienen una valoración de los principales riesgos del ingreso o inicio de la atención y de manera periódica para identificar la necesidad de establecer medidas preventivas y de control de los factores relacionados.	90%
	Seguridad de los pacientes	3	Los pacientes atendidos tienen una valoración de los principales riesgos de acontecimientos centinela en el ingreso o inicio de la atención y de manera periódica para identificar la necesidad de establecer medidas preventivas.	90%
	Seguridad de los pacientes	4	Los servicios o unidades donde son atendidos los pacientes tienen en marcha un programa de prevención de caídas.	100%
	Seguridad de los pacientes	5	Los profesionales aplican medidas para la prevención del delirium o síndrome confusional agudo en los pacientes que son atendidos.	80%
	Seguridad de los pacientes	6	El centro tiene un sistema de detección, monitorización y mejora de los procesos básicos relacionados con la seguridad de la medicación.	100%
	Nutrición	7	Los pacientes con riesgo nutricional tienen una atención específica para cubrir sus necesidades.	80%
	Educación al paciente y a la familia	8	Los pacientes y sus familias tienen elaborado un Plan educativo en función de la valoración de sus necesidades educativas para favorecer la adaptación a los nuevos condicionantes de salud y nuevas situaciones a las cuales se tienen que adaptar.	80%
Dimensión 2. Aspectos relacionales y derechos de la persona	Aspectos éticos	9	El centro desarrolla instrumentos que ayudan a garantizar la forma de abordar los temas éticos en la práctica diaria de la organización.	90%
	Aspectos éticos	10	El centro vela para que los pacientes dispongan de la información para la toma de decisiones cuando se tiene que realizar un proceso que puede implicar un riesgo para el paciente.	80%
	Comunicación del paciente	11	El centro dispone de sistemas que favorecen la comunicación en personas con dificultad para expresarse.	90%
	Comunicación del paciente	12	Se realiza una valoración de las necesidades de los pacientes con alteración sensorial por pérdida de visión y/o audición, y se especifica el tipo de apoyo o ayuda que necesitan para mejorar la interacción con el entorno.	70%
	Satisfacción de los usuarios	13	Los pacientes atendidos en dispositivos sociosanitarios tienen una valoración periódica de su calidad de vida percibida en relación con la salud.	100%
	Calidad de vida percibida	14	Los pacientes atendidos en dispositivos sociosanitarios tienen una valoración periódica de su calidad de vida percibida en relación con la salud.	70%
	Relación con la familia	15	El centro promueve la vinculación de la familia al proceso de atención a los pacientes.	90%
Dimensión 3. Organización y gestión del centro	Gestión del conocimiento	16	Los miembros del equipo asistencial realizan regularmente actividades de formación continuada, docencia e investigación para el mantenimiento y mejora de sus competencias.	66%
	Gestión de la calidad	17	El centro dispone de un cuadro de mandos de indicadores de calidad y de gestión del riesgo relacionado con la atención del paciente con la finalidad de contribuir a la mejora de la atención.	80%

Dimensión 4. Coordinación de la atención	ÁREA RELEVANTE	IND. NÚM	CRITERIO ESPECÍFICO	ESTÁNDAR
	Continuidad de la atención	18	Los pacientes, cuando reciben el alta, reciben un informe de alta que integra las diferentes áreas que han intervenido en el proceso de atención.	90%
	Continuidad de la atención	19	El centro facilita la información necesaria para asegurar la continuidad de la asistencia cuando un paciente es derivado o trasladado a un servicio de urgencias o a otros servicios o unidades.	90%
	Continuidad de la atención	20	La unidad tiene definida el sistema de coordinación y de mejora de la continuidad de la atención, tanto a nivel interno como a nivel externo de la unidad.	90%

El trabajo de este grupo ha dado lugar a la publicación “Servicios Sociosanitarios: Indicadores para medir los criterios de calidad en la atención al paciente y familia”.

5.4. Análisis económico. Estimación del gasto

El Plan director sociosanitario, como ya se ha comentado en apartados anteriores, está orientado a mejorar la salud de las personas incluidas en sus cuatro líneas de atención, tanto en los ámbitos de la atención primaria, como del hospital de agudos o de los diferentes dispositivos sociosanitarios. No obstante, cuando nos referimos a los costes de este grupo poblacional y de los servicios que utiliza, se presentan los datos desagregados, sólo de lo que significa el ámbito sociosanitario, aunque es bien conocido que las personas mayores son las que más frecuentan todos los nivel asistenciales.

Diferentes expertos ponen de manifiesto la necesidad de realizar estudios económicos que permitan, una vez identificada la población, calcular las medias de los costes directos e indirectos que cada tipo de enfermedad puede implicar.

En nuestro entorno existen algunas aproximaciones a este análisis, como diferentes estudios europeos y españoles, por ejemplo el informe "Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas", de la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas (FEEN), aunque se trata de una aproximación limitada únicamente a un reducido grupo de enfermedades. No obstante, este trabajo, en sus conclusiones, recomienda la elaboración de estudios más exhaustivos.

Otros datos de los que disponemos son los aportados por el estudio “Factores de crecimiento y proyecciones del gasto sanitario público por Comunidades Autónomas. Registro histórico 1991-2003 y proyecciones 2004-2007” realizado en el Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra. Este trabajo, financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, aporta datos, como los que se presentan en la tabla 38, que nos pueden dar una idea del coste sanitario respecto de la población que abarca este Plan director.

Tabla 38. Estimación del gasto sanitario público anual por sexo y tramos de edad en España. 2003

Edades	Hombres	Mujeres	Total
0 a 4	1.030,39	985,48	1.008,56
5 a 9	483,7	460,57	472,44
10 a 14	389,85	379,26	384,7
15 a 19	374,46	398,36	386,11
20 a 24	420,37	520,86	469,44
25 a 29	326,29	550,27	435,43
30 a 34	380,02	664,55	519,27
35 a 39	475,28	613,54	543,73
40 a 44	468,42	644,38	556,3
45 a 49	581,33	744,42	663,24
50 a 54	727,46	1.003,29	866,82
54 a 59	1.116,65	1.190,18	1.154,23
60 a 64	1.409,81	1.433,13	1.421,92
65 a 69	1.813,13	1.701,87	1.753,74
70 a 74	2.057,53	2.009,87	2.031,24
75 a 79	2.311,15	2.119,22	2.199,45
80 a 84	2.519,85	2.148,21	2.287,06
85+	2.610,18	2.408,9	2.470,08

Fuente: Puig J, Planas I, Tur A. Factores de crecimiento y proyecciones del gasto sanitario público por CCAA. Registro histórico 1991-2003 y proyecciones 2004-2007. Centro de Investigación en Economía y Salud. Universitat Pompeu Fabra

Esta tabla que nos permite comparar los costes estimados según grupos de edad, pone de manifiesto con mucha claridad lo que se ha comentado reiteradamente en este documento, el hecho de que el coste sanitario se incrementa progresivamente a medida que aumenta la edad de las personas. Asimismo se observa cómo, desde los 15 años a los 64, el gasto es más elevado en el grupo de mujeres, si bien esta diferencia disminuye a medida que la edad se incrementa, hasta el punto de que a partir de los 65 años es superior en el grupo de hombres. Esta tendencia persiste hasta el final de la vida.

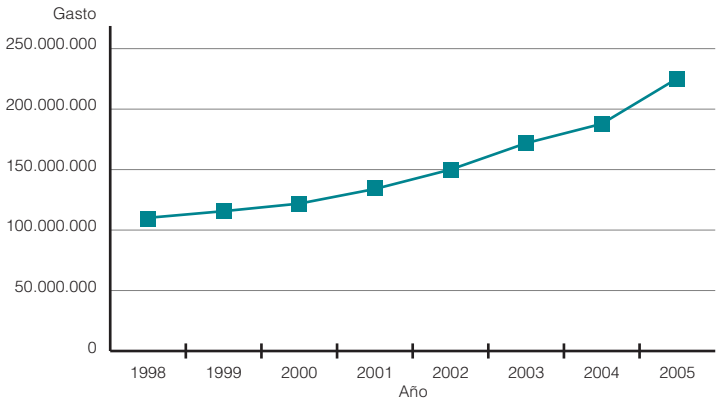
En Cataluña, que tiene una población envejecida, la evolución del gasto real de la atención sociosanitaria ha pasado de 104.528.969 euros el año 1998 a 222.746.590 euros el año 2005 (gráfico 12) con un incremento anual sostenido, tal como puede observarse en la tabla 39, y en el año 2006 ha significado el 3,1% del presupuesto de CatSalut.

Tabla 39. Incremento del gasto sociosanitario 1998-2005

Año	Gasto en €	Porcentaje de incremento
1998	104.528.969	-
1999	110.479.049	5,69%
2000	119.772.523	8,41%
2001	136.553.989	14,01%
2002	148.270.239	8,58%
2003	171.745.734	15,83%
2004	193.114.227	12,44%
2005	222.746.590	15,34%

Fuente: División de Recursos Económicos. Área de Recursos. CatSalut 2005

Gráfico 12. Evolución del gasto real en la atención sociosanitaria: 1998-2005



Fuente: Divisió de Recursos Económicos. Área de Recursos. CatSalut 2005

5.5. Análisis cualitativo.

Los diferentes grupos de trabajo que han participado en la elaboración de este Plan han realizado un análisis cualitativo de cada una de las líneas de atención mediante la metodología DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades). En este apartado se expone un resumen de los aspectos más relevantes de este análisis.

Durante el proceso de trabajo de los diferentes grupos, se han producido modificaciones en la denominación de dos de las líneas de atención y así, la anteriormente denominada línea de la atención a las personas con otras enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral se llama ahora atención a las personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.

Asimismo, la línea de atención a las personas con necesidades de cuidados paliativos se llama atención a las personas en el final de la vida, entendida como una concepción global de la persona que incluye aspectos somáticos, psicológicos, sociales, éticos, económicos, culturales y espirituales.

5.5.1. Línea Atención geriátrica

El análisis DAFO realizado por el grupo de la atención geriátrica muestra un escenario con aspectos negativos (debilidades y amenazas) y positivos (fortalezas y oportunidades) destacados en el modelo organizativo, en la cartera de servicios, en aspectos vinculados a los profesionales y en la financiación de servicios específicos.

En el modelo organizativo destacan negativamente la falta de integración y/o de circuitos funcionales de coordinación entre niveles y ámbitos asistenciales, sin protocolos unificados; el poco desarrollo de los cuidados paliativos en la población geriátrica con enfermedades terminales no neoplásicas y los sistemas de información, complejos y poco útiles. Todo, en un marco todavía incierto, ante proyectos de gobierno vinculados a la dependencia y a las necesidades más sociales de la gente mayor.

No obstante, la atención a la gente mayor disfruta de ciertos aspectos que tienen que servir de referencia positiva en la potenciación de mejoras en el modelo organizativo: la existencia de un modelo de atención en la red sociosanitaria bien definido que incluye la interdisciplinariedad y valoración integral de necesidades, el hecho de que algunos proveedores de la red favorecen la asistencia integral a través de la gestión global de la atención sanitaria (agudos, primaria y sociosanitaria) para un territorio definido, el desarrollo de un modelo de atención primaria que promueve el continuum asistencial y la proximidad a las personas mayores así como la perspectiva de una nueva ley sobre la dependencia que permitirá definir claramente los servicios sanitarios y socia-

les al mismo tiempo que se hace patente una permeabilización del sistema sanitario y social, el hecho de que se extiendan algunas medidas de coordinación eficaces entre niveles sanitarios y con los servicios sociales así como la oportunidad de consolidar el crecimiento transversal (hacia la atención de agudos, hacia la atención primaria) y el papel identificador de grupos de riesgo (gente mayor frágil) de la atención primaria.
La cartera de servicios actual sufre todavía carencias en la cobertura sociosanitaria por tipologías de recursos y por territorio, y se evidencia la insuficiente presencia de la geriatría en la atención primaria y en los hospitales de agudos. Sin embargo, se vive como amenazadora la divergencia entre los criterios de gestión de los hospitales de agudos (estancias cortas...) y de los centros sociosanitarios, con perfil muy definido por el ingreso, así como la heterogeneidad de la atención primaria con respecto a los servicios sociosanitarios, especialmente con respecto a los equipos PADES. Además, se valora como una amenaza la posible sustitución de los recursos sanitarios por recursos sociales sin un estudio previo del impacto clínico.
Ahora bien, en contraprestación, se observa en los últimos años la creación y homologación de la red de proveedores sociosanitarios públicos que ofrecen todo un abanico de servicios de internamiento, ambulatorios y domiciliarios diversificados y definidos y el crecimiento importante en los últimos 10 años de estos servicios, que son de acceso universal y el desarrollo de la atención primaria que actúa como puerta de entrada del sistema. La actual planificación de recursos en el territorio en base poblacional cuenta con la oportunidad de ampliar la cartera de servicios y adecuar los servicios y los recursos sanitarios a las necesidades de la gente mayor, integrando incluso al usuario en la planificación y evaluación del servicio. La mejora en la conceptualización y distribución de los servicios de subagudos tiene que contribuir a su extensión. La creación de la Agencia de la Dependencia con un sistema de financiación más ágil y personalizado puede dinamizar el sector, en el sentido de generar una oferta de mayor calidad y más adecuada a las necesidades de servicios para población anciana frágil.
Los aspectos analizados vinculados a los profesionales hacen especial mención a la formación, la motivación, el reconocimiento y el prestigio en un marco de falta de cultura de cooperación y unificación de criterios entre los diferentes niveles, y de un futuro incierto para las perspectivas profesionales.
No obstante, la buena formación en geriatría de los profesionales de la red sociosanitaria, la homologación de unidades docentes en Cataluña para la formación de especialistas en geriatría y la alta implicación de los profesionales en el modelo tienen que tenerse en cuenta como fortalezas; así como también el hecho de disponer de profesionales formados y expertos en diferentes líneas de la atención geriátrica y sociosanitaria, incluyendo geriatría, trastornos cognitivos y cuidados paliativos. El papel de la enfermería se valora como clave en la gestión de casos complejos.
La financiación actual de los recursos sociosanitarios se concluye insuficiente e inadecuada, aspecto que puede influir en el hecho de no alcanzar la calidad deseada ni las expectativas de los usuarios, cada veces más altas. Hay que esperar, en el nuevo modelo de financiación per cápita, un incremento del nivel de financiación para hacer frente, con garantías, al incremento de complejidad de los usuarios.

5.5.2. Línea de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias

El análisis cualitativo DAFO en lo referente a la atención a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias se centra también en aspectos del modelo organizativo, de la cartera de servicios, de los profesionales y de la financiación.
Del modelo organizativo destaca negativamente la falta de integración o coordinación entre servicios sanitarios y sociales, el exceso de burocratización y la fragmentación de un sistema sin buena conexión entre recursos y/o profesionales. Se vive como una

amenaza la divergencia en las percepciones sobre las competencias de cada nivel asistencial, la baja coordinación con las asociaciones de familiares y la sensación de colapso a medio plazo en los recursos específicos a causa del progresivo envejecimiento de la población.

Ahora bien, se valora positivamente el hecho de que es un modelo de atención bien definido en la red sociosanitaria, que disfruta de un conjunto de proveedores en cada territorio que, en algunos casos, pueden favorecer la integración asistencial. Además, se acompaña de un modelo de atención primaria que es la puerta de entrada del sistema y que facilita el continuum asistencial y la proximidad a las personas mayores.

Otro aspecto muy positivo es el hecho de que se trata de un modelo de acceso universal. Hay oportunidades en el modelo a través de la posibilidad de establecer acuerdos de coordinación entre niveles de atención y beneficios de las alianzas estratégicas entre proveedores; al incluir las actuaciones para cuidar al cuidador y en las políticas de promoción de la atención domiciliaria frente a la convencional atención institucional

Las debilidades de la cartera de servicios se centran en la insuficiencia de recursos, lo cual no permite adaptar algunos de estos recursos a las nuevas necesidades y provoca un uso inadecuado. Faltan ayudas económicas familiares, ayudas domiciliarías, para el transporte, servicios locales de voluntariado, bolsas de intercambio: ofertas /demandas y la supresión de barreras arquitectónicas. Así, la principal amenaza se encuentra en las dificultades para obtener respuestas a las demandas de recursos sociales.

Por otra parte, desde la red sociosanitaria, sanitaria y social y tanto en el ámbito de la atención primaria como a domicilio, se ha definido un abanico de recursos amplios y útiles que funcionan, aunque son insuficientes. Se valora positivamente la existencia de equipos específicos de diagnóstico y seguimiento (EEIA) y los recursos de internamiento de larga y media estancia, así como el hecho de que la planificación de recursos en el territorio se realice en base poblacional.

Se cree que en un futuro se tenderá al establecimiento de criterios estandarizados en las unidades de diagnóstico, según los perfiles de los enfermos, y a la homogeneización de las actividades entre los diferentes centros.

Con respecto a los profesionales, la ausencia de criterios para el tratamiento del deterioro cognitivo leve y una cartera de profesionales limitada provoca una atención desigual a las demencias. Faltan métodos para diagnosticar la fase terminal de la demencia, para lo cual se tendría que fomentar la investigación y la formación en este aspecto, así como la sensibilidad para el diagnóstico global, formación y metodología desde la bioética para la toma de decisiones. Hay que mejorar la valoración global del enfermo con demencia y organizar debates sobre la identificación de los enfermos a nivel de atención primaria.

La competencia entre las diferentes disciplinas y/o especialidades en relación con la forma de abordar las demencias es una fuerte amenaza para el buen desarrollo de un modelo de coordinación. El elevado conocimiento experto en el diagnóstico y manejo de la demencia, el modelo de abordar integral y multidisciplinariamente al paciente, la formación continuada y la utilización de escalas diagnósticas estandarizadas son puntos fuertes destacados relacionados con los profesionales que al mismo tiempo ven la oportunidad de un estímulo y reconocimiento en la investigación y en la protocolización conjunta para la aproximación entre disciplinas y profesionales.

La falta de salarios no homologados con otros servicios sanitarios, las plantillas poco adecuadas a las necesidades y la falta de reconocimiento de la complejidad son aspectos que hay que tratar en el debate del sistema de financiación con la oportunidad de establecer un pago equitativo en función de la adecuación de la actividad y de la complejidad atendida.

Otros aspectos destacados en el análisis han sido el papel de los cuidadores, las ame-

nazas del entorno cultural cambiante y de sus efectos sobre los cuidadores, los cambios en la escala de valores de las familias y el envejecimiento de los cuidadores familiares. Estos problemas pueden encontrar su compensación en la mayor sensibilidad de la población sobre esta problemática y las acciones políticas de apoyo al cuidador.

5.5.3. Línea de atención a las personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad

El análisis DAFO, con respecto a las enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad, ha sido extenso, especialmente a la hora de aflorar deficiencias en la atención a estas patologías. Hay que tener en cuenta su carácter emergente, tanto las de origen traumático, a causa del incremento de accidentes de tráfico y de trabajo, como por el resto de enfermedades incluidas en este grupo, en las que avances en el diagnóstico y tratamiento en algunas ocasiones disminuyen las secuelas, y en otros, influyen en la moderación de su evolución clínica.

La primera dificultad se encuentra a la hora de definir e identificar a la población destinataria de un modelo de atención adaptado a enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad. Precisamente entre las debilidades se hace especial y amplia referencia a las carencias del modelo asistencial sanitario, social y sociosanitario actual para estos problemas.

Los pacientes y las familias se manifiestan desatendidos, en gran parte por la falta de protocolización del proceso, por parte de la atención primaria, porque se trata de enfermedades de difícil diagnóstico precoz y para las cuales, en algunas ocasiones, no se han desarrollado medidas específicas para detectarlas y abordarlas precozmente. También por parte de los hospitales de agudos, a causa de la falta de identificación de centros de referencia tanto con respecto al territorio como con respecto a algunas patologías. Con frecuencia se realiza el diagnóstico y el seguimiento estricto de la evolución de la patología sin considerar la globalidad del paciente y sus necesidades. Asimismo, se detectan carencias por parte de los recursos sociosanitarios, ya que los tradicionales tienen limitaciones en la accesibilidad, valoración y atención de estos enfermos.

En la fase de seguimiento de estas enfermedades no hay bastantes recursos ni de atención neuropsicológica ni de rehabilitación de mantenimiento. Por otra parte, se identifica la necesidad de una red domiciliaria que haga posible que estos pacientes puedan permanecer en su domicilio, de apoyo sanitario en los ámbitos habituales especialmente de los más jóvenes (escuelas y centros de atención diurna sociales), de apoyo social en los servicios sanitarios, de programas de voluntariado y dinamización para jóvenes y adultos, así como de programas de acompañamiento y actividades de promoción de la salud y preventivas dirigidas al colectivo (atención oftalmológica, atención bucodental, ejercicio físico adaptado, alimentación correcta, atención ginecológica, educación sexual, etc.).

También faltan recursos de internamiento, temporales o definitivos, especialmente centros diseñados para pacientes jóvenes y plazas para poder desarrollar el programa Respiro del Departamento de Acción Social y Ciudadanía.

