(PD)

Planificació i Avaluació
Pla Director Sociosanitari

04

Pla Director Sociosanitari

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

(PD)

Planificació i Avaluació
Pla Director Sociosanitari

Pla Director Sociosanitari

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

Serveis sociosanitaris: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i a la família. _ (Planificació i avaluació sanitàries; 2)
A la part superior de la portada: Pla Director Sociosanitari
ISBN 84-393-7239-6
I. Hilarión, Pilar, dir. II. Catalunya. Departament de Salut III. Pla Director Sociosanitari (Catalunya) IV. Col·lecció: Planificació i avaluació sanitàries; 2
1. Serveis sanitaris _ Catalunya _ Avaluació 2. Serveis sanitaris _ Catalunya _ Control de qualitat
614.39 (467.1)

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut
Edita: Direcció General de Planificació i Avaluació.
Pla Director Sociosanitari
Primera edició: Barcelona, octubre de 2006
Tiratge: 1.500 exemplars
ISBN: 84-393-7239-6
Dipòsit legal: B-46368-2006
Assessorament lingüístic: Caballeria T&A SL
Disseny: eggeassociats
Impressió: Gràfiques Pacífic

Índex

Presentació de la consellera 5

1. Resum executiu 7

2. Introducció 15

3. Finalitat del Pla 21
   3.1 Missió 23
   3.2 Principis i valors 23
   3.3 Objectius del Pla de salut 2010 23
   3.4 Objectius de l'horitzó temporal 2005-2007 24

4. Organització del Pla director sociosanitari 27
   4.1 Organigrama 29
   4.2 Consell Assessor 29
   4.3 Comissió Permanent 30
   4.4 Grups de treball 30

5. Anàlisi de situació 33
   5.1 Dades sociodemogràfiques 35
   5.2 Estat de salut 40
   5.3 Serveis sociosanitaris 59
   5.4 Anàlisi econòmic. Estimació de la despesa 71
   5.5 Anàlisi qualitatiu 73

6. Propostes 81
   6.1 Línies d'actuació i projectes de l'atenció geriàtrica 83
   6.2 Línies d'actuació i projectes de l'atenció a les persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències 88
   6.3 Línies d'actuació i projectes de l'atenció a les persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat 93
   6.4 Línies d'actuació i projectes de l'atenció a les persones al final de la vida 101
   6.5 Línies d'actuació i projectes comuns o transversals 104

7. Mapa sanitari 109

8. Seguiment i avaluació 121

9. Bibliografia 131

10. Actors del Pla 137

11. Annexes 147
   11.1 Llistat d'acrònims 148
   11.2 Decret de creació del Pla director sociosanitari i el seu consell assessor (Decret 39/2006, DOGC núm. 4594 de 16 de març) 149

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

El Pla de salut de Catalunya és l'eina amb la que es dota el Govern per marcar les prioritats en matèria de salut. El Govern de la Generalitat, fomentant el rol directriu del Pla de salut, el reforça creant els Plans directors que s'encarreguen de fer operatives les politiques marcades en el Pla de salut. El Departament ha prioritzat sis matèries, en base a l'anàlisi de la salut, dels serveis sanitaris i del context socioeconòmic del país com a plans directors per al període 2005-07; són la salut mental i les addiccions, l'oncologia, les malalties vasculars, els problemes de salut sociosanitaris, la immigració i la recerca en ciències de la salut.

Els Plans directors, adaptats a la realitat del nostre país i al context econòmic sanitari, defineixen les activitats i l'ordenació de serveis necessària per assolir les polítiques plantejades amb una visió integrada de la situació i aborden des de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia fins a la rehabilitació, amb les actuacions de diagnòstic i tractament. El Plans defineixen un model d'atenció i organització de serveis que parteixen de la realitat i permeten continuar avançant en l'eficàcia i qualitat del sistema.

Amb aquestes línies els vull presentar el Pla director sociosanitari, fruit del treball de molts professionals que, juntament amb institucions proveïdores de serveis, associacions de pacients i familiars i tècnics del Departament, han elaborat les principals línies estratègiques i operatives per assolir els objectius de salut i de qualitat i eficàcia de serveis.