A la debilidad que supone la falta de coordinación entre los diferentes niveles y dispositivos, comunes a otras líneas de atención de este Plan director, se añade la inexistencia de circuitos bien definidos que permitan el acompañamiento del proceso desde el diagnóstico, el seguimiento, la valoración de las necesidades por parte de equipos de expertos y la asignación de los recursos más adecuados en cada revaloración. Hay que establecer los mecanismos, determinar la formación y los recursos adecuados para acompañar y asesorar a las familias, especialmente al cuidador principal, pero también a los profesionales. Los problemas cotidianos en la atención preocupan de

forma especial a los familiares y afectados y hay que destacar las dificultades para acceder al transporte. Este hecho repercute en la equidad y en el acceso a los servicios.
A pesar de este extenso listado de aspectos que hay que mejorar, se parte de la fortaleza de una red sanitaria bien desarrollada, con centros de gran calidad e internacionalmente reconocidos. Y una red sociosanitaria potente y de calidad, distribuida por todo el territorio, evaluada y acreditada por evaluaciones externas que tiene la posibilidad de crear espacios de Respiro para estos enfermos. En los últimos años, algunas experiencias dirigidas especialmente a enfermos con esclerosis múltiple han generado evidencia científica, especialmente con respecto a hospitales de día con tecnologías y ayudas técnicas de última generación.
Asimismo, la red sanitaria dispone de profesionales que han generado conocimiento experto en el campo de las enfermedades neurológicas y daño cerebral y lesiones medulares. Por otra parte, se considera que los profesionales del ámbito sociosanitario, con la ayuda de una formación complementaria y el apoyo adecuado de otros con experiencia, podrían alcanzar rápidamente los conocimientos, las técnicas y las habilidades necesarios para incrementar el desarrollo de la línea sociosanitaria de atención a las personas con discapacidad física, cognitiva y/o conductual adquirida por afectación neurológica.
Otro aspecto identificado como fortaleza es la existencia de formación continuada específica.
Se consideran oportunidades claras de la sensibilización y diseño de políticas sobre dependencia el Proyecto de Ley de la dependencia a nivel estatal, la futura Ley de servicios sociales en Cataluña, la creación de la Agencia Catalana para la Atención de la Dependencia y el propio Plan director sociosanitario. Actualmente se avanza en iniciativas de coordinación y colaboración entre el Departamento de Salud y el de Acción Social y Ciudadania, y se plantea la necesidad de que otros Departamentos de la Generalitat de Cataluña también intervengan, como Educación, Trabajo, etc.
También se valoran como aspectos de oportunidad la potenciación de las nuevas tecnologías y los avances en investigación genética, en las líneas de investigación y en la utilización de fármacos, así como también la participación en organismos europeos dedicados a la neurorrehabilitación. El acceso y la difusión de la información a través del uso de las tecnologías de la información se consideran grandes oportunidades.
Hay que destacar algunos factores sociodemográficos amenazadores para el rol del cuidador y los cambios estructurales familiares en un entorno de usuarios y familiares cada vez más exigentes. Como contrapartida sin embargo, se valora positivamente que existe una mayor sensibilidad en la población en general hacia todo lo que hace referencia a la dependencia.

5.5.4. Línea atención a las personas en el final de la vida

En conjunto, se puede afirmar que el desarrollo de los cuidados paliativos en Cataluña ha sido un proceso sistemático y planificado, y que ha alcanzado buenos resultados de cobertura, especialmente para el cáncer. Este modelo está consolidado, con madurez interna, con referentes variados de todo tipo de recursos y diversos modelos paradigmáticos, y representa una mejora significativa en la atención de enfermos avanzados y terminales, con resultados mesurables de efectividad, eficiencia y satisfacción.
Con todo, hay aspectos que hay que mejorar, tanto con respecto a elementos internos de la organización y adaptación a la complejidad, como de cooperación para una intervención más precoz en la evolución. Se tiene que mejorar en la generación de evidencia científica y en la extensión de la actuación en todos los tipos de enfermos crónicos. Por otra parte se tienen que disminuir los déficits de cobertura en los diferentes

territorios y potenciar la implementación de recursos en algunas áreas y ubicaciones, así como promover el reconocimiento académico como un área de capacitación, impulsar la extensión y la cobertura de la formación específica y estimular la investigación en este ámbito.

El análisis cualitativo en el grupo de trabajo de la atención a las personas en el final de la vida muestra algunas de las debilidades del modelo organizativo actual, aspectos que pueden encontrar solución a través de la mejora y de la extensión de un modelo que ha generado evidencia con su experiencia en la atención al final de la vida en pacientes oncológicos.
Algunos de los aspectos más débiles del modelo organizativo actual son la variabilidad en la cobertura de los servicios de atención al final de la vida, la utilización de registros poco eficaces para la planificación de estos servicios, la falta de servicios referentes y las dificultades para acceder y recibir atención continuada en algunos servicios y en algunos territorios, así como la falta de comunicación entre los niveles asistenciales. Sin embargo, hay experiencias de usuarios individuales de referencia con una alta satisfacción, que se pueden hacer extensivas para mejorar estas debilidades.

Con respecto a la cartera de servicios, es una fortaleza disponer de servicios y de plazas con dedicación específica a los cuidados paliativos. Además, disfruta de la evidencia desarrollada por la experiencia de los servicios actuales, de la flexibilidad de algunos servicios y del amplio despliegue territorial que muestra pocas carencias a nivel de sectores territoriales, pero que se encuentra con la indefinición de los criterios de complejidad de servicios y de las intervenciones, y con dificultades de coordinación y conexión con otros recursos, aspectos que se pueden paliar con la elaboración de guías y protocolos.

Los profesionales no disponen de acreditación académica que justifique su conocimiento experto y el reconocimiento profesional y económico es discriminatorio. Se detecta una escasa formación reglada en pregrado y posgrado y, asimismo, se presentan dificultades para acceder a la investigación.

Se considera necesario potenciar las ofertas formativas existentes en cuidados paliativos en los diferentes niveles de conocimientos y para diferentes profesionales.

Hay también riesgos y amenazas, fundamentalmente derivados del riesgo de síndrome de desgaste profesional o de algunas carencias de recursos que hay que tener muy en cuenta.

La consolidación de los equipos de cuidados paliativos y del sistema con referentes en todos los ámbitos o niveles de atención son tendencias evolutivas constatables; es un hecho que en los equipos que atienden a enfermos más complejos, los cuidados paliativos han alcanzado un alto grado de complejidad de intervención que requieren más formación y recursos y la experiencia profesional y la capacidad creciente de intervenciones complejas. Otro aspecto que hay que tener presente es la necesaria formación de todos los profesionales en aspectos relacionados con habilidades de comunicación y estrategias de deliberación.
En la evaluación de los servicios, es necesario llegar a disponer de indicadores de resultados, hay que aprovechar la existencia de indicadores globales como los del Servicio Catalán de la Salud, los de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y otros estándares de cumplimiento consensuados.

6. Propuestas

6. Propuestas

Las líneas de actuación que siguen se han escogido como proyectos de mejora para dar respuesta a problemas actuales que se consideran prioritarios en el marco del alcance temporal de este Plan. No representan, por lo tanto, el conjunto de actuaciones necesarias para una atención sociosanitaria de calidad. En consecuencia, es imprescindible que en el futuro se continúen analizando y proponiendo nuevas actuaciones para mejorar la atención sociosanitaria en Cataluña a fin de que se continúen y se complementen las presentes.

Por otra parte, es importante señalar que entre las propuestas siguientes no se incluyen propuestas del ámbito de la salud pública con respecto a las actividades preventivas o de promoción de la salud que se tendrán que desarrollar conjuntamente con la Dirección General de Salud Pública.

En la aplicación del conjunto de propuestas que se presentan a continuación se tiene que considerar la visión territorial. En este sentido hará falta modificar y adaptar el concepto de zonas o áreas de influencia sociosanitaria, sustituyéndolo por el concepto actual de gobiernos territoriales, tal como ya se ha comentado. Este concepto es especialmente relevante, porque a menudo las personas que abarca este Plan director tienen problemas crónicos o agudos con secuelas que requieren la comunicación entre niveles o la actuación de profesionales de equipos con disciplinas y niveles asistenciales diferentes.

Cada GTS tendría que tener un Plan territorial donde se contemplaran las diferentes actuaciones que se tienen que emprender con el fin de garantizar una correcta atención sociosanitaria.

6.1. Líneas de actuación y proyectos de la atención geriátrica

A causa de la evolución demográfica y de las características propias del colectivo de la gente mayor en relación con la enfermedad y con sus necesidades del sistema sanitario, las actuaciones y la orientación que se adopten son primordiales, no sólo para el bienestar de las personas mayores sino también para la propia sostenibilidad del conjunto del sistema. El grupo poblacional de las personas mayores es especialmente vulnerable, ya que a la presencia de enfermedades crónicas se añade una disminución de la capacidad de respuesta del organismo a las agresiones internas y externas. Su respuesta ante la enfermedad es diferente de la de las personas adultas que tienen una enfermedad aguda, su capacidad de recuperación es menor y se produce más lentamente, y la posibilidad de sufrir complicaciones es más alta.

Por todo eso, es la parte de la población que consume más recursos del sistema sanitario y, paralelamente, a menudo tiene dificultades para adaptarse a la organización del sistema. Para ellos, está demasiado fragmentado, burocratizado y poco coordinado con los servicios sociales que frecuentemente tienen que utilizar de manera totalmente complementaria a los servicios sanitarios. Por eso es especialmente importante que, en el ámbito de la atención geriátrica, se cuiden los valores descritos por el conjunto del Plan director y que se tenga en cuenta la necesidad de adaptación de los servicios para poder prestar una atención adecuada a todas las edades.

Entendemos por atención geriátrica el conjunto de actuaciones y el conjunto de recursos y servicios que participan en la atención de las personas mayores. En este sentido hay que diferenciarlo de la geriatría, especialidad médica especialmente competente y preparada para la atención de las personas mayores, y de los servicios o unidades de geriatría, que son unidades especializadas en la atención geriátrica y adecuadas para resolver situaciones que requieran unos profesionales y un entorno especializado.

Hay evidencia científica de que una intervención especializada llevada a término por un equipo especializado en geriatría puede añadir importantes beneficios tanto a la salud del propio paciente (menor pérdida de función física y cognitiva, menor uso de fármacos) como al uso racional y eficiente de los recursos públicos (mantenimiento de la

persona en mejores condiciones a domicilio y retraso del ingreso en residencias o servicios de larga estancia).
Por todas estas razones hay que garantizar:
a) El derecho al acceso a este tipo de atención para todas las personas que lo necesiten mediante una correcta planificación en la distribución de los equipamientos en Cataluña.
b) Un alto nivel cualitativo en la prestación de los servicios, mediante estructuras adaptadas y equipos multidisciplinares completos y competentes.

A pesar de eso, hay que precisar que no todas las personas mayores tienen que ser atendidas permanentemente por especialistas en geriatría, sólo en determinadas circunstancias, generalmente de mayor complejidad o de mayor riesgo, la utilización de estructuras y de equipos especializados aportará los máximos beneficios individuales y colectivos.
El principio sobre el cual se basa la propuesta del Plan director sociosanitario, respecto a los servicios y a la atención geriátrica, es la complementariedad en la atención que se presta en los servicios de atención primaria y hospitalaria no especializados en geriatría y los que, por situaciones concretas, normalmente de mayor complejidad geriátrica, se prestan en servicios especializados de atención geriátrica.
En el caso de los servicios de atención primaria y hospitalización no especializados en geriatría será un elemento clave la formación de los profesionales, que tienen que tener competencias suficientes para atender a las personas mayores y para saber discriminar cuándo hay que recurrir a los servicios especializados. Estos servicios también tendrán que adaptar su modelo organizativo a causa de la elevada frecuentación de las personas mayores en sus dispositivos.
A efectos de este Plan se consideran unidades especializadas en geriatría:
1. Unidades de agudos de geriatría en los hospitales de agudos (UGA).
2. Unidades funcionales interdisciplinarios (UFISS) de geriatría en los hospitales de agudos.
3. Unidades de media estancia para convalecencia/subagudos en los hospitales de agudos o en los centros sociosanitarios.
4. Unidades sociosanitarias de larga estancia en los hospitales de agudos o en los centros sociosanitarios.
5. Unidades de evaluación integral ambulatoria en geriatría en los hospitales de agudos o en los centros sociosanitarios (EEIA).
6. Hospital de día en los hospitales de agudos o en los centros sociosanitarios.
7. Programas de atención domiciliaria, equipos de apoyo (PADES) o programas geriátricos de hospitalización a domicilio.

Atención Geriátrica: líneas de actuación y proyectos

Línea Ger. 1: Atención a las personas mayores frágiles y/o en situación de riesgo de empeoramiento de su estado de salud y/o dependencia.

Justificación
Diversos estudios demuestran que abordar de forma especializada a las personas mayores con mayor riesgo permite reducir sus complicaciones. La atención primaria de salud tiene una gran responsabilidad en la atención de las personas mayores, en este nivel asistencial se desarrollan la mayor parte de actividades de promoción de la salud y de prevención primaria. También es donde hay capacidad de detección precoz de enfermedades o situaciones que requieren una posterior intervención. Asimismo, en este nivel se tiene que garantizar el seguimiento y tratamiento de las

enfermedades agudas o crónicas, tanto ambulatoriamente como en el domicilio, en caso de que la persona no pueda desplazarse al centro de atención primaria (CAP).

Los servicios de atención primaria tienen que poder contar con el apoyo de recursos especializados cuando sea necesario, tanto en las etapas diagnósticas y de seguimiento como en intervenciones más intensas que se puedan producir en régimen de hospitalización o en el domicilio. Una coordinación eficaz con estos niveles facilitará la tarea de los equipos y la percepción de continuidad por parte de los enfermos y sus familias.

Objetivos operativos
- Instaurar actuaciones desde la atención primaria de salud, con el fin de promover una mejora en la atención de las personas mayores, especialmente en aquellas en situación de riesgo de empeoramiento de su estado de salud y/o dependencia, fomentando el mantenimiento de las personas mayores en su entorno familiar, siempre que sea posible.
- Generar evidencia científica en nuestro entorno con respecto a las mejoras de calidad asistencial, al establecer intervenciones específicas en los entornos de la atención primaria.

Proyectos. Ger. 1.1.: Incluir en las intervenciones de las enfermeras de APS actuaciones específicas de carácter comunitario para la atención a las personas mayores frágiles.

Actividades
Identificar y registrar la población diana.
Realizar una valoración inicial global y multidisciplinar de la persona mayor frágil.
Hacer seguimiento y control periódico de los casos identificados.
Establecer mecanismos de coordinación, especialmente con la red de atención geriátrica especializada (centros sociosanitarios, EEIA de geriatría, hospital de día y PADES)

Calendario: 2006

Proyectos. Ger. 1. 2.: Establecer actuaciones específicas en personas mayores frágiles, desde la atención primaria, con intensidad variable según periodo del año.

Actividades
Establecer un seguimiento semanal telefónico de la población diana.
Instaurar la figura y las funciones de la gestión del caso.
Diseñar y aplicar un programa de coordinación de niveles que permita que la gestión del caso sea efectiva.
Priorizar la participación de zonas geográficas que ya hayan funcionado con el sistema del Plan Integral de Urgencias de Cataluña (PIUC).

Calendario: 2006

Línea Ger 2: Atención integral a las personas mayores en la fase aguda o subaguda de la enfermedad.

Justificación
Las personas mayores, cuando sufren enfermedades agudas, tienen un gran riesgo de perder autonomía y presentar nuevos problemas añadidos. En Cataluña hay

9 Unidades Geriátricas de Agudos (UGA), y también en algunos hospitales ya existen unidades de hospitalización a domicilio, pero en este momento no forman parte de la cartera de servicios sanitarios convencionales.
En el PIUC se incluye un recurso asistencial que, con carácter temporal, se encuentra a medio camino entre los hospitales de agudos y los servicios de convalecencia socio-sanitarios, con patologías, estancias medias y grados de complejidad definidos: se trata de la atención a los pacientes subagudos, que son aquellos que durante todo el año presentan una elevada frecuentación a urgencias motivada por procesos subagudos, de complejidad relativa para poder ser atendida en domicilio o en residencias.
Algunos Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria (EEIA) pueden disponer de medios para realizar diagnósticos rápidos: analítica, radiología, gasometría, etc. para actuar como equipos consultores para atención primaria en su función de atención continuada.

Objetivos operativos
- Instaurar actuaciones desde el hospital de agudos con el fin de promover una mejora en la atención a las personas mayores, especialmente en aquellas en situación de riesgo de empeoramiento de su estado de salud y/o dependencia, y fomentar el mantenimiento de las personas mayores en su entorno familiar, siempre que sea posible.
- Generar evidencia científica en nuestro entorno con respecto a las mejoras de calidad asistencial, al establecer intervenciones específicas, en el entorno hospitalario, que incluyan las urgencias de los hospitales de agudos.
- Promover una mejora en la calidad de la atención a las personas con enfermedad crónica, especialmente cardiaca y respiratoria, que presentan una alta frecuentación a los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios recurrentes, organizando una red de calidad que incluya servicios de internamiento y ambulatorios de apoyo a la atención primaria y a las urgencias hospitalarias

Proyecto. Ger. 2.1: Creación de unidades específicas para pacientes subagudos.

Actividades
Definición de los requisitos de las unidades de subagudos: mínimo número de camas, estructuras de diagnóstico, ubicación, etc.
Establecimiento de un protocolo de acceso (criterios de inclusión, instrumentos de comunicación, valoración, circuitos, etc.) y población diana.
Diseño del mapa de distribución territorial de recursos según la reconversión de camas de convalecencia.
Proponer criterios de contratación y tarifas.

Calendario: 2006-2007

Proyectos. Ger. 2.2: Utilización de los Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria
(EEIA) de geriatría y/o de las unidades de diagnóstico rápido como alternativa a los servicios de urgencias.

Actividades
Diseño del mapa de distribución territorial de EEIA de geriatría y de las unidades de diagnóstico rápido.
Establecimiento de un protocolo de acceso a las unidades de diagnóstico rápido (criterios de inclusión, instrumentos de comunicación, valoración, circuitos, etc.) y población diana.

Proponer criterios de contratación y tarifas.

Calendario: 2006-2007

Proyectos. Ger. 2.3.: Unidades integrales hospitalización a domicilio.

Actividades
Valorar experiencias existentes, o en fase de diseño, en el ámbito de la hospitalización a domicilio.
Proponer criterios de contratación y tarifas.
Valorar la extensión del modelo.
Calendario: 2006-2007

Proyectos. Ger. 2.4: Completar el despliegue de unidades de agudos de geriatría (UGA) en los hospitales de tercer nivel y de referencia.

Actividades
Definir la población diana.
Establecer mecanismos de coordinación con los servicios de hospitalización de media y larga estancia así como con los otros dispositivos de atención sociosanitaria.
Establecer circuitos con el fin de facilitar la dependencia de las UGA del servicio de medicina interna o del servicio de geriatría en función de la organización interna del hospital.

Calendario: 2006.

Proyectos. Ger 2.5.: Atención a las personas mayores en los servicios de urgencias de los hospitales de agudos.

Actividades
Creación de un grupo de trabajo que estudie las características de los enfermos atendidos en los servicios de urgencias y que valore las posibilidades de mejora y las necesidades de intervención de los equipos especializados en geriatría (UFISS).
Planificar e implantar intervenciones en los servicios de urgencias

Calendario: 2006-2007.

Línea geriatría 3: Atención al final de la vida desde geriatría.

Justificación
En Cataluña existe un amplio desarrollo de la geriatría y de los cuidados paliativos, pero no se conoce bien la atención que están recibiendo actualmente los pacientes geriátricos en Cataluña, en la etapa final de su vida.
No se dispone de un consenso diagnóstico del estado de terminalidad en pacientes geriátricos no oncológicos. Estudios parciales hechos en Cataluña orientan sobre que el paciente geriátrico no oncológico tiene dificultades de acceso a la atención de cuidados paliativos en la etapa final de su vida, tanto con respecto al acceso a los servicios y/o equipos especializados (UFISS, PADES) como a la atención de cuidados paliativos y unidades no específicas (hospitales de agudos, centros sociosanitarios, APS, etc.).
No existe ninguna guía de actuación clínica consensuada para atender a pacientes geriátricos en la etapa final de su vida y tampoco se cumplen los criterios de equidad

en todo el territorio, ni con respecto a la cobertura de servicios ni a la estructura y funciones que los equipos multidisciplinares especializados tienen asignadas en relación con la atención de las personas ancianas en el final de la vida.
Los proyectos aquí expuestos mantienen una relación con otros similares que se exponen en la línea de atención a las personas en el final de la vida, concretamente en el apartado de la atención con pacientes no oncológicos.
Objetivos operativos
- Facilitar el acceso de los pacientes geriátricos a la atención especializada en cuidados paliativos con el fin de reducir la situación de déficit asistencial evidenciado por estudios parciales y la percepción de los expertos.

Proyectos. Ger. 3.1: Análisis de situación actual en la atención al final de la vida en pacientes geriátricos.

Actividades
Realizar un estudio con el fin de conocer la atención que actualmente están recibiendo, en Cataluña, los pacientes geriátricos en la etapa final de su vida.
Identificar las áreas de mejora en esta atención.

Calendario: 2006

Proyectos. Ger. 3.2: Consensuar la atención de cuidados paliativos de los pacientes geriátricos en la etapa final de su vida.

Actividades
Crear un grupo de trabajo que, mediante una dinámica de consenso entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades, genere un documento en relación con los criterios de terminalidad en pacientes geriátricos no oncológicos.
Elaborar una guía de práctica clínica para la atención de cuidados paliativos a pacientes geriátricos en el final de la vida.
Extender y aplicar estos documentos en el entorno territorial escogido.

Calendario: 2006.

Proyectos Ger. 3.3. Facilitar el acceso a la atención de cuidados paliativos especializados en la etapa final de la vida de los pacientes geriátricos.

Actividades
Propuesta de incremento de cobertura horaria del PADES.
Establecer criterios de derivación a recursos y servicios especializados como las UFISS, los PADES, las UCP, etc.

6.2. Líneas de actuación y proyectos de la atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Muchos de los comentarios expuestos en el apartado de atención geriátrica son válidos también en este, si bien se hace necesario señalar otros aspectos más específicos. El deterioro cognitivo, con una prevalencia estimada del 10% entre las personas de 65 años o más, y con prevalencias menores en otros grupos de edad, es uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados, a causa del impacto que estas enfermedades tienen en el enfermo, en la familia y en los cuidadores, así como en la utilización de los recursos sanitarios y sociales disponibles.
La demencia más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, que puede llegar a suponer el 60% del total de personas con demencia. A pesar de eso, la progresiva mejora

en la identificación de diferentes formas de demencia degenerativa hará que los porcentajes de prevalencia se modifiquen en los próximos años. Por otra parte, dado que la incidencia de demencia aumenta a medida que avanza la edad, es previsible que en los próximos años haya un incremento del total de casos.
El estudio epidemiológico más reciente hecho en Cataluña se llevó a cabo en el municipio del Prat de Llobregat donde se ha encontrado, en mayores de 70 años, una prevalencia de demencia del 9,6% y del 6,6% de enfermedad de Alzheimer.
Una característica importante de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias es la cronicidad y, en la historia natural de la enfermedad, hay que destacar la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, así como de la capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria. Además, frecuentemente aparecen diferentes trastornos del comportamiento, del sueño y del estado de ánimo, así como problemas orgánicos añadidos. Estas personas tienen una evolución de la enfermedad compleja, con necesidades múltiples, desde el diagnóstico hasta el tratamiento en fases avanzadas, además de una dependencia física severa. La media de vida esperada de una persona, una vez se le ha declarado la enfermedad de Alzheimer, es de 10-12 años.
Igual que hemos comentado en el apartado anterior sobre la atención geriátrica, la atención de las personas con demencia se realiza en todas las redes y especialmente en la atención primaria. A pesar de eso, hay unidades especializadas que son adecuadas para la atención en diversas fases o momentos de la enfermedad, generalmente por mayor complejidad.
Estos servicios tendrían que trabajar en red y coordinadamente con la atención primaria con el fin de facilitar el acceso en el momento más adecuado. A efectos de este Plan, las siguientes unidades se consideran unidades especializadas en atención a personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias:

1. Evaluación integral ambulatoria en trastornos cognitivos (incluye las UFISS de demencia).
2. Media estancia para enfermedad de Alzheimer y otras demencias, especialmente para situaciones de crisis y trastornos del comportamiento, ubicadas en los hospitales de agudos o en los centros sociosanitarios.
3. Sociosanitarias de larga estancia.
4. Hospital de día para enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Línea de actuación 1: Demencia y atención primaria: atención en la fase diagnóstica, inicial y en fases avanzadas.

Justificación:
No hay evidencia que justifique una criba sistemática de la población para el diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer u otras demencias. Pero si que es importante el diagnóstico rápido cuando hay síntomas percibidos por el propio enfermo o su familia.
La atención primaria de salud ha aumentado, y tiene que aumentar todavía más, su competencia en la atención de personas con demencia.
En los últimos años, el perfil de las personas que son atendidas en las unidades de diagnóstico se ha modificado, ha aumentado el número de personas que llegan a las unidades en fases más leves o moderadas o incluso con diagnóstico de deterioro cognitivo ligero. Estas personas tienen necesidades diferentes que las personas en fases avanzadas. Sin embargo, se continúa atendiendo a personas en fases avanzadas de la enfermedad con el fin de hacer un seguimiento más preciso y también cuando aparecen nuevas posibilidades terapéuticas. Ante el número creciente de personas con deterioro cognitivo y demencia hay que revisar las actuaciones de la atención primaria y de las unidades de diagnóstico con el fin de garantizar una atención integral y la continuidad asistencial.

Objetivos operativos
- Asegurar un diagnóstico integral etiológico y del conjunto de necesidades del enfermo con demencia y de su familia, cuanto antes, con el fin de poder realizar una propuesta de intervención terapéutica global.
- Ofrecer el adecuado apoyo a la familia, el papel de la cual es clave en el tratamiento de la enfermedad. Por lo tanto, se tienen que hacer intervenciones relacionadas con los cuidadores para poder disminuir la sobrecarga y mejorar la tolerabilidad de estos trastornos.
- Garantizar la continuidad asistencial y evitar la fragmentación de los recursos.

Proyecto DEM.1.1.: Implantar progresivamente al primer nivel asistencial, un protocolo de actuación ante la sospecha clínica de deterioro cognitivo.

Actividades
Creación de un grupo de trabajo para diseñar el protocolo.
Definir el protocolo adecuado para la detección precoz y el seguimiento en la fase inicial de la enfermedad.
Proponer y poner en funcionamiento proyectos demostrativos vinculados territorialmente con un centro de referencia.
Auditoría y monitorización de las experiencias piloto.
Extensión del protocolo.

Calendario: 2006-2007

Proyecto Dem. 1.2: Establecer sistemas de conexión flexibles y operativos con los EEIA de trastornos cognitivos que permitan una rápida interrelación y la continuidad asistencial sin pérdidas de información.

Actividades
Definir el protocolo de coordinación entre los equipos de atención primaria y los EEIA de trastornos cognitivos.
Propuesta de proyectos demostrativos y puesta en marcha.
Auditoría y monitorización de las experiencias.

Calendario: 2006-2007

Línea de actuación DEM. 2: Estimulación cognitiva.

Justificación
Cada vez es más frecuente el diagnóstico de la demencia en fases leves y moderadas. Diferentes estudios han puesto de manifiesto la importancia de los tratamientos no farmacológicos y, en especial, de los programas de estimulación cognitiva en este grupo de enfermos.
Actualmente estos programas se están llevando a cabo en hospitales de día sociosanitarios. A pesar de eso, los sistemas de contratación no siempre son adecuados, ya que prevén estancias de todo al día en el centro, cuando con frecuencia se trata de programas de un máximo de una hora, 2 o 3 días por semana.

Objetivos operativos
- Desarrollar la normativa de los hospitales de día para que se adapten a esta actividad.

Proyectos. DEM 2.1: Desarrollar la normativa para la contratación de la actividad de estimulación cognitiva en el marco de los hospitales de día sociosanitarios.

Actividad

Desarrollar la normativa que permita la contratación de la actividad de estimulación cognitiva en los hospitales de día sociosanitarios o eventualmente en hospitales con programas de evaluación integral ambulatoria de trastornos cognitivos.
Calendario: 2006

Proyectos. DEM 2.2: Contratación de la actividad de estimulación cognitiva para personas con demencia leve o moderada.

Actividad

Contratar esta modalidad en toda Cataluña de manera progresiva según la normativa que regule estos servicios.
Calendario: 2007

Línea de actuación DEM 3: Trastornos del comportamiento.

Justificación

La mejora del tratamiento de los trastornos del comportamiento es clave en el tratamiento de las personas con demencia. En estos procesos intervienen tanto el equipo de atención primaria como los EEIA de trastornos cognitivos, que tienen que ser referentes para tratar estas situaciones. Estos EEIA tienen que tener acceso a los servicios sociosanitarios especializados en la atención a personas con demencia, como los hospitales de día y las unidades de media estancia para personas con demencia.
Por el hecho de ser preceptivo, estas unidades tienen que disponer directamente de psiquiatra en la unidad y/o tener acceso fácil a la red de salud mental (hay que considerar que hay unidades que están en hospitales psiquiátricos).

Objetivos operativos

- Control de los trastornos conductuales y psicológicos, mediante la identificación de las características del comportamiento y de los síntomas, atendiendo a su frecuencia, gravedad y repercusión en el paciente y en el cuidador y, a partir de esto, formular un programa de actuación que incluya intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, si es preciso, tanto en el ámbito del paciente como en el del cuidador. Entre los principales trastornos a identificar encontramos: síndrome psicótico, resistencia agresiva, agitación psicomotora, etc.
- Mejorar los conocimientos de los profesionales de la atención primaria en la atención de los síntomas conductuales y psicológicos con formación específica para el tratamiento farmacológico y no farmacológico de estos trastornos.
- Respuesta eficaz ante situaciones de crisis de manera coordinada con la atención primaria.
- Velar por un consumo eficiente de los tratamientos farmacológicos de los pacientes (principalmente los fármacos antipsicóticos y benzodiazepinas).
- Garantizar la continuidad asistencial y evitar la fragmentación de los recursos.
- Ofrecer el adecuado apoyo a la familia, cuyo papel es clave en el tratamiento de la enfermedad.

Proyectos. DEM 3.1: Respuesta eficaz ante situaciones de crisis de manera coordinada entre la atención primaria y la red especializada.

Actividades

Establecer los circuitos de coordinación para hacer frente a los trastornos del comportamiento, especialmente con los EEIA de trastornos cognitivos, con el fin de favorecer la conexión y relación entre el APS con su EEIA de referencia.

Identificar las zonas territoriales donde se harán proyectos demostrativos y establecer los circuitos de coordinación para hacer frente a los trastornos del comportamiento.

Calendario: 2006

Proyectos. Dem. 3.2.: Mejora de la formación y entrenamiento de los profesionales en el control de los síntomas conductuales y psicológicos.

Actividades

En la atención primaria, impartir formación específica para el tratamiento farmacológico y no farmacológico de estos trastornos.

Intervenciones con los cuidadores con el fin de poder disminuir la sobrecarga y mejorar la tolerabilidad de estos trastornos.

Calendario: 2006-2007

Línea de actuación DEM 4: Actuaciones y propuestas para la atención de la enfermedad de Alzheimer en personas jóvenes.

Justificación

Extrapolando datos de otros países podemos considerar que un 0,038% del total de la población inferior a los 65 años sufre una demencia. Esta extrapolación daría, en Cataluña, con datos de enero del 2004, un total de 2.137 personas menores de 65 años que presentarían demencia. Otros estudios hablan de que un 5% de las demencias las sufren personas jóvenes, lo que representaría entre unas 4.800 y 5.000 personas.

Es bastante evidente que las necesidades que tiene tanto la población joven con demencia como su entorno son diferentes de las que tiene la gran mayoría de las personas mayores que sufren algún tipo de demencia.

Objetivos operativos

- Conocimiento epidemiológico de la situación actual.
- Establecer equipos referentes para abordar estos problemas en personas jóvenes con demencia.

Proyectos. DEM. 4.1: Conocer el estado de la cuestión.

Actividades

Hacer un análisis para conocer el número de personas que pertenecen a este colectivo, y su distribución por tipología de demencia. Conocer las necesidades específicas de las personas jóvenes con demencia.

Calendario: 2006

Proyectos. DEM 4.2: Definir, entre los EEIA de trastornos cognitivos, equipos o unidades de referencia para personas jóvenes con demencia.

Actividades
Identificar, en el territorio, los EEIA con conocimiento experto en el tratamiento de personas jóvenes.
Establecer los criterios de acreditación de los EEIA de gente joven teniendo en cuenta la inclusión de un psicólogo clínico, de un trabajador social, además de la posibilidad de disponer de otros profesionales como consultores, como un neurólogo, un psiquiatra y un asesor laboral.

Calendario: 2006- 2007

Línea DEM 5: Centros de diagnóstico y atención integral ambulatoria de personas con demencia.

Justificación
En los últimos años ha habido un fuerte crecimiento de las unidades de diagnóstico con el nombre de EEIA de trastornos cognitivos. Sin embargo, algunas unidades, además de la actividad asistencial, realizan actividades de investigación y docencia, lo cual representa un plus en su conocimiento experto y en su impacto en el sistema.

Objetivos operativos
Definir los criterios de las unidades de diagnóstico que tienen un reconocimiento especial para sus actividades de docencia e investigación.
Analizar e identificar las unidades en Cataluña que cumplan los criterios definidos.

Proyectos. DEM. 5.1: Reconocer las actividades de investigación y docencia en algunos Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria (EEIA) sobre trastornos cognitivos.

Actividades
Propuesta de mapa de EEIA con actividad de investigación y docencia en el territorio, especialmente de aquellos vinculados a centros hospitalarios, preferiblemente de tercer nivel.
Verificación de los criterios de conocimiento experto de los EEIA propuestos:
- Programas de actividad docente (profesionales sanitarios, familiares y/o cuidadores).
- Actividades de investigación y publicaciones.
- Estudio neuropatológico de los pacientes con demencia.

Identificación de los EEIA propuestos.

Calendario: 2006-2007

6.3. Líneas de actuación y proyectos de la atención a las personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad (END)

La discapacidad y la dependencia son problemas de salud pública que se incrementan progresivamente en los países desarrollados. La OMS define la discapacidad como "aquella restricción o ausencia de la capacidad para hacer una actividad en la forma y dentro de los márgenes que se considera normales para el ser humano".
Este apartado incluye patologías neurológicas de etiología y clínica muy diferentes, pero que tienen como denominador común la presencia de una discapacidad, o la posibilidad de presentarla, con fuerte impacto psicosocial y la necesidad de abordarla de forma integral y multidisciplinar, tanto por parte de los recursos sociosanitarios

como de los hospitales de agudos, o incluso de la red de atención primaria. Una característica diferencial de este grupo de enfermedades es, en relación a la mayoría de usuarios de la red sociosanitaria, la presencia de niños, de adultos jóvenes o de edad media entre las personas afectadas, aunque se pueden presentar en todas las etapas del ciclo vital. Hay muchas causas que pueden deteriorar el sistema nervioso central y/o periférico y/o autonómico de una forma lenta y progresiva (enfermedades neurodegenerativas) y otras que lo hacen de forma aguda y provocan daño focal o difuso con lesiones más o menos irreversibles. En nuestro país aproximadamente un 8-9% de la población sufre alguna discapacidad, muchas de sus causas son neurológicas ya sean originadas por causas genéticas, por problemas en el desarrollo, o bien por enfermedades neurodegenerativas, o secuelas de un daño cerebral o medular adquirido.

Las enfermedades neurológicas son una de las principales causas de invalidez y discapacidad y, cómo ya se ha comentado, afectan a diferentes grupos de personas en cualquier etapa de la vida, no obstante esta elevada prevalencia, existe escasa información sobre ellas.

Hay muchos motivos que justifican el desarrollo de una línea sociosanitaria especial destinada a la atención de estos colectivos, los más relevantes son:

- El incremento de la incidencia de patologías secundarías en traumatismos graves del SNC (lesión medular y TCE).
- El aumento de la supervivencia de personas con graves secuelas invalidantes como consecuencia de los mejores dispositivos sanitarios.
- La existencia de una demanda creciente de asistencia especializada, hoy no bien resuelta en nuestro país, caracterizados por enfermedades de baja incidencia y alta prevalencia y que son altamente discapacitantes, como la Corea de Huntington, el síndrome de Tourette, lesiones congénitas, el grupo de las llamadas enfermedades raras, las plurideficiencias, los grandes amputados, etc.
- La mayor prevalencia de personas con enfermedades neurodegenerativas en estadios más avanzados de su discapacidad que generan un incremento de la demanda de servicios sociosanitarios.
- La aparición, cada vez con mayor frecuencia, de procesos patológicos complejos caracterizados por la superposición de diferentes patologías gravemente discapacitantes (deficiencia física y enfermedad mental, retraso mental y demencia, trastornos conductuales y enfermedades orgánicas, etc.).
- El progresivo envejecimiento de la población con discapacidad que comporta, además de un aumento de las complicaciones derivadas de su discapacidad, la aparición de las propias complicaciones geriátricas. Y, también, el envejecimiento de sus cuidadores que produce una mayor demanda de servicios sociales y, por defecto, sociosanitarios.

En la edad infantil la parálisis cerebral es uno de los trastornos que con mayor frecuencia genera discapacidad en esta etapa del ciclo vital. La prevalencia se estima entre 1,5 y 3 niños por cada 1.000 niños nacidos vivos. Se trata de una patología crónica, estática pero no invariable, que presenta, con la edad, riesgo de empeoramiento de las complicaciones asociadas. Por estas razones se necesita una previsión de recursos de mantenimiento a lo largo de toda la vida.

La principal causa de discapacidad en población joven entre 15 y 44 años, especialmente en hombres, es el traumatismo craneoencefálico, con una incidencia de 300-400 nuevos casos al año por cada 100.000 habitantes. De estos, un 10% son graves y dejarán secuelas. La segunda causa en este grupo de población joven es la esclerosis múltiple, con una prevalencia entre 40-60 casos por cada 100.000 habitantes.

Otras patologías que pueden provocar discapacidad son los accidentes vasculares cerebrales con una incidencia de 150-200 casos/año por 100.000 habitantes, de los

que casi un 50% tendrán secuelas. Estos problemas no se abordan en este Plan director a causa de la existencia de un Plan específico.

Línea de actuación END 1: Análisis de situación.

Justificación

Las enfermedades neurológicas crónicas tienen un gran interés sanitario porque a menudo generan, durante mucho tiempo, discapacidad y padecimiento físico y psíquico no sólo en los directamente afectados, sino también en sus familiares y cuidadores. Las necesidades y los recursos necesarios se tienen que contemplar desde una visión general y al mismo tiempo particular y personalizada. Disponemos de escasa información en relación al comportamiento global de las enfermedades neurológicas crónicas, y el CMBD hospitalario y el sociosanitario nos aportan datos parciales sobre este grupo de enfermedades.

Si no hay datos fiables con respecto a las personas afectadas, sólo se pueden hacer estimaciones sobre la magnitud del problema y, por lo tanto, es muy difícil poder dimensionar de manera fiable el problema para darle soluciones adecuadas.

Objetivos operativos

- Identificar la población afectada.
- Conocer la prevalencia de personas afectadas por enfermedades de base neurológica y daño cerebral y su distribución en el territorio.
- Identificar los recursos implicados actualmente para abordar las enfermedades neurológicas crónicas, desde su diagnóstico hasta la asunción de la dependencia que generan y describir el escenario territorial actual y futuro de estos recursos conjuntamente con otros departamentos y administraciones implicados: Acción Social y Ciudadanía, Ayuntamientos, Educación, Trabajo, etc.

Proyecto END 1.1: Realizar un estudio epidemiológico.

Actividades

Diseño del estudio epidemiológico con el fin de conocer la magnitud de estos problemas.

Poner en marcha el trabajo de campo.

Recogida de datos y obtención de resultados y análisis.

Elaboración del informe

Calendario: año 2007

Proyecto END 1.2: Dimensionar la cobertura de los recursos y estructuras existentes así como los necesarios en cada GTS.

Actividades

Identificar los recursos actuales destinados a la provisión de servicios sanitarios y no sanitarios para abordar las necesidades de los pacientes con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.

Analizar la actividad de los recursos identificados y listas de espera.

Establecer en cada territorio, una base de datos real de las personas afectadas por las diferentes patologías neurológicas discapacitantes, así como de sus cuidadores, que permita hacer una planificación de necesidades sanitarias.

Calendario: 2007

Línea END 2: Mejorar el modelo de atención a las enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad, prestando especial atención a los recursos, accesibilidad y continuidad asistencial.

Justificación

El programa Vida a los Años ya definió un modelo sociosanitario de atención que incluye al enfermo neurológico crónico. A pesar de los esfuerzos hechos para diseñar el modelo y planificar los recursos, todavía hay que concretar los modelos territoriales definidos.

Actualmente, este tipo de enfermos ocupa parte de la atención de los recursos sociosanitarios, a los que llegan mayoritariamente de manera no protocolizada y sin criterios claros de derivación, a menudo cubriendo carencias sociales del territorio al que pertenecen. Se tiene que poder agilizar la confirmación diagnóstica y ofrecer apoyo a la persona afectada y a su entorno, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta las etapas más avanzadas. Estos son pacientes con muchas dificultades para ser incluidos en las dinámicas habituales de los centros de internamiento, hospitales de día y equipos ambulatorios. Por eso cada vez más las asociaciones, las familias y los enfermos reclaman la especialización de una parte de la red sociosanitaria y el diseño de un modelo que contemple las diferencias entre la red de adultos y la de niños y jóvenes.

Actualmente existen experiencias específicas que nos pueden ayudar a generar evidencia científica, consensuar el modelo y hacer un análisis de gastos, necesario para evaluar si este tipo de paciente representa una sobrecarga de trabajo añadida, así como para realizar un análisis de las inversiones que hacen falta en función de la carga asistencial que se derive.