És palès el progressiu envelliment de la població catalana a les últimes dècades, un envelliment que ha resultat d'una millora en la qualitat de vida i també de les millores tecnològiques, gràcies a les quals s'ha aconseguit una major esperança de vida i, conseqüentment, un increment de la població gran. Un important col·lectiu amb unes necessitats de salut específiques que ha de ser atès tant de forma preventiva com curativa i ha de tenir garantida una atenció de qualitat.

Un altre col·lectiu que necessita una cura especial són les persones amb malalties neurològiques, moltes de les quals cursen amb discapacitats. A l'actualitat, aquestes persones compten amb una vida llarga que necessita una atenció sociosanitària continuada. Molts d'aquests problemes de salut tenen característiques comunes que s'han d'abordar amb criteris que permetin organitzar una atenció en la qual es tinguin en compte les necessitats específiques d'aquest grup de població.

Per donar resposta a tots aquests reptes que ens ofereix la societat actual es crea el Pla director sociosanitari en l'àmbit de la salut que, amb una periodicitat de tres anys, fixa els objectius d'atenció a la població i també les accions que faran possible que aquests objectius s'assoleixin.

La missió del Pla director sociosanitari és millorar la salut i l'atenció sanitària de les persones incloses a les quatre línies d'atenció sociosanitària, com són les persones grans, les persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències, les persones al final de la vida i les persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.

Aquesta important eina de treball s'acompanyarà del desenvolupament dels processos preventius i assistencials i dels circuits necessaris per fer operatives les estratègies del Pla director en les diferents regions i Governs Territorials de Salut de Catalunya.

El Pla, que s'acompanya de material de formació destinat als professionals i d'informació per a pacients i familiars, neix amb la voluntat de ser transparent i de publicar de forma sistemàtica els seus resultats.

Vull agrair a tots aquells que han participat en l'elaboració del document la seva dedicació i esforç realitzat. Espero i desitjo que aquest Pla sigui d'utilitat per a tots els professionals que treballen en el sistema sanitari i que contribueixi a la millora de la salut i qualitat de vida dels ciutadans de Catalunya del segle XXI.

Marina Geli i Fàbregas
Consellera de Salut

1. Resum executiu

1. Resum executiu

El Pla director sociosanitari (PDSS) és l'instrument d'informació, estudi i proposta mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per a impulsar, planificar i coordinar les actuacions a desenvolupar en els àmbits de l'atenció de salut a persones que necessitin atenció geriàtrica, cures pal·liatives, que pateixen la malaltia d'Alzheimer i altres demències, així com a persones amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.

1.1. Missió

Millorar la salut de les persones incloses a les quatre línies d'atenció abans esmentades mitjançant la redefinició d'un model d'atenció i organització dels serveis que, partint de la realitat actual, permeti continuar avançant en la mateixa direcció.

1.2. Objectius de l'horitzó temporal 2005-2007

- Millorar l'atenció a les persones incloses al PDSS des d'una perspectiva integral, definint intervencions preventives, curatives, rehabilitadores i d'ajuda a morir dignament.
- Millorar l'atenció a les persones grans i a les persones amb demència des d'una perspectiva d'assistència integral de la malaltia.
- Impulsar un model d'atenció a les persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat que permeti adequar els recursos sanitaris a les necessitats de les persones afectades i a les de les seves famílies.
- Millorar l'atenció a les persones al final de la vida considerant aspectes d'equitat, de cobertura, d'atenció precoç i continuada i d'accessibilitat.
- Analitzar i proposar millores en relació a la situació laboral actual dels professionals que treballen en l'àmbit sociosanitari.
- Impulsar la recerca clínica i la formació continuada en l'àmbit específic de les quatre línies d'atenció.

1.3. Línies d'actuació i projectes

Línia: Atenció geriàtrica

L'estructura demogràfica de la població de Catalunya tendeix, des de fa anys, al progressiu envelliment, per la qual cosa s'han impulsar mesures que garanteixin el dret a accedir a una atenció geriàtrica d'alt nivell mitjançant estructures i equips especialitzats en situacions de major complexitat o de major risc.

Entre aquestes mesures estan:

- Atenció a les persones grans fràgils i/o en situació de risc:
  Impulsar actuacions des de l'atenció primària de salut, per tal de promoure una millora en l'atenció de les persones grans.
  Generar evidència científica en els entorns de l'Atenció Primària (AP) respecte a les millores de qualitat assistencial, establint intervencions específiques.
- Atenció integral a les persones grans en la fase aguda o subaguda de la malaltia:
  Instaurar actuacions als hospital d'aguts, per tal de promoure una millora en l'atenció a les persones grans.
  Generar evidència científica en el nostre entorn respecte a les millores de qualitat assistencial, establint d'intervencions específiques a l'hospital que incloguin les urgències dels hospitals d'aguts.
  Millorar la qualitat de l'atenció a les persones amb malalties cròniques, especialment cardíaques i respiratòries, amb una alta freqüentació als serveis d'urgències i amb ingressos recurrents, organitzant una xarxa de qualitat que inclogui serveis d'internament i ambulatoris de suport a l'AP i a les urgències hospitalàries.
- Atenció al final de la vida des de geriatria:
  Facilitar l'accés dels pacients geriàtrics a l'atenció especialitzada en cures pal·liatives.

1. Resum executiu

Línia: Atenció a les persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències.

El deteriorament cognitiu és un dels principals problemes de salut en els països desenvolupats a causa de l'impacte que aquestes malalties tenen en el malalt, en la família i en els cuidadors, així com en la utilització dels recursos sanitaris i socials disponibles. En el nostre entorn, la prevalença de demència és del 9,6% i del 6,6% de malaltia d'Alzheimer per a majors de 70 anys.

Davant del nombre creixent de persones amb deteriorament cognitiu i demència cal revisar les actuacions de l'atenció primària i de les unitats de diagnòstic per tal de garantir una atenció integral i la continuïtat assistencial. Entre les accions que es proposen tenim:

- Demència i AP: atenció a la fase diagnòstica, inicial i en fases avançades
  Assegurar un diagnòstic integral etiològic i del conjunt de necessitats del malalt i de la seva família com més aviat millor per tal de poder realitzar una proposta d'intervenció terapèutica global.
  Oferir l'adequat suport a la família i realitzar intervencions sobre els cuidadors a fi de poder disminuir la sobrecàrrega i millorar la tolerabilitat d'aquests trastorns.
  Garantir la continuïtat assistencial i evitar la fragmentació dels recursos.
- Estimulació cognitiva:
  Desenvolupar la normativa dels hospitals de dia per tal que s'adaptin a aquesta activitat.
- Trastorns del comportament
  Controlar els trastorns conductuals i psicològics mitjançant la identificació de les característiques del comportament i els símptomes, atenent a la seva freqüència, gravetat i repercussió en el pacient i en el cuidador i, a partir d'això, formular un programa d'actuació que inclogui intervencions no farmacològiques i farmacològiques, tant a nivell del pacient com del cuidador.
  Millorar els coneixements dels professionals de l'AP, amb formació específica, per al tractament farmacològic i no farmacològic en l'atenció del símptomes conductuals i psicològics.
  Donar resposta eficaç a situacions de crisi de manera coordinada amb l'atenció primària.
  Vetllar per un consum eficient dels tractaments farmacològics dels pacients (principalment els fàrmacs antipsicòtics i benzodiacepines).
  Garantir la continuïtat assistencial i evitar la fragmentació dels recursos.
  Oferir l'adequat suport a la família, el paper de la qual és clau en el tractament de la malaltia.
- Actuacions per a l'atenció de la malaltia d'Alzheimer en persones joves
  Realitzar un estudi epidemiològic de la situació actual.
  Establir equips referents per abordar la malaltia en persones joves.
- Centres de diagnòstic i atenció integral ambulatòria de persones amb demència
  Definir els criteris de les unitats de diagnòstic que tenen un reconeixement especial per les seves activitats de docència i recerca.
  Analitzar i identificar a Catalunya les unitats que compleixin els criteris definits.

Línia: Atenció a les persones amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat (MND):

La discapacitat i la dependència són uns problemes de salut pública que s'incrementen progressivament en els països desenvolupats. Les MND tenen un gran interès sanitari, ja que sovint generen, durant molt de temps, discapacitat i patiment físic i psíquic no només en els directament afectats sinó també en els seus familiars i cuidadors.