Objetivos operativos

- Describir diferentes niveles de intervención, estableciendo los centros de referencia tanto para población adulta como para la infantil, definir sus competencias para diferentes patologías y definir los criterios de derivación y circuitos de acceso entre los diferentes niveles asistenciales.
- Definir los estándares para la provisión de recursos humanos y materiales que corresponden en cada territorio en función del modelo diseñado y de las necesidades analizadas en el proyecto antes mencionado con el fin de dimensionar la cobertura de los recursos y estructuras existentes así como los que son necesarios.
- Diseñar, consensuar y establecer un modelo adaptado al territorio que incluya y garantice que, desde el diagnóstico hasta las etapas más avanzadas de la enfermedad, la persona afectada y su entorno dispongan de una guía de recursos públicos y privados, así como de interlocutores, válidos y claramente identificados para su relación con los dispositivos de atención sanitaria y sociosanitaria.

Proyecto END 2.1.: Identificar servicios neurológicos hospitalarios de referencia.

Actividades

Establecimiento de criterios para homologar los servicios de neurología como referentes para el diagnóstico de determinadas patologías, en colaboración con las sociedades científicas y los expertos.

Identificar, con los mismos agentes, servicios neurológicos de referencia territorial para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de patologías neurológicas de instauración progresiva y de instauración aguda que pueden cursar con discapacidad.

Diseño y planificación de experiencias territoriales del modelo acordado que incluya el referente hospitalario identificado.

Calendario: 2006.

Proyectos. END 2.2: Analizar algunas experiencias demostrativas territoriales existentes con el fin de identificar los criterios de éxito.

Actividades
Identificar las experiencias a evaluar, su ámbito territorial, su población diana y los niveles asistenciales en los cuales incide (APS, hospital, sociosanitario, social, etc.).
Descripción y valoración de las funciones y actuaciones que corresponden a cada nivel asistencial que participa en cada una de las experiencias.
Identificación de circuitos de accesibilidad y coordinación con servicios de neurología descritos como referentes para el área a la que pertenece la experiencia (proyecto END 2.1.), existencia de programas de seguimiento específicos, de gestión de casos y/o de establecimiento de mecanismos de coordinación entre los diferentes ámbitos de atención, existencia de sistemas de ayuda para la reincorporación y adaptación social y familiar.

Calendario: 2006-2007.

Proyectos. END 2.3: Revisión de la cartera de servicios y adaptación de la planificación territorial (mapa sanitario) a las nuevas propuestas de especialización dentro de la red de centros sociosanitarios.

Actividades
Revisión de la actual cartera de servicios desde la perspectiva de las enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.
Adaptación de la cartera de servicios a las necesidades asistenciales reales de estos pacientes.
Identificación y reconversión de plazas, tanto de internamiento como de media estancia o de atención diurna para la atención de este colectivo.
Reconversión del actual hospital de día en un centro polivalente sociosanitario de día en experiencias territoriales con el fin de generar evidencia para el modelo.
Analizar la ampliación de cobertura de equipos especializados en la atención domiciliaria de este tipo de paciente (PADES neurorrehabilitador) en un total de dos experiencias demostrativas en dos territorios que permitan generar evidencia.

Calendario: 2007.

Proyectos. END 2.4: Desarrollo de redes de teleconsulta.

Actividades
Estudio de redes de teleconsulta existentes.
Puesta en marcha de experiencias demostrativas.
Extensión, si corresponde, a otros territorios.

Calendario 2006-2007.

Línea END 3: Mejora de la rehabilitación. Articular un sistema de transporte eficiente y equitativo para personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.

Justificación

Las enfermedades neurológicas que nos ocupan no tienen tratamiento etiológico y basan sus intervenciones terapéuticas en programas de manejo sintomático.

La neurorrehabilitación es predominantemente un proceso educativo y dinámico basado en la adaptación de la persona afectada y su entorno al deterioro neurológico con el objetivo último de disminuir el impacto de la enfermedad y conseguir la mejor calidad de vida posible dentro de las limitaciones del déficit neurológico.

El año 2006, CatSalut incorpora cambios destacados en la contratación de servicios de rehabilitación: la contratación por procesos y la incorporación de nuevos grupos de patologías a los servicios de atención domiciliaría, entre ellos, las enfermedades neuromusculares crónicas con alta dependencia.

Por otra parte, la creación del Programa para el impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas con situación de dependencia es una evidencia más de la preocupación de las administraciones respecto a la problemática global.

El transporte, en estos pacientes, condiciona en gran parte la accesibilidad y la equidad de prestación de servicios de rehabilitación. Las soluciones planteadas al respecto por algunas administraciones locales provocan diferencias territoriales y son al mismo tiempo un marco de referencia al que hay que acogerse en la investigación de soluciones globales.

Conservar y mantener la independencia y las competencias de la persona afectada por una enfermedad neurológica que puede cursar con discapacidad mejora la calidad de vida del enfermo y su entorno y, además, contribuye a comprimir, en los últimos años de la vida, algunas de las manifestaciones de dependencia que más recursos consumen tanto del sistema sanitario como de los dispositivos sociales.

Objetivos operativos

- Hacer un análisis de los estudios realizados para buscar la evidencia científica con respecto a las indicaciones y/o a la necesidad de las intervenciones neurorrehabilitadoras en las patologías neurológicas crónicas y progresivas más prevalentes, diferenciando enfermedades en niños y en adultos. También se tienen que incluir en este grupo las secuelas que tienen causa traumática.
- Participar, con la visión de las END, en cualquier actividad que desde el Departamento y CatSalut se lleve a cabo para el diseño y desarrollo de nuevos servicios de rehabilitación y de un Plan global de rehabilitación.
- Garantizar la provisión y la accesibilidad de este tipo de enfermos a un programa de rehabilitación eficaz, basado en la evidencia científica y en la reordenación territorial de los diferentes tratamientos y niveles de intervención asistenciales, que incluya los déficits funcionales, la prevención de las deformidades musculoesqueléticas y el tratamiento paliativo del dolor.
- Promover un sistema de previsión de transporte adaptado para garantizar que las personas puedan acceder físicamente a los servicios y/o a los programas existentes en el ámbito de toda Cataluña.

Proyectos END 3.1: Realizar un análisis de la evidencia científica existente con respecto a las indicaciones de rehabilitación a las personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.

Actividades

Diseñar el estudio.

Poner en marcha el estudio.

Recoger datos y obtener resultados y análisis.

Elaborar el informe.
Calendario: 2006.

Proyectos END 3.2: Modelo de rehabilitación para las personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.

Actividades
Crear un subgrupo de trabajo de expertos para propuestas y consenso de aspectos vinculados a la rehabilitación de este tipo de enfermedades.
Participar conjuntamente con CatSalut en el establecimiento de un protocolo de actuación que incluya la población diana, los criterios de inclusión y exclusión, los circuitos de acceso y los mecanismos de coordinación y continuum asistencial para la provisión de servicios de rehabilitación en las END, especialmente a domicilio.

Calendario: 2006-2007.

Proyectos. END 3.3: Mejorar el transporte con el fin de garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios.

Actividades
Analizar modelos existentes en Cataluña en la prestación de transporte colectivo o individual para usuarios de servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios que incluyan una evaluación de costes y eficiencia.
Hacer propuestas de accesibilidad en función del territorio para trabajar con los órganos territoriales correspondientes.

Calendario: 2007.

Línea END 4: Impulsar modelos de apoyo sanitario y/o sociosanitario a la familia a lo largo de todo el proceso de la enfermedad y valorar la prestación de este apoyo en el ámbito escolar, en el ámbito laboral, y en centros de atención diurna.

El diagnóstico de una enfermedad neurológica que puede cursar con discapacidad, o bien la presencia de secuelas de un daño cerebral sobrevenido, provoca un importante impacto tanto en la persona afectada como en su entorno.
A menudo la reinserción de los enfermos con importantes minusvalías pasa por asistir a centros escolares, de trabajo o de ocio donde, en ocasiones, falta apoyo sanitario.

Objetivos operativos
- Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y su entorno: sus familias y los ámbitos no sanitarios en que se desarrolla la actividad diaria del enfermo: escuelas, ámbito laboral, centros de atención diurna, etc.
- Ajustar los recursos a las necesidades de las personas afectadas, profesionales y centros mencionados.
- Convertir a la familia en un verdadero agente de salud mediante formación, asesoramiento, apoyo y herramientas necesarias para hacer frente a la situación con la máxima garantía y calidad de vida.
- Dar respuesta a las familias, desde la primera fase de detección y diagnóstico y en la evolución de la patología.

Proyectos. END 4.1: Valorar la implementación de de soporte en los centros de educación especial.

Actividades
Diseño de instrumentos de medida de las necesidades sanitarias de los alumnos de centros de educación especial.
Realizar un análisis territorial de las necesidades de intervención y de actuaciones específicas.
Valorar la creación de la figura del enfermero/enfermera de apoyo.

Calendario: 2006-2007.

Proyectos. END 4.2: Establecer servicios de atención y apoyo a las familias en los centros hospitalarios de referencia y/o hospitales de día y a la atención domiciliaria.

Actividades
Implementar la figura del enfermero/enfermera de enlace.
Mantener y mejorar la calidad de vida de la persona discapacitada en su domicilio mediante una valoración integral y un Plan de cuidados personalizado, en colaboración con los diferentes profesionales del EAP.
Mantener y mejorar la calidad de vida de la familia cuidadora, haciendo una valoración de la situación de esta familia y del cuidador principal, realizando prevención de la claudicación e identificando potenciales situaciones de riesgo.
Impulsar la coordinación con el EAP, PADES y otros niveles asistenciales.
Incrementar y especializar la oferta de ingreso temporal para estas familias. Este proyecto se tendría que vincular a otros similares que próximamente pondrá en marcha el programa para el impulso y la ordenación de la autonomía personal y la atención a las personas con situación de dependencia.

Calendario: 2006-2007.

Proyectos END 4.3: Elaboración de una guía para los profesionales sanitarios y otra para los pacientes y/o familiares con el fin de dar herramientas de actuación tanto en la etapa hospitalaria como a la post hospitalaria.

Actividades
Construir una guía que tiene que incluya información sobre la discapacidad (origen, causas, secuelas, evolución), información sobre recursos sociales (institucionales, tejido asociativo), grupos de apoyo, previsiones (planes estratégicos familiares), información sobre la patología, cómo gestionar los cambios físicos, cognitivos y de personalidad hacia el afectado directo, aspectos posturales, relacionales y herramientas de apoyo psicológico para aprender a convivir con la discapacidad con la mejor calidad de vida.

Calendario: 2006.

6.4. Líneas de actuación y proyectos de la atención a las personas en el final de la vida (FV).

La organización Mundial de la Salud (OMS), el año 2004, define los cuidados paliativos como "una atención destinada a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, que tienen que afrontar los problemas asociados a una enfermedad amenazante para la vida, mediante la prevención y la paliación del sufrimiento, a través de una identificación precoz y la evaluación y tratamiento que cuide todas las problemáticas que afecten el enfermo ya sean de tipo somático, emocional, ético, social o de cualquier otro tipo".
Esta definición pone de manifiesto que el sujeto de la atención es el enfermo y su familia y expone la manera en que se tienen que abordar diferentes tipos de aspectos, también pone de manifiesto que es necesaria la aportación de diferentes profesionales, es decir, que hay que abordarlo con interdisciplinariedad.
El desarrollo de las unidad de cuidados paliativos no ha sido homogéneo en España, y en este aspecto Cataluña ha sido puntera en la creación de unidades específicas de cuidados paliativos, además de haber firmado, el año 1990, el programa de colaboración con la Organización Mundial de la Salud para el quinquenio 1990-1995, con la finalidad de desarrollar los cuidados paliativos en Cataluña, lo cual representó un fuerte impulso para esta línea de atención.

A efectos de este Plan director, los expertos que han desarrollado esta línea específica han propiciado un cambio terminológico, pasando a denominar lo que hasta ahora llamábamos cuidados paliativos con un término más amplio, la atención en el final de la vida, considerando que todas las personas, y no únicamente los pacientes oncológicos, en algún momento de su proceso de muerte, pueden necesitar una atención especial que contemple todas las dimensiones expresadas en la definición de la OMS antes mencionada.
Actualmente, se estima que en las unidades de cuidados paliativos se atiende a un 60% de personas con cáncer y a un 40% de otras patologías, cuando en otros lugares se sitúa en torno al 80% y el 20% respectivamente.
Con todo, la cobertura de acceso a cuidados paliativos en enfermos de cáncer se estima en torno al 70%, en otras patologías es menor, con la dificultad añadida de determinar la cobertura óptima de recursos específicos para poblaciones como la de enfermos geriátricos y crónicos evolutivos de todo tipo, con alta o baja prevalencia.
Aunque la atención a este tipo de enfermos ha experimentado un gran avance desde los años 90, faltan aspectos de mayor cobertura poblacional y equidad en el acceso que justifican el planteamiento de proyectos de mejora.

Línea de actuación FV1: Mejorar aspectos de la atención a enfermos de cáncer y promover la atención de enfermos terminales no oncológicos.

Justificación
Hasta ahora los cuidados paliativos se han desarrollado y centrado fundamentalmente en la atención de enfermos de cáncer, generando evidencia y experiencia de efectividad, eficiencia, y satisfacción.
En Cataluña, el hecho de que los PADES atiendan a enfermos de cáncer y otras patologías , así como el hecho de que una mayoría de unidades paliativas estén ubicadas en centros sociosanitarios, ha originado una proporción de tipologías de enfermos atendidos sustancialmente diferente de la de otros países.

Objetivos operativos
- Mejorar la accesibilidad precoz, la cooperación, la atención continuada de enfermos avanzados de cáncer y las acciones integradas de servicios de cuidados paliativos y servicios oncológicos.

- Conseguir la equidad, cobertura precoz y atención continuada y accesibilidad a servicios paliativos para enfermos oncológicos y no oncológicos.
- Evaluar necesidades y diseñar medidas que permitan elaborar políticas de mejora en el final de la vida para enfermos no oncológicos.

Proyecto FV.1.1: Mejorar aspectos de la atención de enfermos avanzados y terminales de cáncer: atención continuada y accesibilidad.

Actividades

Evaluación de la accesibilidad en situaciones de emergencia por parte de los servicios de cuidados paliativos y elaboración de propuestas de mejora.

Elaboración de guías de cooperación e intervención precoz basadas en las necesidades de enfermos y familias, orientadas a la intervención preventiva de crisis y de gestión de caso, que promuevan el uso apropiado de recursos.

Puesta en marcha de proyectos demostrativos, evaluación y extensión en el resto del territorio.

Calendario: 2006 - 2007.

Proyecto FV.1.2: Extensión de los cuidados paliativos a los enfermos no oncológicos.

Actividades

Creación de un grupo de trabajo que evalúe necesidades, elabore criterios y propuestas, revise la evidencia científica disponible y proponga medidas y modelos organizativos en 4 ámbitos geográficos diferentes, con visión de sector y cooperación entre niveles asistenciales, y elabore conclusiones y propuestas de implementación para toda Cataluña.

Poner en marcha proyectos de atención al final de la vida en enfermos no oncológicos, y generar experiencia y evidencia en este aspecto, que permita tomar y extender medidas a medio plazo a nivel de atención primaria y hospitales.

Calendario: 2006-2007.

Línea de actuación 2 FV: Implementación de medidas generales de atención al final de la vida en ámbitos específicos.

Justificación

Hay servicios con alta prevalencia de enfermos terminales donde faltan criterios claros de organización para el final de la vida como son las residencias, los servicios de urgencias y la atención primaria.

El 54% de los catalanes mueren hospitalizados (el 38% en hospitales de agudos, y el 16% en centros sociosanitarios). Llama la atención que sólo un 45% de las muertes en los hospitales se producen en habitaciones convencionales (un 35% lo hacen en las salas de urgencias y un 20% en las UCI). Así pues, se puede deducir que menos de la mitad de las muertes suceden en sitios diseñados para atender la agonía, el acompañamiento familiar y para facilitar el duelo posterior.

Desde la perspectiva de la atención primaria, la excesiva hospitalización de la muerte puede ser multifactorial debida, por una parte, a la falta de confianza en este nivel asistencial, por las nuevas condiciones de trabajo, por la modificación de la estructura familiar, el cambio cultural, etc. Todo esto hace que en la práctica nos encontremos con que

ante la falta de cuidador, la familia prefiere que el paciente muera en un hospital.
Por otra parte, otros servicios de atención situados en la comunidad, como los PADES, evidencian que es posible recuperar la antigua tradición de los profesionales de la salud de cuidar a sus pacientes hasta el final de la vida.

Objetivos operativos
- Mejorar la atención al final de la vida en recursos convencionales clave con elevadas prevalencias de enfermos avanzados y terminales (atención primaria, urgencias, residencias).
- Crear evidencia científica en la mejora de la atención al final de la vida a través de la adaptación a la atención de enfermos terminales en los ámbitos de la atención primaria, los servicios de urgencias y las residencias.
- Elaboración de protocolos conjuntos.

Proyecto FV 2.1: Implementar medidas generales de mejora de la atención al final de la vida en la atención primaria de salud, servicios de urgencias y residencias.

Actuaciones
Evaluar necesidades.
Crear grupos de trabajo.
Definir los criterios de mejora que hay que abordar y las medidas que hay que implantar con el proyecto.
Poner en marcha proyectos demostrativos y evaluar la extensión progresiva en el resto de territorio.

Calendario: 2006-2007.

Línea de actuación FV 3: Desarrollar, en los diferentes sectores territoriales sanitarios, políticas integrales de atención al final de la vida y favorecer el acceso y equidad en servicios o medidas en función de la complejidad de la situación.

Justificación
Se da una alta variabilidad en la implantación territorial y en la organización para el acceso a los servicios de cuidados paliativos en el conjunto de Cataluña.

Objetivos operativos
- Incrementar la equidad en la accesibilidad a todas las tipologías de servicios paliativos en todo el territorio.
- Disminuir la variabilidad de la cobertura de los servicios de cuidados paliativos en el territorio.

Proyecto FV 3.1: Elaborar e implementar en todos los sectores sanitarios políticas integrales de atención al final de la vida.

Actuaciones
Jornada formativa y de benchmark.
Diseño de un Plan integral de atención al final de vida por parte de cada sector sanitario en su ámbito territorial.
Ejecución de los planes territoriales y evaluación al año.

Calendario: 2006-2007.

Línea de actuación FV 4: Establecer medidas de evaluación de la calidad de los resultados clínicos y de la asistencia a los aspectos subjetivos de los pacientes.

Justificación

La mejora de la calidad precisa de la monitorización de indicadores y de la medida y evaluación de manera periódica de aspectos relevantes de la atención.

En el análisis cualitativo de la situación de la atención al final de la vida se han identificado claves para la evaluación de las consecuencias de la atención: los resultados clínicos en los servicios de cuidados paliativos y los aspectos subjetivos en la atención a los pacientes paliativos.

Objetivos operativos

- Mejorar la calidad de la atención en las unidades de cuidados paliativos, incorporando la evaluación de las consecuencias de la atención: los resultados clínicos en los servicios de cuidados paliativos y los aspectos subjetivos en la atención a los pacientes paliativos.

Proyecto FV 4.1: Evaluar sistemáticamente los equipos de cuidados paliativos respecto de sus resultados clínicos y, de manera periódica, su calidad.

Actividades

Elaboración de una guía de evaluación de resultados clínicos que determine los indicadores y los estándares y proponga la metodología que hay que seguir.

Incorporación de un sistema validado de medida de resultados clínicos en los servicios de cuidados paliativos adaptado a sus niveles de complejidad y de evaluación y mejora de calidad.

Propuesta de incorporación de la medida de algunos resultados clínicos a los contratos de compra de servicios y de la existencia de planes formales de evaluación y mejora de calidad.

Calendario: 2006-2007.

Proyecto FV 4.2: Evaluar, por parte de los servicios de cuidados paliativos, los aspectos subjetivos y adopción de medidas de mejora.

Actividades

Elaborar una guía de evaluación de situación subjetiva que determine los indicadores y proponga sistemas validados consensuados de evaluación y medida, considerando los aspectos bioéticos.

Establecer protocolos de intervenciones específicas en situaciones de necesidades y acceso a profesionales específicos del ámbito de la psicología y la psiquiatría y salud mental.

Calendario: 2006-2007.

6.5. Líneas de actuación comunes o transversales (C)

A continuación se relacionan otras líneas de actuación que se consideran de alcance para las cuatro líneas de actuación, por lo que se hace un único apartado.

Línea de actuación C 1: Analizar la financiación de los diferentes tipos de unidades.

Justificación
Cada vez más los diferentes dispositivos asistenciales de la red atienden a enfermos más complejos. Las intervenciones han alcanzado un alto grado de complejidad, que requiere más formación y recursos más específicos, así como profesionales más experimentados y capacitados.
En la compra de servicios, se combinan diversos modelos: los de compra por actividad y tarifa (unidades en CSSS), los de estructura (PADES y UFISS), o bien las adaptaciones de tarifas de otros recursos (camas de agudos de CP).
Los nuevos modelos de financiación, especialmente per cápita tienen que contribuir para desarrollar mejoras en el pago en los servicios.

Objetivos operativos
- Adecuar la financiación de los servicios a la complejidad de las intervenciones que se realizan.

Proyecto C.1.1: Revisar los sistemas de financiación y compra de recursos específicos y de medidas de incentivo en los servicios convencionales.

Actividades
Establecer un grupo de trabajo específico para determinar sistemas de compra adecuados a la complejidad e incentivos de mejora en los servicios convencionales.

Calendario: 2006-2007.

Línea de actuación C.1.2: Analizar y proponer mejoras de la situación de los profesionales y de la investigación en este ámbito.

Justificación:
La formación es el elemento fundamental de la estructura de los equipos específicos y es por esta razón que tiene que ser objetivable y evaluable. Además, la formación es indispensable con el fin de mejorar la calidad de la atención.
Otro aspecto que hay que tener en cuenta es la situación de la investigación en cada una de las líneas de atención del Plan director sociosanitario que presenta unos rasgos comunes que hacen que, aunque se trata de temas relevantes en cuanto a magnitud y a la trascendencia de los problemas, en la actualidad exista producción insuficiente, se genere poca evidencia científica y se realicen pocos estudios que, además, están referidos en muchas ocasiones a aspectos de investigación básica y pocos a la investigación clínica aplicada.

Calendario: 2007.

Proyecto C. 1.3: Definir criterios de formación necesaria para cada grupo profesional y según el nivel asistencial

Objetivos operativos
- Identificar el grado de formación necesaria con el fin de capacitar para la atención especializada o específica y para cada nivel asistencial.

Actividades
Realizar un mapa de formación para cada línea de atención: identificar el nivel de formación y las necesidades por ámbitos territoriales y/o de todo el sistema.

Identificar el nivel de formación avanzada e intermedia como requisito para la compra a corto y/o a medio plazo.
Definir para cada línea de atención, nivel asistencial y ámbito, los estándares óptimos de formación que hay que alcanzar.
Incluir la formación básica en geriatría, la atención al final de la vida y la atención a la discapacidad como contenido troncal en la formación de pregrado de todas las disciplinas implicadas en las ciencias de la salud y ciencias sociales.

Calendario: 2007.

Proyecto C. 1.4: Introducción de mejoras para los profesionales.

Los profesionales que trabajan en el ámbito sociosanitario precisan de elementos que permitan prestigiar su tarea, así como de incentivos motivadores y de promoción. En la actualidad se identifican agravios comparativos muy importantes respecto, tanto a elementos retributivos, como a otros incentivos que pueden favorecer el clima de trabajo y la permanencia de los profesionales en el ámbito sociosanitario, como la facilidad para disfrutar de formación continuada o participar en acontecimientos científicos.

Actividades
Aproximar de forma progresiva el sistema retributivo al del resto de la red sanitaria.
Estudiar la introducción de elementos de carrera profesional.
Unir al sistema de compra de servicios criterios de calidad y reconocimiento del conocimiento experto y excelencia.
Crear un grupo de trabajo que analice las propuestas anteriores y proponga medidas para su implementación.

Calendario: 2006-2007.

Proyecto C 1. 5: Potenciar la investigación en las cuatro líneas de atención.

Actividades:
- Estudiar temas relacionados con las cuatro líneas mencionadas haciendo especial énfasis tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos y que incluya a todos los profesionales implicados (psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, médicos, etc.).
- Diseñar un Plan específico de investigación que permita, de forma progresiva y a corto plazo, conocer la situación de la que se parte, identifique las áreas prioritarias y potencie y financie trabajos de investigación específicos.

Calendario: 2006-2007.

Línea de actuación C. 2: Diseñar e implementar los recursos según los criterios del mapa sanitario y sociosanitario.

Proyecto C.2.1: Diseñar el mapa de recursos específicos en los diferentes escenarios territoriales y proponer los recursos adecuados.

Actividades
Identificar, en cada territorio, los recursos existentes de los diferentes dispositivos sociosanitarios.

Evaluar las necesidades de recursos sociosanitarios según las proyecciones poblacionales en el 2010 y 2015.
Analizar el despliegue y la financiación de los recursos sanitarios en los diferentes territorios.

Calendario: 2006-2007.

Línea de actuación C.3: Implementar modelos específicos de apoyo a los cuidadores informales.

Justificación
En la actualidad la atención a una persona mayor, con enfermedad de Alzheimer, con una enfermedad neurológica o bien en una situación de terminalidad, recae, en gran parte, en la familia del enfermo. Este tipo de atención, el llamado cuidado informal, generalmente lo presta una mujer de una edad comprendida entre los 45 y los 60 años que, mayoritariamente, tiene vínculos de parentesco con la persona enferma, según refieren numerosos autores que han analizado el tema.
Estos indican que las cuidadoras presentan con gran frecuencia cambios de rol familiar, interferencias en sus ocupaciones habituales, reducción de actividades sociales, sentimiento de agotamiento o sobrecarga, etc., lo cual, habitualmente, lleva a olvidar la propia salud, entre otros problemas.
Todos estos aspectos ponen de manifiesto la necesidad de realizar de forma sistemática tareas de reforzamiento y apoyo para las personas cuidadoras.

Proyecto C.3.1: Definir e implementar medidas sistemáticas con el fin de garantizar que las personas cuidadores reciban una atención específica.

Actividades
Diseño y consenso sobre un protocolo de atención al cuidador.
Implantación en todas las ABS de un protocolo de actuación específica con respecto a las personas cuidadoras.

Calendario: 2006-2007.

7. Mapa sociosanitario

7. Mapa sociosanitario

En este capítulo se presentan los criterios de planificación de servicios en relación con las necesidades de atención sociosanitaria, en el marco del Plan director sociosanitario y el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública.

El nuevo Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública se concibe como el instrumento principal de planificación de servicios del sistema público de salud en Cataluña. Su elaboración requiere, como primer paso y junto con el análisis de la situación, la definición de criterios de planificación de servicios con el fin de evaluar las necesidades de despliegue y adecuación de los recursos para dar respuesta a los problemas de salud de la población. En este proceso se han priorizado los ámbitos de los servicios relacionados con los planes directores del Departamento de Salud, entre ellos el Plan director sociosanitario.

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

En el ámbito de la atención sociosanitaria, previamente al Plan director existían criterios de planificación explícitos en relación a los servicios específicos sociosanitarios. El actual trabajo de definición de criterios de planificación de servicios, por lo tanto, ha consistido en la revisión de los criterios existentes, por una parte, y en la discusión de las necesidades de adaptación de los servicios de tipo general (principalmente, la atención primaria y la atención hospitalaria), por otra parte. Asimismo, se han propuesto una serie de actuaciones de mejora en forma de proyectos demostrativos, algunos de los cuales tendrán un impacto relevante en el tipo de servicios para la atención a las necesidades sociosanitarias y la relación entre ellos. Este proceso como ya se ha comentado, se ha llevado a cabo mediante grupos de trabajo en relación con las 4 líneas de atención del Plan (atención geriátrica, atención a las personas con demencia, atención a personas con enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad y atención a las personas al final de la vida). En los grupos mencionados han participado profesionales asistenciales, gestores de servicios, profesionales de la Dirección General de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud, profesionales del Departamento Acción Social y Ciudadanía, sociedades científicas y asociaciones de enfermos.

Los resultados de las sesiones de trabajo han permitido establecer las orientaciones necesarias que se deben tener en cuenta en la definición de los criterios de planificación de servicios (cuáles son las intervenciones que se tienen que considerar, en qué servicios se tienen que llevar a cabo, cuáles son los requerimientos principales de recursos que se pueden derivar y qué relaciones entre los diferentes tipos de servicios se tienen que producir). Estas orientaciones configuran el modelo de atención que impulsa el Plan director y han sido la base para la definición de los criterios de planificación que afectan a los diferentes tipos de servicios para la atención a las necesidades sociosanitarias, con un enfoque transversal.

Consideraciones generales sobre el modelo de atención a las necesidades sociosanitarias

7. Mapa sociosanitario

Cataluña, como ya se ha comentado, dispone de un modelo consolidado de atención sociosanitaria con una concepción global de la persona, un enfoque integral y basado en la multidisciplinariedad y una dimensión interdepartamental. El modelo actual es el resultado de las actuaciones realizadas a lo largo de más de 20 años, iniciadas para hacer frente al envejecimiento de la población y en el marco del proceso de la reconversión de la red tradicional de atención hospitalaria.

La red sociosanitaria, con una regulación específica de la cartera de servicios y estándares de calidad y el despliegue progresivo de recursos, se configura como la más desarrollada y descentralizada del conjunto del Estado, con reconocimiento internacional en algunas líneas de servicios, como la de cuidados paliativos, que se ha convertido en un referente de la OMS.

En el capítulo 5 de este documento, dedicado al análisis de la situación de los servicios sociosanitarios se describe la cartera de servicios actual de los servicios específicos de atención sociosanitaria, así como los recursos disponibles actualmente y la actividad que han llevado a cabo en los últimos años.

Este modelo, junto con algunas experiencias favorecedoras de la atención integral y la continuidad asistencial, a través de la gestión global del conjunto de los diferentes tipos de servicios que intervienen en el proceso de atención a las necesidades sociosanitarias (atención primaria, atención especializada de agudos y servicios sociosanitarios), constituye una de las principales fortalezas de la situación actual para hacer frente a los retos del futuro.

Sin embargo, tal como se expone en los capítulos anteriores, se pueden identificar una serie de problemas que habrá que superar para hacer posible una mejor adaptación del modelo a las necesidades de atención sociosanitarias de la sociedad actual y, a la vez, anticiparse a los problemas del futuro de acuerdo con las previsiones demográficas, epidemiológicas, sociales y culturales.

En tabla siguiente (tabla 41) se presentan de forma resumida los problemas identificados que tienen una relación más clara con la organización del modelo de atención y el funcionamiento de los servicios y, por lo tanto, aquellos que hay que tener más en cuenta desde la perspectiva de la planificación de servicios.

Tabla 41. Resumen de problemas identificados en relación con la organización del modelo de atención y el funcionamiento de los servicios actuales

- Variabilidad en la utilización de servicios y diferencias importantes en la capacidad asistencial por territorios.
- Falta de integración y/o circuitos funcionales de coordinación entre niveles y ámbitos asistenciales, con un sistema excesivamente fragmentado.
- Dificultades de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.
- Cobertura insuficiente de necesidades por tipología de recursos y determinados territorios, lo cual no permite adaptar algunos de estos recursos a las nuevas necesidades y provoca un uso inadecuado de los recursos disponibles.
- Insuficiente desarrollo y heterogeneidad de la atención geriátrica en la atención primaria y en los hospitales de agudos.
- Poco desarrollo de los cuidados paliativos en la población geriátrica con enfermedades terminales no neoplásicas.
- Percepción por parte de pacientes y familiares de una cierta desatención en determinadas situaciones, especialmente con respecto al ámbito de las enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad.
- Poca adaptación de la formación de los profesionales de los servicios de tipo general (atención primaria, atención especializada de agudos) a la atención de las necesidades sociosanitarias.
- Sistemas retributivos de los profesionales de los servicios sociosanitarios no homologados con los otros servicios sanitarios, incertidumbre en las perspectivas de desarrollo profesional e insuficiente reconocimiento y prestigio profesional en un marco de falta de una cultura de cooperación y unificación de criterios entre diferentes niveles asistenciales.
- Desigual conocimiento de la situación epidemiológica actual en relación con algunos problemas de salud (por ejemplo, enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad).

- Sistemas de información excesivamente complejos y poco útiles para la toma de decisiones y la comunicación entre profesionales y servicios.

Teniendo en cuenta los problemas mencionados, así como los principales cambios a los que nos enfrentamos, a continuación se resumen los principales retos del modelo de cara al futuro. Se han seleccionado aquellos que tienen más que ver con la planificación de los servicios.

Retos del modelo de atención a las necesidades sociosanitarias (desde la perspectiva de la planificación de servicios)

- Hacer frente al crecimiento demográfico de los últimos años y al previsto, en el que continuará el proceso de envejecimiento de la población, aunque con un impacto desigual a nivel territorial.
- Adaptarse a los cambios culturales y de la estructura familiar, con dinámicas diversificadas. Hay que prever que el impacto de la inmigración reciente en las necesidades de la población infantil y joven se trasladará progresivamente hacia los grupos de edad más avanzada.
- Abordar el aumento continuado de las necesidades asistenciales que, previsiblemente, generarán las nuevas posibilidades terapéuticas, rehabilitadoras y paliativas de acuerdo con el avance en la investigación y el conocimiento científico, incorporando estrategias de priorización para la adaptación de la cartera de servicios.
- Mejorar la accesibilidad a los servicios, potenciando la integración de la persona a su entorno familiar y social y, siempre que sea posible, la permanencia en el propio domicilio como alternativa a la hospitalización.
- Conseguir un mayor equilibrio territorial en la capacidad asistencial.
- Adaptar los servicios de atención primaria y de atención especializada con el fin de atender las necesidades sociosanitarias con una perspectiva integral y de coordinación con el resto de servicios.
- Mejorar la conexión entre los diferentes dispositivos, avanzando hacia un sistema en red, de asistencia integral y crecimiento transversal.
- Aprovechar la evolución tecnológica para hacer más eficiente el proceso de atención y la comunicación entre profesionales y servicios.
- Aprovechar el desarrollo del modelo de atención en la dependencia como una oportunidad de mejora de coordinación de los servicios sanitarios y sociales, a la vez que comportará un aumento de la capacidad de atención y una mejor adecuación de los servicios para dar respuesta a las necesidades sociales de las personas y los colectivos más vulnerables.

Criterios de planificación para la definición de escenarios de desarrollo y adecuación de servicios en el territorio:

El desarrollo del modelo de atención a las necesidades sociosanitarias, en el marco del Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública, se enfoca con una clara perspectiva territorial, en el sentido de planificar los servicios en base poblacional y de entender el territorio como una oportunidad para facilitar la comunicación entre niveles y la integración asistencial, configurando áreas de referencia comunes entre todos los servicios involucrados en la atención a las necesidades sociosanitarias.

En la definición de los criterios de planificación de servicios que se apuntan en este apartado se ha trabajado en tres líneas principales:

- La adaptación de los servicios de atención primaria y de atención especializada de agudos a los nuevos retos del modelo, con una visión de atención integral, multidisciplinar e interdepartamental que afecta a todas las redes asistenciales.
- La continuación del desarrollo de los servicios específicos sociosanitarios, de acuerdo con la cartera de servicios actual.
- La incorporación de propuestas de mejora en forma de proyectos demostrativos que afectan a los servicios, de acuerdo con las líneas de actuación para los 4 ámbitos del Plan director, las cuales conforman la parte precedente del apartado de propuestas del Plan.

7. Mapa sociosanitario

En relación con la adaptación de los servicios de atención primaria se trata de tener en cuenta que el perfil de utilización de los servicios varía según la edad y el sexo y, por lo tanto, la carga asistencial de los EAP está condicionada por el envejecimiento de su población de referencia. Asimismo, hay que incluir otras variables ligadas a la dependencia (población institucionalizada en residencias sociales, personas mayores que viven solas) como factores correctores para la asignación de recursos humanos de los EAP.

Con respecto a la adaptación de los servicios de atención especializada de agudos, los criterios para la definición de los escenarios de necesidades de hospitalización de agudos para el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública establecen que la tasa de hospitalización de cada territorio se tiene que acercar a un estándar-objetivo, el cual se tiene que ajustar en cada caso a la estructura de edad y sexo de la población de cada territorio. Para las poblaciones más envejecidas, también hay que prever un aumento en la complejidad de los casos, además del incremento en volumen de demanda.

En el ámbito de los servicios específicos de tipo sociosanitario, independientemente de su ubicación en centros sociosanitarios o en centros de la red general, se mantienen los criterios de planificación existentes hasta ahora, excepto en el caso de la atención al final de la vida.

Los criterios de planificación de los servicios sociosanitarios se habían fijado como estándares mínimos de manera que se pudiera alcanzar una capacidad asistencial más homogénea desde el punto de vista de equilibrio territorial. En general, se ha observado que allí donde se han alcanzado estos índices de recursos no hay problemas de listas de espera.

Por otra parte, la experiencia de desarrollo de los servicios de convalecencia-subagudos muestra que, además de la capacidad asistencial, el correcto drenaje de pacientes desde los servicios de hospitalización de agudos viene determinado también por aspectos ligados a la coordinación entre ambos tipos de servicios. Así pues, como referencia inicial se ha optado por no modificar estos criterios manteniendo la idea de conseguir una mayor accesibilidad y equilibrio territorial, pero permitiendo adaptarlos en cada caso a las especificidades territoriales de acuerdo con determinados elementos cualitativos de adaptación que se apuntan explícitamente.

Con respecto a la atención paliativa, una de las líneas de actuación del Plan director es el mantenimiento de la atención de cuidados paliativos a los enfermos con cáncer y la extensión más amplia a los enfermos geriátricos sin patología neoplásica. Se estima que en Cataluña unas 40.000-42.000 personas al año pueden requerir medidas de cuidados paliativos.

De estas, un 60-70% son complejas o presentan situaciones de complejidad, y requieren la intervención de recursos específicos. Aunque se propone un ligero incremento en los índices de referencia para el cálculo de necesidades de camas de cuidados paliativos, las medidas principales tienen que ser de reordenación y de integración de servicios ya existentes en un contexto de sectorización territorial.

En la tabla siguiente (tabla 42) se recogen los criterios de planificación que tienen que servir de referencia para la elaboración de los escenarios de desarrollo y la adecuación de los servicios para la atención a las necesidades sociosanitarias en el territorio, de manera que permitan tomar las decisiones más adecuadas teniendo en cuenta las necesidades en el horizonte de aquí al año 2015, las especificidades territoriales y la adaptación del modelo de atención.

Tabla 42. Criterios de planificación de los servicios para la atención a las necesidades sociosanitarias

Tipos de servicios	Criterios	Elementos cualitativos de adaptación en el territorio	Propuestas de mejora (proyectos demostrativos)
Atención primaria de salud (adaptación)	- Ponderar la población en función de los diferenciales de utilización de servicios, según la estructura de edad y sexo, en el cálculo de necesidades de recursos humanos por Equipo de Atención Primaria (EAP). - Incluir variables sobre personas mayores que viven solas, grado de dependencia y población institucionalizada en residencias sociales, como factores correctores para la asignación de recursos humanos de los EAP.	- Factores socioeconómicos como condicionantes de la demanda dirigida a los servicios públicos.	- Mejorar la atención domiciliaria a personas con enfermedades crónicas y/o discapacidad. - Detección y seguimiento de personas mayores frágiles por el enfermero o enfermera comunitario/a. - Implantar progresivamente un protocolo de actuación ante la sospecha clínica de deterioro cognitivo. - Mejorar la información y entrenamiento en el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos. - Mejorar la atención al final de la vida en la atención primaria de salud.
Atención hospitalaria de agudos (adaptación)	- Ajustar, según estructura de edad y sexo, la tasa de hospitalización estándar como base para el cálculo de la demanda esperada y la estimación de las necesidades de capacidad asistencial de los hospitales de agudos. - Prever una mayor necesidad de atención en unidades de críticos y semicríticos como resultado del aumento de complejidad debida a comorbilidad y envejecimiento de la población. - Prever dispositivos de hospitalización temporales para hacer frente al incremento estacional de la demanda, especialmente en el caso de las personas mayores.	- Factores socioeconómicos como condicionantes de la demanda dirigida a los servicios públicos. - Cartera de servicios y nivel de especialización de los hospitales de cada territorio.	- Potenciar unidades integrales de hospitalización a domicilio. - Completar el despliegue de unidades de agudos de geriatría en los hospitales de tercer nivel y de referencia. - Identificar servicios neurológicos hospitalarios de referencia. - Establecer protocolos de actuación en urgencias con el fin de mejorar la atención al final de la vida en los servicios de urgencias.

Tipos de servicios	Criterios	Elementos cualitativos de adaptación en el territorio	Propuestas de mejora (proyectos demostrativos)
Unitades de media estancia	- Convalecencia-subagudos: 1,8 camas por 1.000 habitantes mayores de 64 años. - Cuidados paliativos: 8-10 camas por 100.000 habitantes. - Unidades de media estancia polivalente (incluye sin diferenciación convalecencia-subagudos y cuidados paliativos): 2 camas por 1.000 habitantes mayores de 64 años.	- En áreas territoriales de referencia inferiores a 50.000 habitantes, la atención de convalecencia-subagudos y de cuidados paliativos será asumida por unidades de media estancia polivalente. - En las áreas más pobladas, se podrá diferenciar la atención en subunidades especializadas. También se podrán crear unidades específicas para enfermedad de Alzheimer y otras demencias. - En la ubicación y dimensionado de las unidades de convalecencia-subagudos hay que considerar factores de proximidad al territorio de residencia y de conexión ágil con los hospitales de agudos, que son el origen de la derivación de la mayoría de casos.	- Creación de unidades específicas para pacientes subagudos. - Revisión de la cartera de servicios y adaptación de la red de centros sociosanitarios para personas con END [enfermedades neurodegenerativas que pueden cursar con discapacidad].
Unidades de larga estancia	- 5 camas por 1.000 habitantes mayores de 64 años.	- Grado de desarrollo de la red de servicios sociales y de integración entre los servicios sociales y los sociosanitarios. - Factores socioeconómicos y culturales, como condicionantes del nivel de atención que pueden asumir los cuidadores en el entorno familiar.	
Hospital de día sociosanitario	- Líneas hospital de día: geriátrico, enfermedad de Alzheimer, paliativo, enfermedades neurodegenerativas. - 1,5 plazas por 1.000 habitantes mayores de 64 años.	- En la distribución territorial hay que tener en cuenta el tiempo de desplazamiento de la población y los sistemas de transporte.	- Desarrollar la normativa de contratación de actividad de estimulación cognitiva en el marco de los hospitales de día sociosanitarios. - Revisión de la cartera de servicios y adaptación de la red de centros sociosanitarios para personas con END.