Conservar i mantenir la independència i les competències de la persona afectada per una MND millora la qualitat de vida del malalt i el seu entorn, a més pot contribuir a comprimir, en els últims anys de la vida, algunes de les manifestacions de dependència que més recursos consumeixen, tant al sistema sanitari com als dispositius socials. Les mesures proposades són:

- Anàlisi de situació
  Identificar i conèixer la prevalença de persones afectades per malalties de base neurològica i dany cerebral i la seva distribució en el territori.
  Identificar els recursos implicats actualment en l'abordatge a les MND, des del seu diagnòstic fins a l'assumpció de la dependència que generen, i descriure l'escenari territorial actual i futur d'aquests recursos conjuntament amb altres departaments implicats: Benestar i Família, Educació, Treball, etc.
- Millorar el model d'atenció a les MND, respecte a recursos, accessibilitat i continuïtat assistencial
  Descriure diferents nivells d'intervenció, establint centres de referència tant per a la població adulta com per a la infantil, i definir les seves competències i els criteris de derivació i circuits d'accés entre els diferents nivells assistencials.
  Definir els estàndards per a la provisió de recursos humans i materials que corresponen a cada unitat territorial.
  Dissenyar, consensuar i establir un model territorial que inclogui i garanteixi, a la persona afectada i el seu entorn, la disponibilitat d'una guia de recursos, públics i privats, i també d'interlocutors, vàlids i clarament identificats, per la seva relació amb el dispositiu d'atenció sanitària i sociosanitària.
- Millorar de la rehabilitació i articular un sistema de transport eficient i equitatiu.
  Cercar l'evidència científica respecte a les indicacions i/o necessitat de les intervencions neurorehabilitadores en les patologies neurològiques cròniques i progressives més prevalents, així com les malalties que tenen causa traumàtica.
  Garantir la provisió i l'accessibilitat d'aquest tipus de malalts a programes de rehabilitació eficaç, segons criteris d'evidència científica.
  Reordenar territorialment la prestació dels diferents tractaments i nivells d'intervenció. Promoure un sistema de previsió de transport adaptat per garantir que les persones puguin accedir físicament als serveis i/o programes existents en l'àmbit de tot Catalunya.
- Impulsar models de suport sanitari i/o sociosanitari a la família al llarg de tot el procés de la malaltia i valorar la prestació d'aquest suport als àmbits escolars, centres de treball especial, centres d'atenció diürna, etc.
  Millorar la qualitat de vida de les persones afectades en el seu entorn domèstic, així com en els àmbits no sanitaris, com per exemple escoles, centres de treball especial, centres d'atenció diürna, etc.
  Ajustar els recursos a les necessitats de les persones afectades, professionals i centres esmentats.
  Convertir la família en un veritable agent de salut mitjançant formació, assessorament i suport per fer front a la situació.
  Donar suport a les famílies al llarg del procés d'aquestes malalties.

Línia: Atenció i projectes d'atenció a les persones al final de la vida

El 54 % dels catalans moren als hospitals (el 38% a hospitals d'aguts i el 16% en centres sociosanitaris). S'estima que menys de la meitat de les morts succeeixen a llocs dissenyats per atendre l'agonia, per a l'acompanyament familiar i per facilitar el dol posterior.

1. Resum executiu

Gràcies a la consolidació dels equips de cures pal·liatives, s'atenen malalts cada vegada més complexos. Les cures pal·liatives han assolit un alt grau de complexitat, fet que requereix més formació, experiència professional i recursos. Entre les actuacions a desenvolupar tenim:

- Millorar aspectes de l'atenció a malalts de càncer i promoure l'atenció de malalts terminals no oncològics
  Millorar l'accessibilitat precoç, la cooperació, l'atenció continuada de malalts avançats de càncer i les accions integrades de serveis de cures pal·liatives i serveis oncològics.
  Aconseguir, amb criteris d'equitat, cobertura precoç, continuïtat d'atenció i accés a serveis pal·liatius per a malalts oncològics i no oncològics.
  Avaluar necessitats i dissenyar mesures que permetin elaborar polítiques de millora al final de la vida dels malalts no oncològics.
- Implementar mesures generals d'atenció al final de la vida en àmbits específics
  Millorar l'atenció al final de la vida a recursos convencionals clau que presenta elevades prevalences de malalts avançats i terminals (APS, urgències i residències).
  Crear evidència en la millora de l'atenció al final de la vida a través de l'adaptació organitzativa de l'atenció de malalts terminals en els àmbits de l'APS, els serveis d'urgències i les residències.
  Elaboració de protocols conjunts.
- Desenvolupar, als diferents sectors territorials sanitaris, polítiques integrals d'atenció al final de la vida i afavorir l'accés equitatiu a serveis o mesures en funció de la complexitat de la situació.
  Incrementar l'equitat en l'accessibilitat a totes les tipologies de serveis i cures pal·liatives a tot el territori.
  Disminuir la variabilitat de la cobertura dels serveis de cures pal·liatives al territori.
- Establir mesures d'avaluació de la qualitat dels resultats clínics i de l'assistència als aspectes subjectius.
  Millorar la qualitat de l'atenció a les unitats de cures pal·liatives, incorporant l'avaluació dels resultats clínics en els serveis i els aspectes subjectius en l'atenció als pacients.
- Finançament de les unitats de cures pal·liatives.
  Adequar el finançament dels serveis de cures pal·liatives a la complexitat de les intervencions que es realitzen.