Tipos de servicios	Criterios	Elementos cualitativos de adaptación en el territorio	Propuestas de mejora (proyectos demostrativos)
Equipos de evaluación integral ambulatoria (EEIA)	- Líneas EEIA: geriatría, cuidados paliativos y trastornos cognitivos	- Existencia de EEIA de referencia en cada GTS. - En áreas de más de 100.000 habitantes se recomienda contar con las tres líneas EEIA diferenciadas. En áreas de menor población habrá 1 consulta de evaluación y seguimiento.	- Utilización de los EEIA de geriatría como unidades de diagnóstico rápido. - Establecer sistemas de conexión flexibles y operativos entre los EEIA de trastornos cognitivos y la atención primaria. - Respuesta eficaz ante situaciones de crisis de manera coordinada entre la atención primaria y la red especializada. - Definir, entre los EEIA de trastornos cognitivos, equipos o unidades de referencia para personas jóvenes con demencia. - Reconocer las actividades de investigación y docencia en algunos EEIA de trastornos cognitivos.
PADES	- 1 Equipo PADES por cada 100.000 habitantes.		- Facilitar el acceso a la atención de cuidados paliativos especializados en la etapa final de su vida a pacientes geriátricos. - Implementar medidas de mejora de la atención al final de la vida en la atención primaria de salud.
UFISS	- Dos líneas UFISS: geriatría y cuidados paliativos. - Existencia de UFISS en todos los hospitales de agudos.	- En los hospitales de nivel terciario o de referencia estarán diferenciadas las dos líneas UFISS y en los hospitales más pequeños podrá haber UFISS mixtas.	- Intervención de los equipos especializados en geriatría (UFISS) en la atención a las personas mayores en los servicios de urgencias de los hospitales de agudos.
Otros servicios no sanitarios			- Implementar medidas de mejora de la atención al final de la vida en residencias. - Apoyo sanitario en las escuelas de educación especial.

Elaboración de los escenarios de desarrollo y adecuación de los servicios en el territorio.

Los escenarios de desarrollo y adecuación de los servicios a nivel de cada territorio, aplicando los criterios de planificación apuntados en el apartado anterior, se elaborarán en el contexto del Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública, con una visión global para el conjunto de servicios, y según la población actual y las proyecciones demográficas en el horizonte del año 2015.

Con respecto a las unidades territoriales de referencia, los escenarios se elaborarán para los ámbitos de los futuros gobiernos territoriales de salud (GTS). Por otra parte, tal como se desprende de los criterios apuntados anteriormente, hay que tener en cuenta que se configuran diferentes escenarios territoriales en función de la distribución territorial de la población, con áreas de menor densidad, que tendrán que disponer de servicios más polivalentes, áreas de mayor densidad de población y zonas de concentración metropolitana, que dispondrán de recursos más especializados en las diferentes líneas y subunidades definidas. En cualquier caso, la planificación a nivel territorial tiene que favorecer la consolidación de sistemas integrales de atención que pongan en relación los diferentes tipos de servicios adecuados a las necesidades y adaptados a las especificidades.

La planificación de servicios como proceso dinámico

El Plan director propone una serie de líneas de actuación y proyectos demostrativos que se tienen que implantar inicialmente en determinados territorios, en el periodo 2006-2007, que afectan a la tipología de servicios. De la ejecución de estos proyectos se derivarán criterios de planificación específicos para la extensión de nuevos tipos de servicios en el conjunto de Cataluña.

Asimismo, se prevé desarrollar una serie de estudios epidemiológicos y de evaluación de servicios que tienen que permitir conocer mejor la realidad actual y las tendencias, de manera que en el transcurso del proceso de desarrollo y adecuación de los servicios en los próximos 10 años se introducirán los ajustes necesarios en los criterios y escenarios, entendiendo que tanto el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública como el Plan director son instrumentos de planificación dinámicos que permiten la reorientación parcial de las actuaciones como resultado de la observación de la evolución de la realidad y la propia evaluación. En este sentido, entre los trabajos propuestos hay que destacar el estudio epidemiológico sobre las enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad o el análisis de experiencias demostrativas territoriales existentes.

Finalmente, el desarrollo del programa para el impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia (PRODEP), así como los avances en la definición del modelo de atención a la dependencia, aportarán nuevos elementos de contexto, a los que habrá que adaptar los diferentes servicios implicados en la atención a las personas dependientes.

8. Seguimiento y evaluación

8. Seguimiento y evaluación

Con el fin de avanzar en la utilización y en el análisis de la información disponible, y con el objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria a las personas mayores, a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, a las personas con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad y a las personas en el final de la vida, es necesario hacer una recopilación de indicadores para evaluar la mejora en la atención a las personas incluidas en el PDSS desde una perspectiva integral, definiendo intervenciones preventivas, curativas, rehabilitadoras y de ayuda a morir dignamente.

La integración de esta información puede contribuir a la identificación de márgenes de mejora de la atención y sugerir a los gestores y planificadores sanitarios nuevas iniciativas para la compra y provisión de servicios.
Se presentan un conjunto de indicadores que nos permiten proporcionar información que dé apoyo a la toma de decisiones a la hora de planificar, organizar, gestionar y evaluar el avance del Plan director sociosanitario. El propósito, por lo tanto, es disponer de información fiable, consistente y sistemática que en la periodicidad pertinente permita seguir y evaluar la progresión de los principales objetivos estratégicos del Plan director y de aquellos objetivos operativos de trascendencia para la correcta implementación del Plan. Dado que algunos de los proyectos de mejora que se plantean en este Plan director precisan de su evaluación y análisis, los indicadores formulados se refieren sólo a aquellas intervenciones contrastadas e incorporadas actualmente a la práctica.
La elección de los indicadores de seguimiento y evaluación se ha basado en los principios de objetividad, validez, sensibilidad, especificidad y consenso. En este sentido, hay que tener en cuenta que los actuales sistemas de información no permiten obtener un conjunto exhaustivo de indicadores. Es por esta razón, que con carácter de progresividad y factibilidad, se irán perfeccionando los indicadores existentes y se incluirán otros que se consideren necesarios para llegar a disponer de un buen análisis de la situación y evolución de la atención sociosanitaria en Cataluña y de la respuesta asistencial del sistema sanitario catalán en este importante aspecto.
Con respecto al resto de objetivos que por razones tecnológicas, funcionales o conceptuales no sean susceptibles de ser evaluados a partir de indicadores sintéticos, se utilizarán mecanismos y herramientas de evaluación ad-hoc detalladas en el presente documento. El Plan director sociosanitario utilizará, por lo tanto, como indicadores sintéticos básicos de seguimiento y evaluación los que se presentan a continuación.

OBJETIVO	Mejorar la atención a las personas mayores, especialmente aquellas con más necesidades sociosanitarias desde una perspectiva integral, definiendo intervenciones preventivas, curativas, rehabilitadoras y de ayuda a morir dignamente, de aplicación desde todas las líneas de servicios del Plan director sociosanitario: **Identificar la población >75 años, con criterios de fragilidad**
Indicador:	% de población atendida de >75 años, con criterios de fragilidad.
Meta:	80%
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	Diversos estudios demuestran que un abordaje preventivo sobre las personas mayores con mayor riesgo permite reducir sus complicaciones, por lo cual es muy importante tener identificada a esta población.
Construcción del indicador:	**Numerador:** Número total de población atendida de >75 años identificada como frágil por el EAP. **Denominador:** Número de población atendida de >75 años
Fuente de Información:	HCAP

8. Seguimiento y evaluación

OBJETIVO	Mejorar la atención a las personas mayores, especialmente aquellas con más necesidades sociosanitarias desde una perspectiva integral, definiendo intervenciones preventivas, curativas, rehabilitadoras y de ayuda a morir dignamente, de aplicación desde todas las líneas de servicios del Plan director sociosanitario: **Conocer la aplicación del protocolo PREALT en los pacientes que lo requieren.**
Indicador:	% de pacientes >65 años en que se ha comunicado el alta al EAP, de acuerdo con el protocolo PREALT.
Meta:	90%
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	El cambio de dispositivo y/o nivel de atención es un momento crítico para el enfermo y su familia, en el que las acciones dirigidas a promover la continuidad asistencial adquieren una gran importancia.
Construcción del indicador:	**Numerador:** Núm. de pacientes de >65 años incluidos en el protocolo PREALT con comunicación del alta al EAP **Denominador:** Núm. de pacientes de >65 años incluidos en el protocolo PREALT Entidad proveedora (contrato compra)
Fuente de Información:	Unidad responsable: regiones sanitarias

OBJETIVO	Mejorar la atención a los enfermos terminales, oncológicos y no oncológicos, introduciendo aspectos de equidad, cobertura precoz, atención continuada y accesibilidad en la atención a las personas al final de la vida
Indicador:	% de pacientes no oncológicos terminales atendidos al final de la vida que reciben atención de las unidades de cuidados paliativos. % de pacientes no oncológicos terminales atendidos al final de la vida que reciben atención de cuidados paliativos a domicilio.
Meta:	80%
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	En Cataluña existe una importante red de cuidados paliativos que atiende mayoritariamente a pacientes oncológicos, pero el Plan director marca como nueva tendencia la atención al final de la vida también en los enfermos no oncológicos.
Construcción del indicador:	**Numerador:** pacientes no oncológicos atendidos al final de la vida que reciben atención de las unidades de cuidados paliativos. **Denominador:** pacientes terminales atendidos en las unidades de cuidados paliativos. **Numerador:** pacientes no oncológicos atendidos al final de la vida que reciben atención de las unidades de cuidados paliativos a través del PADES en su domicilio. **Denominador:** pacientes terminales atendidos en el PADES.
Fuente de Información:	HCAP / Unidades de cuidados paliativos/CMBD

OBJETIVO	Mejorar la atención a las personas, especialmente aquellas con más necesidades sociosanitarias, desde una perspectiva integral, definiendo intervenciones preventivas, curativas, rehabilitadoras y de ayuda a morir dignamente, de aplicación a todas las líneas de servicio del Plan director sociosanitario
Indicador:	Número de gobiernos territoriales de salud (GTS) con el 90% de recursos sociosanitarios* según estándares establecidos para cada línea de servicios.
Meta:	95%
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	La adecuada dotación de los diferentes tipos de recursos sociosanitarios tiene como consecuencia una buena gestión de listas de espera.
Construcción del indicador:	**Numerador:** Número de servicios sociosanitarios **Denominador:** Número de servicios sociosanitarios óptimos (según estándares) por GTS
Fuente de Información:	Cartera de Servicios CATSALUT

* Larga estancia, media estancia (CV+CP), media estancia convalecencia, cuidados paliativos, hospital de día, PADES.

OBJETIVO	Mejorar la calidad de la atención a las personas de >65 años con enfermedad crónica, especialmente cardiaca y respiratoria, con una alta frecuentación a los servicios de urgencias e ingresos recurrentes, organizando una red de calidad que incluya servicios de internamiento y ambulatorios de apoyo a la AP y a las urgencias hospitalarias.
Indicador:	% de pacientes de >65 años atendidos en urgencias hospitalarias por enfermedad crónica (enfermedad respiratoria, cardiovascular).
Meta:	Reducción del 10%
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	Mediante los equipos de apoyo a urgencias hospitalarias se podrá ofrecer una mejor atención a los pacientes y al mismo tiempo regular la frecuentación.
Construcción del indicador:	**Numerador:** número de pacientes de >65 años atendidos en urgencias hospitalarias por enfermedad crónica (enfermedad respiratoria, cardiovascular). **Denominador:** Número de pacientes >65 años que acuden a urgencias hospitalarias.
Fuente de Información:	Por contrato: Entidad proveedora Regiones sanitarias

8. Seguimiento y evaluación

OBJETIVO	Mejorar el acceso al tratamiento de fármacos opioides por parte del PADES
Indicador:	Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) de fármacos opioides prescritos desde la atención primaria, por el PADES
Meta:	Conocer la evolución
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	El consumo de fármacos opioides es uno de los criterios utilizados para medir la buena praxis respecto de la analgesia en la atención al enfermo paliativo.
Construcción del indicador:	Fármacos opioides prescritos desde la atención primaria, por el PADES
Fuente de Información:	DATAMART Primaria

OBJETIVO	Revisar la polimedicación de las personas de >65 años
Indicador:	% medio de fármacos, prescritos a las personas de > de 65 años
Meta:	Conocer la evolución
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	Dado que la población de >65 años, a causa de los tratamientos que tienen que seguir por una enfermedad crónica, precisan de diversos medicamentos, se hace necesario hacer una revisión de este tratamiento, con el fin de mejorar la calidad de la prescripción.
Construcción del indicador:	Número de fármacos prescritos a personas de > 65 años.
Fuente de Información:	Aplicación informática DATAMART de primaria

OBJETIVO	Conseguir que los pacientes con demencia tipo Alzheimer reciban el tratamiento adecuado en las primeras fases de la enfermedad.
Indicador:	Porcentaje de pacientes con Alzheimer, con fase leve o moderada, que reciben tratamientos específicos (anticolinesterásicos).
Meta:	80% de la prevalencia poblacional estimada
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	Con los nuevos tratamientos del Alzheimer, se hace necesario que la prescripción esté adecuada a la fase indicada de la enfermedad.
Construcción del indicador:	**Numerador:** Pacientes con Alzheimer, en fase leve o moderada, que reciben tratamientos específicos (anticolinesterásicos). **Denominador:** Pacientes con Alzheimer, con fase leve o moderada.
Fuente de Información:	Aplicación informática DATAMART primaria

OBJETIVO	Conocer a las personas >70 años con demencia de Alzheimer y otras demencias conocidas por su EAP.
Indicador:	% de pacientes mayores de 70 años cuyo diagnóstico de demencia de Alzheimer conste en la historia clínica del EAP % de pacientes mayores de 70 cuyo diagnóstico de otras demencias conste en la historia clínica del EAP
Meta:	Conocer la prevalencia atendida del Alzheimer y otras demencias.
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	Hacer una detección y seguimiento adecuado de los pacientes con demencia de Alzheimer y otras demencias desde los EAP, con el fin de asegurar tratamientos, atenció domiciliaria (ATDOM), recursos sociosanitarios etc.
Construcción del indicador:	**Numerador:** Pacientes de 70 años cuyo diagnóstico de demencia de Alzheimer conste en la historia clínica del EAP. **Denominador:** Pacientes de 70 años atendidos por el EAP Numerador: Pacientes de 70 años cuyo diagnóstico de otras demencias conste en la historia clínica del EAP. **Denominador:** Pacientes de 70 años atendidos por el EAP
Fuente de Información:	HCAP

OBJETIVO	Instaurar los programas de valoración de riesgos en todas las unidades de internamiento sociosanitario
Indicador:	Porcentaje de pacientes con valoración de riesgos sobre síndromes geriátricos (caídas, llagas, nutrición, síndrome confusional agudo) en las unidades de internamiento sociosanitario
Meta:	95%
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	La valoración del riesgo de los síndromes geriátricos permitirá adecuar las medidas asistenciales con el fin de mejorar la calidad asistencial a los pacientes ingresados.
Construcción del indicador:	**Numerador:** número de pacientes con valoración de riesgos sobre síndromes geriátricos. **Denominador:** número de pacientes ingresados.
Fuente de Información:	CMBD-SS (RUG)

OBJETIVO	Potenciar el programa ATDOM
Indicador:	% de población con criterios de fragilidad de 75 años o más asignada al EAP atendida en el programa ATDOM.
Meta:	80%
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	Las personas frágiles constituyen un grupo especialmente vulnerable en la atención primaria, que tiene que tener un preciso seguimiento mediante ATDOM
Construcción del indicador:	**Numerador:** población con criterios de fragilidad de 75 años o más asignada a la EAP atendida en el programa ATDOM **Denominador:** población con criterios de fragilidad de 75 años o más asignada al EAP
Fuente de Información:	HCAP

OBJETIVO	Reducir la estancia media de los pacientes ingresados por fractura de fémur
Indicador:	Estancia media de pacientes ingresados por fractura de fémur en hospitales de agudos. Estada media de pacientes ingresados por fractura de fémur en convalecencia
Meta:	Reducir un 5% la estancia media
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	La estancia media de las personas con fractura de fémur en los hospitales de agudos se tendría que ir reduciendo y los enfermos tendrían que ser trasladados a unidades de convalecencia que garantizan una atención continua en régimen hospitalario, pero a un coste sanitario menor.
Construcción del indicador:	Media de días de ingreso
Fuente de Información:	CMBD-SS

OBJETIVO	Reducir las infecciones nosocomiales en los centros sociosanitarios de larga estancia
Indicador:	Prevalencia de infección nosocomial en los centros sociosanitarios de larga estancia
Meta:	Prevalencia global < 7%
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	El índice de infección nosocomial constituye un buen indicador de calidad de cualquier centro de hospitalización.
Construcción del indicador:	**Numerador:** número de pacientes con infección nosocomial **Denominador:** número de pacientes ingresados
Fuente de Información:	CMBD / estudio de prevalencia EPINCAT

9. Bibliografía

9. Bibliografía

Casado D, Lopez-Casasnovas G. Vellesa, dependència i atencions de llarga durada. [Vejez, dependencia y atenciones de larga duración] Col. Estudis Socials 6. Barcelona: Fundació “la Caixa”; 2001

Defensor del pueblo. La atención Sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. [Monografía en internet]*. Madrid: Defensor del pueblo. Informes monográficos;2000; [acceso 10 de noviembre de 2005]. Disponible en: http://www.defensordelpueblo.es/documentacion/informesmonograficos

Defensor del pueblo. Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario. [Monografía en internet]*. Madrid: Defensor del pueblo. Informes monográficos; 2005; [acceso 10 de noviembre de 2005]. Disponible en: http://www.defensordelpueblo.es/documentacion/informesmonograficos/INFORME-DANIO.zip

Dizy D, Ruiz O, Fernández-Moreno M. Las personas mayores en situación de dependencia. Madrid: Edad & Vida; 2006

Elvira D, Rodríguez P,Tous Z. Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España. Madrid: Edad & Vida: 2005

Hilarión P, Miró M, Salvà A, Suñol R, Minguell C., Caja C. et al. Serveis sociosanitaris: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i família. [Servicios sociosanitarios: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención al paciente y familia] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Director Sociosanitari 02; 2006

Informe sobre la situación de las personas con discapacidad en España. [Internet] Madrid: Comisión de trabajo de Salud, Consumo, Asuntos Sociales, Educación y Cultura. Área de Estudios y Análisis; 2003; [acceso 8 de mayo de 2005]. Disponible en: http://www.cocemfe.es/cesinformesituacionpersonascondiscapacidad.pdf

Gascon J, Reñe R, Ramon JM, Hernández M, Sánchez C, Morchon S, et al. Prevalencia de demencia y de sus subtipos en la población de más de 70 años en el Prat del Llobregat (Barcelona). Comunicación oral LVI Reunión anual de la Sociedad Española de Neurologia. Barcelona, 2004

Generalitat de Catalunya. Activitats preventives per a la gent gran. [Actividades preventivas para la gente mayor] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública; 1999

Generalitat de Catalunya. Llibre Blanc de la Gent Gran activa. [Libro blanco de la gente activa] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social; 2002

Generalitat de Catalunya. Llibre Blanc de la Gent Gran amb dependència. [Libro blanco de la gente con dependencia] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social; 2002

Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut 2002. [Encuesta de salud 2002] [Monografía en Internet]*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; [acceso 8 de mayo de 2005]. Disponible en: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/pladesalut/doc5365.html

9. Bibliografía

Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. [Plan de salud de Cataluña 2002-2005] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2003

Generalitat de Catalunya. Persones amb discapacitat. [Personas con discapacidad] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família; 2003

Generalitat de Catalunya. Millorem l'atenció sanitària a les persones grans. Divisió d'Atenció Sociosanitària. [Mejoremos la atención sociosanitaria a las personas mayores. División de atención sociosanitaria] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut; 2003

Generalitat de Catalunya. L'atenció sociosanitària a Catalunya. Vida als anys 2003. Divisió d'Atenció Sociosanitària. [La atención sociosanitaria en Cataluña. Vida a los Años. División de atención sociosanitaria] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut; 2004

Generalitat de Catalunya. Malaltia d'Alzheimer i altres demències. Vida als anys 2003. Divisió d'Atenció Sociosanitària. [La enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades. Vida a los Años. División de atención sociosanitaria] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut; 2004

Generalitat de Catalunya. Els serveis sociosanitaris i l'atenció geriàtrica. Vida als anys 2003. Divisió d'Atenció Sociosanitària. [Los servicios sociosanitarios y la atención geriátrica. Vida a los Años. División de atención sociosanitaria] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut; 2004

Generalitat de Catalunya. Malalties neurodegeneratives i dany cerebral. Vida als anys 2003. Divisió d'Atenció Sociosanitària. [Enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral. Vida a los Años. División de atención sociosanitaria] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut; 2004

Generalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2004.[Análisis de la mortalidad en Cataluña] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2005

Gómez Batiste X, Porta J, Tuca A, Stjernsward J. Organización de servicios y programas de cuidados palitaivos. Madrid: Arán Ediciones SL; 2005

Institut Català de L'envelliment. Anuari de l'envelliment a Catalunya 2004. [Anuario del envejecimiento en Cataluña 2004] Barcelona: Institut de l'envelliment. Universitat Autònoma de Barcelona; 2004

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. [internet] Madrid: INE;2000 [acceso 8 de mayo de 2005]. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/disctodo.pdf

López Pousa S, Turón A, Agüera LF (editores). Abordaje integral de las demencias en fases avanzadas. Barcelona: Prous Science; 2005

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000

Park D, Schwarz N. Envejecimiento cognitivo. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2003 Plan estratégico nacional para el tratamiento integral de las enfermedades neurológicas. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2002

Puga MD, Abellán A, El proceso de discapacidad. Madrid: Fundación Pfizer; 2004

Puig J, Planas I, Tur A. Factores de crecimiento y proyecciones del gasto sanitario público por Comunidades Autónomas, registro histórico 1991-2003 y proyecciones 2004-2007 Barcelona: Centre de Recerca en Economia i Salut. U. Pompeu Fabra.

Ramírez JM, Aguilar M, Andreu L, Bernabeu M, Camprubí M, Gil A et al. L'atenció a les persones amb malalties neurodegeneratives i dany cerebral. [La atención a las personas con enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral] Barcelona: Documento de trabajo; 2005

Roy P, Ruiz JM (editores) Recomendaciones terapéuticas en las complicaciones psiquiátricas y conductuales de la demencia. Barcelona: Prous Sciencie; 2005

Salvà-Casanovas A, Llevadot D, Miró M, Vilalta M, Rovira JC. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004; 39:101-8

Sánchez C. Impacto Sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España. [Monografia en Internet]*. Madrid: Fundación Española de Enfermedades neurològicas. Informe FEEN 2006; [acceso 10 de junio de 2006]. Disponible en: http://www.feeneurologia.com/PDF/IMPACT-CIOSANITARIOENFERNEUROLOGICAS.pdf

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Indicadores y estándares de calidad en cuidados paliativos. Fundación Avedis Donnabedian. 2003

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. [Monografía en Internet]* [acceso 8 de junio de 2005]. Disponible en: www.secpal.com/guiacp/index.php

10. Actores del Plan

10. Actores del Plan

EQUIPO DEL PLAN DIRECTOR SOCIOSANITARIO

Maria Luisa de la Puente Martorell
Directora general
Dirección General de Planificación y Evaluación

Manel Balcells Díaz
Secretario
Secretaría de Estrategia y Coordinación (2004-abril 2006)

Carmen Caja López
Directora
Plan director sociosanitario

Antoni Salva Casanovas
Director
Plan director sociosanitario

Cristina Minguell Comas
Secretaria técnica

Lluïsa Belmonte Espuña
Administrativa

Anna Codina Ridao
Administrativa

COLABORADORES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Secretaría General

Marta Segura Bonet
Secretaria general

Maria Josep Borràs Pascual
Asesoría jurídica

Mercè Grau Bonàs
Asesoría jurídica

Dirección General de Planificación y Evaluación

Dolors Costa Sampere
Adjunta de dirección

Ricard Tresserras Gaju
Subdirector

Roger Pla Farnós
Oficina de Coordinación Planes Directores y Planificación Operativa

Lluís Bohigas Santasusagna
Oficina de Análisis Económico y Estrategias de Información

Elena Calvo València
Coordinación Planes Interdepartamentales

David Elvira Martínez
Oficina de Análisis Económico y Estrategias de Información

Pilar Brugulat Guiteras
Servicio del Plan de Salud

Carme Medina Molina
Servicio del Plan de Salud

Genís García Lorente
Unidad de Análisis Demanda de Información

Salvi Juncà Valdor
Unidad de Análisis Demanda de Información

Josep Fusté Sugrañes
Unidad de Mapa Sanitario

Mercè Mercader Menéndez
Unidad de Planificación Operativa

Carme Beni Pardo
Unidad de Planificación Operativa

Laura Sampietro-Colom
Unidad de Planes Estratégicos

Diana Altabella Arrufat
Oficina de Coordinación de Planes Directores y Planificación Operativa

10. Actores del Plan

Dirección General de Salud Pública

Antoni Plasència Taradach
Director general

Dirección General de Recursos Sanitarios

Rafael Manzanera López
Director general

Lluis Josep Torralba Novella
Subdirector general

Delegaciones territoriales

Sebastià Barranco Tomás
Región Sanitaria de Lleida

Ramon Pujol Martínez
Región Sanitaria Alto Pirineo y Arán

Josep Maria Sabaté Guasch
Región Sanitaria Camp de Tarragona

Ismael Roldan Bermejo
Región Sanitaria Terres de l'Ebre

Ferran Cordon Granados
Región Sanitaria de Girona

Antoni Sans Miret
Región Sanitaria Cataluña Central

Enric Mangas Monge
Región Sanitaria de Barcelona

Josep Ganduxé Soler
Región Sanitaria de Barcelona

Gerard Ferrer Gadía
Región Sanitaria de Lleida

Marta Gabernet Foix
Región Sanitaria de Lleida

Felip Benavent Viladegut
Región Sanitaria Alto Pirineo y Arán

Carmen Cabezas Peña
Subdirectora general de promoción de la salud

Albert Navarro Anadon
Gerencia de la dirección

Rosa Gispert Magarola
Servicio Información y Estudios

Teresa Elias Aldosa
Región Sanitaria Alto Pirineo y Arán

Pilar Magrinyà Piñol
Región Sanitaria Camp de Tarragona

Teresa Rabada Arnau
Región Sanitaria Camp de Tarragona

Josep Faba Piñol
Región Sanitaria Terres de l'Ebre

Maria Teresa Faixedas Brunsoms
Región Sanitaria de Girona

Teresa Lapiedra Andrés
Región Sanitaria de Girona

Remei Juncadella Pianeli
Región Sanitaria Cataluña Central

Rosa Riera Anguera
Región Sanitaria Cataluña Central

Alejandro Guarga Rojas
Región Sanitaria de Barcelona

Montserrat Puigdollers García
Región Sanitaria de Barcelona

Servicio Catalán de la Salud

Enric Agustí Fabré
Subdirección

Francesc Brossa Linares
Gerencia compra y evaluación de servicios asistenciales

Josep Maria Argimon Pallás
División de evaluación de servicios

Carme Casas Puig
División compra servicios asistenciales

Pau Azpilicueta Aguilar
División compra servicios asistenciales

CONSEJO ASESOR

Gómez Batiste-Alentorn, Xavier
Presidente del Consejo Asesor sociosanitario

Caja López, Carmen
Directora del Plan director sociosanitario

Salvà Casanovas, Antoni
Director del Plan director sociosanitario

Minguell Comas, Cristina
Secretaria técnica del Consejo Plan director sociosanitario

Miembros

Abenoza Guardiola, Montserrat
Sociedad Catalanobalear de Rehabilitación

Agustí Fabré, Enric
Subdirecció del CatSalut

Aguilar Barbera, Miquel
Hospital Mutua de Terrassa

Altimir Losada, Salvador
Societat Catalanobalear de Geriatría y Gerontología

Andreu Daufi, Lourdes
Asociación Catalana de traumáticos craneoencefálicos

Aranzana Martínez, Antoni
Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria

Barba Boada, Rafael
Unión Catalana de Hospitales

Bayés Sopena, Ramon
Universitat Autònoma de Barcelona

Bel Muntada, Xavier
Corporación Sanitaria Parc Taulí

Bernabeu Guitart, Montserrat
Instituto Guttman

Boixadera Vendrell Mireia
Asociación enfermería familiar y comunitaria de Cataluña

Bové Padrós, Margarita
Asociación de padres de hijos con espina bífida

Bret Garriga, Montserrat
Hospital universitario Germans Trias i Pujol

10. Actores del Plan

Cabanes Duran, Concepción
Asociación Catalana de Enfermería

Calvo López, Antonio
Departamento de Bienestar y Familia

Campistol Plana, Jaume
Hospital Sant Joan de Déu

Casas Puig, Carmen
Servicio Catalán de la Salud

Cegri Lombardo, Francisco
Instituto Catalán de la Salud

Cervera Alemany, Antoni M.ª
Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria-IMAS

Corrales Baz, Esther
Instituto Catalán de Oncología

Cucurella Fabregat, Eulàlia
Alzheimer Cataluña

Cugat Leserus, Mario
Federación de Asociaciones de Personas Mayores de Cataluña

Escarrabill Sanglas, Joan
Instituto Catalán de la Salud

Figueras Masip, Emili
Asociación Parapléjicos y Grandes Minusvalías de Cataluña

Fontanals de Nadal, Maria Dulce
Fundación SAR

Garcia Navarro, José Augusto
Consorcio Hospitalario de Cataluña

Giner Quiñonero, Maria Rosa
Federación de Asociaciones de Enfermos de Alzheimer

Grande Cabezas, Emili
Federación ECOM

Grenzner Fonoll, Vicens
Instituto Catalán de la Salud

Illa Sendra, Isabel
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Limón Ramírez, Esther
Instituto Catalán de la Salud

Llambés Morera, Antoni
Instituto Catalán de la Salud

Loncan Vidal, Pilar
Sociedad Bioética ACMB

López Pousa, Secundi
Instituto de Asistencia Sanitaria Girona

Minguell Comas, Cristina
Asociación de Titulados en Salud Pública de Cataluña (AMASPUB)

Nabal Vicuña, Maria
Hospital Arnau de Vilanova

Pascual, Antoni
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Picaza Vila, Josep Maria
Instituto Catalán de la Salud

Pifarré Matas, Gemma.
Departamento de Bienestar y Familia

Póo Argulles, Pilar
Hospital Sant Joan de Déu

Puig Ustrell, Francesc
Asociación Catalana de Residencias Asistenciales

Ramírez Ribas, Josep Mª
Fundación Institut Guttmann

Reñé Ramírez, Ramon
Sociedad Catalana de Neurología

Rios Capella, Núria
Grupo de Afectados de Esclerosis Múltiple

Riquelme Olivares, Mercè
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

Roca Casas, Jordi
Hospital de la Santa Creu de Vic

Roca Roger, Montserrat
Ayuntamiento de Granollers

Rodríguez Mesa, Dulce
Sociedad Catalanobalear de Cuidados Paliativos

Roman Lopez, José
Asociación Catalana de Establecimientos Sanitarios

Rosell Simon, Mireia
Corporación Parc Taulí

Rovira Campos, Esther
Departamento de Bienestar y Familia

Sala Rovira, Carme
Fundación Hospital Sant Llàtzer

Sánchez Ferrín, Pau
Consorcio Sanitario Integral

Sánchez Sánchez, Ana
Federación Catalana de Enfermedades Neurológicas Poco Frecuentes

Santacruz Saura, Víctor
Hospital de la Santa Creu de Tortosa

Santos Gallego, Carme
Clínica Barceloneta

Sastre Garriga, Jaume
Fundación Esclerosis Múltiple -FEM

Solans Mestre, Mercè
Instituto Guttman

Tàrraga Mestre, Lluís
Fundación ACE

Tarruella Tomas, Conxita
Federación ECOM

Trelis Navarro, Jordi
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Trias Jover, Assumpta
Instituto Catalán de la Salud

Tudela Fernández, Jordi
COCARMI

Vaqueiro Subirats, Montserrat
Corporación Sanitaria Parc Taulí

Vernet Aguiló, Fina
Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

COMISIÓN PERMANENTE

Caja López, Carmen
Directora del Plan director sociosanitario

Salvà Casanovas, Antoni
Director del Plan director sociosanitario

Minguell Comas, Cristina
Secretaria Técnica Consejo Plan director sociosanitario

Gómez Batiste-Alentorn, Xavier
Presidente del Consejo Asesor

Barba Boada, Rafael
Unión Catalana de Hospitales

Bret Garriga, Montserrat
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

Rovira Campos, Esther
Departamento de Bienestar y Familia

López Pousa, Secundi
Instituto Asistencia Sanitaria Girona

Roca Casas, Jordi
Hospital de la Santa Creu de Vic

Trelis Navarro, Jordi
Instituto Catalán Oncología

Tries, Assumpta
Instituto Catalán de la Salud

Ramírez Ribas, Josep Maria
Fundación Institut Guttmann

Sánchez Ferrín, Pau
Consorcio Sanitario Integral

Vernet Aguiló, Josefina
Sociedad Española de Enfermería Geriátrica

GRUPOS DE TRABAJO

Demencias y geriatría

Altimir Losada, Salvador
Sociedad Catalanobalear de Geriatría y Gerontología

Aranzana Martí, Antonio
Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria

Cervera Alemany, Antoni Ma
Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria-IMAS

García Navarro, José Augusto
Consorcio Hospitalario Cataluña

López Pousa, Secundi
Instituto Asistencia Sanitaria Girona

Limón Ramírez, Esther
Instituto Catalán de la Salud

Bulbena Vilarrassa, Antoni
Instituto de Atención Psiquiátrica - IMAS

Malalties neurològiques

Abenoza Guardiola, Montserrat
Sociedad Catalanobalear de Rehabilitación

Aguilar Barbera, Miquel
Mutua de Terrassa

Andreu Daufi, Lourdes
Asociación Catalana de Traumáticos Craneoencefálicos - TRACE

Bel Muntada, Xavier
Corporación Sanitaria Parc Taulí

Bernabeu Guitart, Montserrat
Instituto Guttmann

Tàrraga Mestre, Lluís
Fundación ACE

Minguell Comas, Cristina
Departamento de Salud

Picaza Vila, Josep Maria
Instituto Catalán de la Salud

Reñé Ramírez, Ramon
Societat Catalanobalear de Neurología

Sánchez Ferrín, Pau
Consorcio Sanitario Integral

Trias Jover, Assumpta
Instituto Catalán de la Salud

Vernet Aguiló, Fina
Sociedad Española de Enfermería Geriátrica

Cegri Lombardo, Paco
Instituto Catalán de la Salud

Bret Garriga, Montserrat
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

Campistol Plana, Jaume
Hospital Sant Joan de Déu

Illa Sendra, Isabel
Hospital Santa Creu i Sant Pau

Llambés Morera, Antoni
Instituto Catalán de la Salud

Loncan Vidal, Pilar
Sociedad de Bioética ACMB

Minguell Comas, Cristina
Departamento de Salud

Pifarré Matas, Gemma
Departamento de Bienestar y Familia

Ramírez Ribas, Josep Maria
Fundación Institut Guttmann

Roca Roger, Montserrat
Ayuntamiento de Granollers

Rosell Simon, Mireia
Corporación Sanitaria Parc Taulí

Solans Mestre, Mercé
Instituto Guttmann

Tarruella Tomás, Conxita
Federación ECOM

Vaqueiro Subirats, Montserrat
Corporación Sanitaria Parc Taulí

Cures pal·liatives

Bayés Sopena, Ramon
Universitat Autònoma de Barcelona

Corrales Baz, Esther
Instituto Catalán de Oncología

Gómez-Batista Alentorn, Xavier
Servicio Cuidados Paliativos
Institut Catalán Oncología

Grenzner Fonoll, Vicens
Médico de familia

Limón Ramírez, Esther
Instituto Catalán de la Salud

Loncan Vidal, Pilar
Sociedad de Bioética ACMB

Minguell Comas, Cristina
Departamento de Salud

Nabal Vicuña, Maria
Hospital Arnau de Vilanova

Roca Roger, Montserrat
Ayuntamiento de Granollers

Fernàndez, Jordi
CORCARMI

Illa Sendra, Isabel
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Poo Argullez, Pilar
Hospital Sant Joan de Déu

Rodríguez Mesa, Dulce
Sociedad Catalanobalear de Cuidados Paliativos

Sastre Garriga, Jaume
Fundación Esclerosis Múltiple-FEM

Pascual, Antoni
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Riquelme Olivares, Mercè
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

Roca Casas, Jordi
Hospital de la Santa Creu de Vic

Rodríguez Mesa, Dulce
Societat Catalanobalear de Cuidados Paliativos

Sala Rovira, Carme
Fundación Hospital Sant Llàtzer

Santacruz Saura, Víctor
Hospital de la Santa Creu de Tortosa

Trelis Navarro, Jordi
Instituto Catalán Oncología Germans Trias i Pujol

Trias Jover, Assumpta
Instituto Catalán de la Salud

11. Anexo

11. Anexo

11.1. Listado de acrónimos

ABS: Área Básica de Salud
AP: Atención Primaria
APS: Atención Primaria de Salud
CAP: Centro de Atención Primaria
CatSalut: Servicio Catalán de la Salud
CCIPSH: Clasificación clínica para la investigación de políticas sanitarias de hospitalización
CMBD: Conjunto mínimo básico de datos
CMBDAH: Conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria
CMBDSM: Conjunto mínimo básico de datos en salud mental
CSS: Centro sociosanitario
CV: Convalecencia
DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades
DGPA: Dirección General de Planificación y Evaluación
DOGC: Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña
EAP: Equipo de Atención Primaria
EEIA: Equipo de evaluación integral ambulatoria
EBS: Esperanza de vida en buena salud
END: Enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad
ESCA: Encuesta de salud de Cataluña 2002
EV: Esperanza de vida
EVLI: Esperanza de vida libre de incapacidad
GTS: Gobiernos territoriales de salud
ICS: Instituto Catalán de la Salud
LE: Larga estancia
MEP: Media estancia polivalente
PADES: Programa de atención domiciliaria equipos de apoyo
PDSS: Plan director sociosanitario
PIUC: Plan integral de urgencias de Cataluña
PRODEP: Programa para el impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia
PVAA: Programa Vida a los Años
RCA: Registro central de asegurados
RS: Región sanitaria
TCE: Traumatismo craneoencefálico
UCP: Unidad de cuidados paliativos
UFISS: Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias
UGA: Unidades de agudos de geriatría en los hospitales de agudos

11.2. Decreto

Decreto de creación por el que se crea el Plan director sociosanitario y su Consejo Asesor (Decreto 39/2006 DOCG 4594 fecha 13-03-2006).

12350 Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña Núm. 4594 – 16.3.2006

DECRETO

39/2006, de 14 de marzo, por el que se crea el Plan Director sociosanitario y su consejo asesor.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, así como la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, prevén que el sistema sanitario tiene que estar orientado a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Asimismo, la disposición adicional quinta de la Ley 15/1990, de 9 de julio, precitada, establece que hay que proceder a finalizar el desarrollo gradual y armónico de los recursos institucionales sanitarios, de acuerdo con los baremos internacionalmente reconocidos, desarrollando un modelo de atención y organización específica para los ancianos con enfermedades invalidantes y enfermedades terminales.

A su vez, el artículo 62 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, creó el Plan de Salud de Cataluña como el instrumento indicativo y el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en la materia, en el ámbito de la Generalitat de Cataluña. Asimismo, el artículo 64 de esta Ley establece que corresponde al Departamento de Salud formular los criterios generales de la planificación sanitaria y también fijar los objetivos, los índices y los niveles básicos a alcanzar en las materias que se incluyen en el Plan de Salud de Cataluña.

La estructura demográfica de la población de Cataluña tiende, desde hace años, al progresivo envejecimiento y a una expectativa de vida que actualmente es de las más altas del mundo. Es preciso, por tanto, adecuar los dispositivos asistenciales a las necesidades de salud específicas del colectivo de gente de la tercera edad para favorecer un envejecimiento confortable y reducir la morbilidad asociada a la edad.

Desde esta perspectiva, es una prioridad para el Departamento de Salud fijar las directrices de la atención a la salud de la gente de la tercera edad mediante instrumentos de planificación específicos que, en el contexto global de los objetivos e intervenciones del Plan de Salud de Cataluña para la atención al envejecimiento, defina las estrategias de salud dirigidas a este colectivo.

Así, los servicios de atención primaria dirigidos a la gente de la tercera edad se orientan a adecuar la respuesta asistencial, en este estadio de la atención sanitaria, a las necesidades de salud de este grupo de población, con el objetivo último de prevenir la enfermedad y la discapacidad y retardar la dependencia asociada al envejecimiento.

El Plan director sociosanitario tendrá que dedicar también especial atención a las enfermedades neurodegenerativas y el daño cerebral y definir las estrategias que permitan organizar una atención que tenga en cuenta las necesidades especiales de las personas afectadas.

A tal fin como instrumento de planificación singular, que defina las estrategias de prevención y lucha de las enfermedades que afectan las personas incluidas en los grupos antes mencionados, se crea el Plan director sociosanitario, que tendrá que fijar, con una periodicidad de tres años, los objetivos de la atención sociosanitaria y determinar las actuaciones a realizar para alcanzarlos.

La planificación de la atención sociosanitaria debe contar también, para ser más eficaz, con la colaboración y el soporte de expertos en esta materia, que se articulará a través del Consejo Asesor sociosanitario, que se crea con este Decreto.