Línies d'actuació comunes o transversals

- Dissenyar i implementar els recursos segons els criteris del Mapa sanitari i sociosanitari.
- Definir criteris de formació necessària per a cada grup professional i segons el nivell assistencial.
- Identificar el grau de formació necessària per tal de capacitar als diferents professionals per a prestar una atenció especialitzada o específica, així com identificar el nivell formatiu necessari per a cada nivell assistencial.
- Introduir millores per als professionals i potenciar la recerca en les quatre línies d'atenció.
- Definir i implementar mesures sistemàtiques per tal de garantir que les persones cuidadores rebin una atenció específica.

2. Introducció

2. Introducció

El Pla director sociosanitari és l'instrument d'informació, estudi i proposta mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per a impulsar, planificar i coordinar les actuacions a desenvolupar en els àmbits de l'atenció de salut a persones que necessitin atenció geriàtrica i cures pal·liatives, que pateixin la malaltia d'Alzheimer i altres demències, i també a persones amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.

L'estructura demogràfica de la població de Catalunya tendeix, des de fa anys, al progressiu envelliment, a causa d'una davallada progressiva de les taxes de mortalitat i en una expectativa de vida que actualment és de les més altes del món. Cal, per tant, adequar els dispositius assistencials a les necessitats de salut específiques del col·lectiu de gent gran per tal d'afavorir un envelliment saludable i reduir la morbiditat associada a l'edat.

Des d'aquesta perspectiva, és una prioritat per al Departament de Salut fixar les directrius de l'atenció a la salut de la gent gran (el grup més nombrós dels abans esmentats) mitjançant instruments de planificació específics que, en el context global dels objectius i intervencions del Pla de salut de Catalunya per a l'atenció a l'envelliment, defineixi les estratègies de salut adreçades a aquest col·lectiu.
Cal disposar d'un instrument de planificació singular que tingui en compte les necessitats específiques de la gent gran i que defineixi les estratègies de prevenció i de lluita contra les malalties que tenen especial incidència en aquest segment de població. Però també es vol tenir especial cura per les persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat. Aquestes persones, a l'actualitat, experimenten una supervivència més elevada, la qual cosa fa que, des d'una perspectiva global, les necessitats d'una atenció sociosanitària augmentin, atès a la presència de patologies associades. Molts d'aquests problemes de salut tenen algunes característiques comunes, que s'han d'abordar amb criteris que permetin organitzar una atenció que tingui en compte les necessitats especials d'aquest grup de població integrat per persones de diferents edats, des de nens fins a persones grans.

A efectes d'aquest Pla director es considera l'atenció sociosànitaria com aquella que s'adreça als col·lectius referits en el Pla: persones grans, persones amb malaltia d'Alzheimer o altres demències, pacients amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat i persones en situació de final de la vida, fent especial esment a l'atenció prestada a les persones en situació de major risc i/o vulnerabilitat en processos, crònics o aguts, amb diferents graus de discapacitat i a qualsevol etapa del cicle vital.
Aquest concepte pressuposa també l'atenció mitjançant un model assistencial en xarxa basat principalment en la multidisciplinarietat i en la valoració i intervenció integrals.

Per tant, el Pla director, tal com es defineix, inclou tant l'atenció i l'activitat prestada a la pròpia xarxa sociosanitària com totes aquelles activitats adreçades als col·lectius mencionats.

A Catalunya, a diferència d'altres comunitats autònomes, no s'inclou a l'atenció sociosanitària la cartera de serveis socials (residències, centres de dia, etc.) que són competència del Departament de Benestar i Família.