Para articular territorialmente el Plan director sociosanitario y partiendo de la estructura de descentralización organizativa del sistema sanitario de Cataluña, se ha previsto la vinculación del Plan director a las estructuras para la gobernabilidad territorial que se constituyan en al ámbito de la salud para adaptar los objetivos del Plan a las especificidades de su territorio de referencia y velar por su aplicación en este ámbito. En este mismo sentido de vertebración del Plan a la realidad asistencial, al Servicio Catalán de la Salud, como ente responsable de la contratación de servicios de salud, le corresponde garantizar que las entidades proveedoras de servicios asuman los objetivos del Plan y ejecuten actuaciones asistenciales concretas por hacerlo efectivo.

Al amparo de lo que prevé el artículo 61 de la Ley 13/1989, de 14 de diciembre, de organización, procedimiento y régimen jurídico de la Administración de la Generalitat de Cataluña, de acuerdo con el dictamen de la Comisión Jurídica Asesora, a propuesta de la consejera de Salud, y con la deliberación previa del Gobierno,

Decreto:

Artículo 1

1.1 Se crea el Plan director sociosanitario como instrumento de información, estudio y propuesta mediante el cual el Departamento de Salud determina las líneas directrices para impulsar, planificar, coordinar y evaluar las actuaciones a desarrollar en los ámbitos de los cuidados paliativos, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, la atención geriátrica, la atención a personas con enfermedades neurodegenerativas y el daño cerebral.

1.2 El Plan director sociosanitario tiene que definir las estrategias que se tengan en cuenta en la determinación de los objetivos de salud y operacionales que debe fijar el Plan de Salud de Cataluña en los ámbitos señalados en el apartado anterior.

1.3 Los objetivos del Plan director sociosanitario se tienen que adaptar a la realidad del territorio de referencia de las estructuras para la gobernabilidad territorial que se constituyan en cada momento en el ámbito de la salud, que velarán por el desarrollo de estos objetivos, de acuerdo con las directrices que fije el Departamento de Salud.

1.4 El Servicio Catalán de la Salud mediante los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios que formalice con las entidades proveedoras de servicios sanitarios tendrá que velar para que estas entidades lleven a cabo las actuaciones preventivas, asistenciales y organizativas necesarias para dar respuesta a los objetivos del Plan director sociosanitario.

11. Anexo

Artículo 2

2.1 El Plan director sociosanitario tiene por funciones:

a) Analizar y revisar las necesidades de salud específicas del colectivo de gente de la tercera edad.

b) Proponer áreas prioritarias de actuación en el ámbito de la asistencia de las enfermedades crónicas, de las enfermedades terminales, de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias o trastornos cognitivos, de los síndromes geriátricos y de las enfermedades neurodegenerativas y el daño cerebral.

c) Definir las medidas que es preciso adoptar bajo el punto de vista de la planificación, la ordenación y la evaluación de los servicios sociosanitarios para adecuar los dispositivos asistenciales a las necesidades de salud específicas del colectivo de gente de la tercera edad.

d) Proponer medidas para que la asistencia de estas enfermedades se lleve a cabo de una forma coordinada entre los diferentes niveles asistenciales y promover la atención integral.

e) Desarrollar guías de práctica clínica sobre problemas prevalentes en el ámbito de la atención sociosanitaria.

f) Desarrollar medidas que permitan analizar si las disponibilidades de los profesionales y las profesionales del ámbito sociosanitario, tanto desde una perspectiva cualitativa como cuantitativa se ajusta a las necesidades sociales y potenciar mecanismos de motivación de los y las profesionales.

g) Desarrollar estándares de calidad de atención de estas enfermedades.

h) Diseñar planes de actuación para fomentar la investigación y la docencia en el ámbito sociosanitario.

i) Formular propuestas para desarrollar el marco normativo que potencie la prevención y la atención de calidad de estas enfermedades.

2.2 En el desarrollo de estas funciones se hará el seguimiento y la validación del uso de la variante del género, de forma que se tengan en cuenta las especificidades de salud de las mujeres con el objeto de dar respuesta y ofrecer una atención integral ante sus necesidades.

Artículo 3

El Plan director sociosanitario será aprobado por el Gobierno de la Generalitat de Cataluña, a propuesta del consejero o la consejera de Salud y tendrá una vigencia de 3 años.

Artículo 4

4.1 La dirección del Plan director sociosanitario se asumirá, bajo el régimen de codirección, por dos personas profesionales expertas en el ámbito sociosanitario con vinculación, funcionaria, estatutaria de servicios de salud o laboral del Departamento de Salud o de los entes y organismos que están adscritos, las cuales serán nombradas por el consejero o la consejera de Salud a propuesta conjunta del secretario o la secretaria de Estrategia y Coordinación y del director o la directora general de Planificación y Evaluación. Las designaciones para desarrollar las funciones de codirección del Plan no suponen el acceso a nuevos puestos de trabajo, ni dan lugar, por tanto, a la consolidación de derechos a este respecto.

4.2 Corresponden a los codirectores o codirectoras del Plan director sociosanitario las funciones siguientes:

a) Impulsar, dirigir y coordinar los trabajos técnicos del Consejo Asesor, a que hace referencia el artículo 5 de este Decreto, en el proceso de elaboración del Plan, fijar sus objetivos generales y específicos y las prioridades, la programación de actuaciones y los calendarios de ejecución.

b) Proponer los criterios para la coordinación de los aspectos principales del proceso de elaboración del Plan director sociosanitario.

c) Formular la propuesta de Plan director sociosanitario en cada uno de los campos de actuación señalados al artículo 2 de este Decreto y elevarla al secretario o la secretaria de Estrategia y Coordinación y al director o la directora general de Planificación y Evaluación, para su propuesta conjunta al consejero o la consejera de Salud.

d) Definir y concretar las actuaciones a ejecutar sobre la base de los objetivos fijados y proponerlas a los órganos competentes.

e) Impulsar y hacer el seguimiento de la implantación del Plan en las diferentes regiones sanitarias de Cataluña.

f) Efectuar la evaluación del proceso de aplicación del Plan.

4.3 Para desarrollar las funciones que tiene encomendadas, la codirección del Plan contará con el apoyo técnico y administrativo del Departamento de Salud y con el asesoramiento del Consejo Asesor al cual hace referencia el artículo 5.

Artículo 5

Se crea el Consejo Asesor Sociosanitario como órgano asesor del Departamento de Salud en el ámbito de la atención sociosanitaria, y se adscribe a la Dirección General de Planificación y Evaluación, la cual dará el soporte administrativo y de gestión al Consejo Asesor, actuando en coordinación con la Secretaría de Estrategia y Coordinación.

Artículo 6

6.1 Corresponden al Consejo Asesor Sociosanitario las funciones siguientes:

a) Prestar su asesoramiento en todas las actuaciones que se deriven del proceso de elaboración y de implantación del Plan.

b) Revisar y valorar la documentación necesaria para la elaboración del Plan.

c) Elaborar y elevar a la codirección del Plan director sociosanitario las propuestas y sugerencias que considere oportunos y los informes técnicos que recojan las recomendaciones del Consejo Asesor en cada uno de los campos de actuación que de acuerdo con el artículo 2 de este Decreto integran el Plan director sociosanitario.

d) Dar asesoramiento científico y técnico en las tareas de implantación, evaluación y actualización del Plan director sociosanitario.

e) Evaluar la evolución de los planes directores sociosanitarios y emitir informes prospectivos sobre nuevas necesidades que orienten su evolución futura y actualización.

6.2 La producción científica del Consejo Asesor tiene que tener en cuenta, si procede, las guías de práctica clínica y los protocolos generados por otras instituciones y por la propia Administración sanitaria.

Artículo 7

7.1 El Consejo Asesor Sociosanitario se compone de los miembros siguientes:

a) Presidente/a.

b) Vicepresidente/a: un/una representante del Departamento de Bienestar y Familia.

c) Coordinadores o coordinadoras: los directores o las directoras del Plan director sociosanitario, que tienen asignadas las funciones de coordinar el desarrollo de las funciones del Consejo Asesor y de garantizar el soporte técnico y administrativo de este órgano.

d) Vocales: hasta un máximo de 60 personas, todas ellas expertas y de reconocida solvencia en el ámbito sociosanitario vinculadas a las universidades catalanas, a centros sanitarios, al ámbito de la atención primaria, a colegios profesionales del ámbito de las ciencias de la salud, a instituciones y centros de investigación biomédica, a sociedades científicas, a asociaciones de pacientes y familiares, a asociaciones de usuarios y usuarias, a entidades o grupos de mujeres con actividad en el ámbito de salud de las mujeres y a las administraciones sanitarias.

7.2 Las personas vocales son nombradas por el/por la consejero/a de Salud, a propuesta de los órganos rectores de las entidades respectivas. El/la presidente/a es nombrado o nombrada libremente por el consejero o la consejera de Salud. En la composición del Consejo Asesor se procurará alcanzar la presencia de un número de mujeres que represente un mínimo del 50% del total de personas miembros de este órgano colegiado.

7.3 Asumirá la secretaría del Consejo, con voz y sin voto, un técnico o técnica del Departamento de Salud.

7.4 Las personas miembros del Consejo Asesor Sociosanitario podrán recibir las dietas y las indemnizaciones que les correspondan, de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 8

El funcionamiento y el régimen de adopción de acuerdos del Consejo Asesor Sociosanitario se tienen que ajustar a las disposiciones generales reguladoras de los órganos colegiados.

Artículo 9

Para un mejor funcionamiento, el Consejo Asesor Sociosanitario puede ejercer sus funciones en Plenario y en Comisión Permanente.

Artículo 10

10.1 Corresponde, en todo caso, al Plenario proponer a la codirección del Plan criterios para la coordinación de los principales aspectos de elaboración del Plan, fijar un calendario de reuniones del Consejo Asesor y determinar propuestas de objetivos a ejecutar por la Comisión Permanente.

10.2 En cualquier caso, el Plenario se debe reunir en sesión ordinaria al menos una vez al año y en sesión extraordinaria siempre y cuando lo convoque la presidencia, por iniciativa propia o a petición de un mínimo de un tercio de sus miembros.

Artículo 11

Corresponde en la Comisión Permanente que se cree ejecutar las funciones del artículo 6 que le sean delegadas por el Plenario.

Artículo 12

12.1 La Comisión Permanente que se cree la componen el/la presidente/a, los coordinadores o coordinadoras y un número máximo de 20 vocales, designados por el consejero o consejera de Salud entre los miembros del plenario.

12.2 Asumirá la secretaría de la Comisión Permanente que se cree un técnico o técnica del Departamento de Salud.

12.3 En cualquier caso, la Comisión Permanente que se cree se debe reunir en sesión ordinaria al menos tres veces al año y en sesión extraordinaria siempre y cuando lo convoque la presidencia, por iniciativa propia o a petición de un mínimo de un tercio de sus miembros.

Artículo 13

13.1 En el Consejo Asesor Sociosanitario se constituirán los grupos de trabajo que el presidente o la presidenta del Consejo, a propuesta de la codirección del Plan, a propuesta de cualquier vocal o, por iniciativa propia, considere necesario para el mejor desarrollo de las funciones de este órgano.

13.2 Los grupos de trabajo están constituidos por miembros del Consejo Asesor, y, si procede, por personas expertas externas en el ámbito material específico que se trate.

13.3 Al frente de cada grupo de trabajo hay una persona responsable que debe ser miembro de la Comisión Permanente que se cree, con las funciones de dirigir y coordinar el grupo, de fijar el plan de trabajo y la propuesta de actuaciones los cuales se tendrán que ajustar a los contenidos y al calendario de trabajo que determine el plenario.

13.4 Las propuestas que cada grupo de trabajo elabore se tienen que recoger en un informe técnico, que se elevará al plenario para su aprobación.

DISPOSICIÓN ADICIONAL

Única

El Departamento de Salud tendrá que someter a la aprobación del Gobierno el primer Plan director sociosanitario en el plazo máximo de 6 meses a partir de la entrada en vigor de este Decreto.

DISPOSICIÓN FINAL

Única

Este Decreto entrará en vigor el día siguiente de su publicación al DOGC.

Barcelona, 14 de marzo de 2006

PASQUAL MARAGALL I MIRA
Presidente de la Generalitat de Cataluña

MARINA GELI I FÀBREGA
Consejera de Salud

(06.052.119)

12. Executive summary of the Sociohealth Master Plan

12. Executive summary of the Sociohealth Master Plan

The Sociohealth Master Plan (SHMP) is an instrument for information, study and proposals through which the Catalan Department of Health determines the main lines for organising, planning and coordinating the actions to be developed in the areas of health treatment for people requiring geriatric care, palliative care, those suffering from Alzheimer's and other dementias, as well as people with other neurological diseases that can involve disabilities.

12.1. Mission

To improve the health of people included in the four previously mentioned lines of care through redefining a model of treatment and organisation of services which, based on the current reality, enables us to continue advancing in the same direction.

12.2. Objectives for the 2005-2007 timeframe:

- To improve treatment to people included in the SHMP from a comprehensive point of view, defining preventive, curative and rehabilitation interventions, and helping people to die with dignity.
- To improve care of elderly people and people with dementia from the point of view of comprehensive care of the disease.
- To foster a model of care for people with neurological diseases that can involve disabilities that enables the health resources to be adapted the needs of the people affected and those of their families.
- To improve care for people at the end of their life, considering aspects of fairness, cover, early and continuous care and accessibility.
- To analyse and propose improvements with regard to the current employment situation of the professionals working in the health area.
- To encourage clinical research and continuous training in the specific area of the four lines of action.

12.3. Lines of action and projects:

Line: Geriatric care

The demographic structure of the population of Catalonia has, for years, tended towards a progressive ageing, meaning that measures have been made to guarantee the right to access a high level of geriatric care through structures and teams specialising in situations of greater complexity or greater risk.

- *Care for elderly people who are fragile and/or at risk:*
  - To offer actions from primary health care to promote an improvement in the care of elderly people.
  - To create scientific evidence in the Primary Health Care (PHC) areas concerning improvements in the quality of care, setting up specific interventions.
- *Comprehensive care of elderly people in the acute or subacute phase of the disease:*
  - To act in hospitals dealing with acute cases, to promote an improvement in the care offered to elderly people.
  - To create scientific evidence in our surroundings with regard to improvements in the quality of care, setting up specific interventions in hospital which include emergency treatment in hospitals for acute cases.
  - To improve the quality of the care offered to people with chronic diseases, particularly heart and respiratory diseases, with a high number of visits to emergency services and with recurrent admissions, organising a quality network that includes admission and out-patient services to support the PHC centres and A&E departments.
- *Care at the terminal phase from the geriatrics area:*
  - To facilitate access of geriatric patients to specialised care in palliative treatment.

Line: Care for people with Alzheimer's disease and other dementias.

Cognitive deterioration is one of the main health problems in developed countries because of the impact that these diseases have on patients, their families and carers, as well as on the use of the available health and social resources. In this country, the prevalence of dementia is 9.6%, and 6.6% of Alzheimer's disease for over 70s.

Given the growing number of people with cognitive deterioration and dementia, we need to review the actions of primary health care centres and of the diagnostic units to guarantee complete care and continuity of treatment.

- *Dementia and PHC: attention to the diagnostic phase, initial and advanced phases*
  - To ensure a diagnosis that is integral, etiological and that deals with the set of needs of the patient and his/her family as soon as possible in order to carry out a proposal for overall therapeutic intervention.
  - To offer suitable support to the family and to carry out interventions with the carers to reduce overload and improve the tolerance of these disorders.
  - To guarantee continuity of care and to prevent the fragmentation of resources.
- *Cognitive stimulation:*
  - To develop day hospital regulations so that they adapt to this activity.
- *Behavioural disorders*
  - To control behaviour and psychological disorders through identifying the characteristics of behaviour and the symptoms, paying attention to their frequency, seriousness and repercussions on the patient and the carer, and from this, to formulate a programme of action that includes non-pharmacological as well as pharmacological interventions, for both the patient and the carer.
  - To improve the knowledge of PHC professionals, with specific training, of pharmacological and non-pharmacological treatment for treating behavioural and psychological symptoms.
  - To offer an efficient response to crisis situations in a way that is coordinated with primary health care.
  - To ensure the pharmacological treatment of patients (mainly with anti-psychotic and benzodiazepine drugs) is efficient.
  - To guarantee continuity of care and to prevent the fragmentation of resources.
  - To offer adequate support to the family, whose role is a key one in treating the disease.
- *Actions for caring for Alzheimer's disease in young people*
  - To carry out an epidemiological study of the current situation.
  - To set up referral teams to deal with the disease in young people.
- *Diagnostic centres and comprehensive outpatient care of people with dementia*
  - To define the criteria of the diagnostic units recognised for their teaching and research activities.
  - To analyse and identify the units in Catalonia that comply with the criteria defined.

Line: Care of people with other neurodegenerative diseases (NDD):

Disability and dependency are public health problems that are gradually increasing in developed countries. NDDs are of great interest healthwise, as they often create, and for a long time, physical and mental disabilities and suffering, not just in those who are directly affected, but also in their families and carers.

Preserving and maintaining the independence and skills of people affected by an NDD improves the quality of life of the patient and his/her environmental, in addition to contributing towards reducing, in the latter years of life, some of the signs of dependence

that consume most resources of the health system and the social resources.

- *Analysis of the situation*
  - To identify and get to know the prevalence of people affected by diseases with a neurological base and brain damage and their distribution in the territory.
  - To identify the resources currently involved in covering NDDs, from their diagnosis to taking on the dependence they create, and to describe the current and future territorial scenario of these resources together with other departments involved: Social Welfare and Family Affairs, Education, Employment, etc.
- *To improve the model of care to NDDs, with regard to resources, accessibility and continuity of treatment*
  - To describe different levels of intervention, setting up referral centres for both adults and children, and to define their responsibilities and the criteria for referral and access circuits among the different levels of treatment.
  - To define the standards for providing human and material resources that correspond to each territorial unit.
  - To design, agree on and establish a territorial model that includes and guarantees the person affected and his/her environment, the availability of the guide of public and private resources, and also of interlocutors, validly and clearly identified for their relationship with the health and sociohealth resources.
- *To improve rehabilitation and to organise an efficient, fair transport system*.
  - To look for scientific evidence concerning the indications and/or need for neurorehabilitation interventions in the most prevalent chronic and progressive neurological pathologies, as well as diseases caused by trauma.
  - To guarantee the provision and accessibility of this kind of patient to efficient rehabilitation programmes, according to criteria of scientific evidence.
  - To reorganise in the territory the provision of the various treatments and levels of intervention. To promote a system of adapted transport planned to guarantee that people can physically access the services and/or programmes that exist in the area of Catalonia.
  - To encourage models of family health and/or sociohealth support throughout the process of the disease and to value the contribution of this support in schools, special work centres, day care centres, etc.
  - To improve the quality of life of the people affected in their domestic setting, as well as in non-health areas, such as schools, special work centres, day care centres, etc.
  - To adjust the resources to the needs of the people affected, professionals and centres mentioned.
  - To convert the family into a true health agent, through training, assessment and support to be able to deal with the situation.
  - To offer support to families throughout the process of these diseases.

Line: Care and care projects for people at the end of their lives:

Fifty-four percent of Catalan people die in hospitals (38% in emergency hospitals and 16% in medium-stay centres). It is calculated that less than half the deaths occur in places designed to deal with the agony, the accompanying family members and to facilitate mourning.

Thanks to the consolidation of palliative care teams, increasingly more complex patients are being cared for. Palliative care has acquired a high level of complexity, which requires more information, professional experience and resources.

- *To improve aspects of care for people suffering from cancer and to promote care for terminal, non-oncology patients.*
  - To improve early accessibility, cooperation, continuous care of patients with advanced cancer and actions integrated in palliative care services and oncology services.
  - To achieve, with criteria of fairness, early coverage, continuity of care and access to palliative services for oncology and non-oncology patients.
  - To assess needs and design measures that enable policies to be made to improve the terminal phase of non-oncology patients.
- *To introduce general measures of attention during the terminal phase in specific areas*
  - To improve terminal phase care to key conventional resources that present high prevalence in advanced and terminal patients (PHC, emergency and residences).
  - To create evidence of the improvement of care during the terminal phase through the organisational adaptation of care for terminal patients in the PHC services, emergency services and hospices.
  - Preparing joint protocols.
- *To develop, in the various health territorial sectors, integral policies of care at the terminal phase and to favour fair access to services or measures according to the complexity of the situation.*
  - To increase fairness of accessibility to all kinds of services and palliative care throughout the territory.
  - To lower the variability in cover of palliative care services in the territory.
- *To establish measures to assess the quality of clinical results and of care against subjective aspects.*
  - To improve the quality of care in palliative care units, incorporating the assessment of clinical results in the services and in the subjective aspects of patient care.
- *Funding palliative care units.*
  - To adapt the funding of palliative care services to the complexity of the interventions that are carried out.

Common or transversal lines of actions

- To design and implement the resources according to the criteria of the health and sociohealth map.
- To define necessary training criteria for each professional group and according to the level of care.
- To identify the level of training necessary to enable the various professionals to be able to offer specialised or specific care, and to identify the training level necessary for each level of treatment.
- To introduce improvements for professionals and to strengthen research in the four lines of action.
- To define and introduce systematic measures to guarantee that carers receive specific attention.