2. Introducció

Un aspecte que cal tenir en compte en la lectura d'aquest Pla director és el fet que, de forma voluntària, s'han exclòs alguns problemes de salut, com és el cas de l'ictus, les patologies oncològiques i alguns aspectes relacionats amb la salut mental, atès que existeixen plans directors específics que aborden amb exhaustivitat aquests temes.

Considerem rellevant posar de manifest l'intens i eficaç treball realitzat pels diferents membres dels grups que han col·laborat en l'edició d'aquest document, que han demostrat en tot moment un alt grau de compromís i responsabilitat en la tasca encomanada.

3. Finalitat del Pla

3. Finalitat del Pla

3.1. Missió

Millorar la salut de les persones incloses a les quatre línies d'atenció (geriatria, malaltia d'Alzheimer i altres demències, altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat i atenció al final de la vida) mitjançant la redefinició d'un model d'atenció i d'organització dels serveis que, partint de la realitat actual, permeti continuar avançant.

3.2. Principis i Valors

El Pla director sociosanitari es basa en uns principis bàsics:

- El ciutadà és el centre de l'atenció, per tant el model ha de respondre a les necessitats del ciutadà que rep el servei, sense cap discriminació i respectant l'opinió del pacients i de les seves famílies. Així mateix, ha de garantir la participació del pacient i de la seva família en la presa de decisions pel que fa a la seva salut.
- L'atenció prestada ha de ser integral, és a dir, ha de donar resposta a totes les necessitats de la persona, respectant i promocionant, en la mesura del possible, la seva autonomia, potenciant la permanència en el seu domicili i integrant la família.
- Aquesta atenció ha de ser coordinada, integrada i multidisciplinar, per tant, s'han de potenciar accions a tots els nivell assistencials i s'ha garantir la continuïtat assistencial, integrant i coordinant la pràctica dels diferents professionals, dels centres, dels nivells assistencials i també dels serveis socials.
- Les accions portades a terme han de ser eficaces i sostenibles.
- L'assistència prestada ha de ser accessible i, a més, ha de ser flexible i equitativa territorialment, és a dir, ha de contemplar les diferents necessitats i realitats territorials i organitzatives del país.
- Aquesta atenció ha d'afavorir una visió transversal i sectoritzada de tot el sistema sanitari.
- L'atenció ha de ser prestada per professionals competents, per tant s'ha de prestar especial atenció a la formació específica i posar especial èmfasi a l'Atenció Primària. Cal recollir l'opinió dels professionals i incorporar, sempre que sigui possible, les seves perspectives de formació, suport i projecció científica.
- S'han d'establir mecanismes d'avaluació de totes les activitats desenvolupades, dedicant especial interès a l'avaluació de la satisfacció dels ciutadans i del professionals.

3.3. Objectius del Pla de salut 2010

El Pla de salut de Catalunya planteja diferents objectius de salut relacionats amb les línies d'atenció del Pla director sociosanitari. A continuació es relacionen els més adients:

- D'aquí a l'any 2010 s'ha d'incrementar, almenys en un 10%, l'esperança de vida lliure d'incapacitat dels homes i de les dones a l'edat de 65 anys.
- D'aquí a l'any 2010 cal desenvolupar i aplicar els protocols de control del dolor i d'altres símptomes en la malaltia avançada en tots els àmbits assistencials de Catalunya.
- D'aquí a l'any 2010 cal reduir en un 5% la discapacitat secundària a les lesions produïdes per accidents.

També al Pla de salut de Catalunya es defineixen intervencions prioritàries pel període 2002-2005 respecte a la població que ens ocupa, que fan referència a:

- Promocionar la salut i la prevenció de malalties per tal de millorar la qualitat de vida de la població inclosa a les quatre línies d'atenció.

- Detecció, tractament i seguiment de les persones amb major risc de pèrdua d'autonomia, emfasitzant les síndromes geriàtriques, especialment pel que fa a les caigudes, la desnutrició, la polimedicació i el deteriorament cognitiu.
- Adequar els dispositius assistencials a les necessitats de salut específiques del col·lectiu esmentat.
- Augmentar el suport als cuidadors.
- Promoure l'elaboració i aplicació de guies de pràctica clínica per a l'atenció a problemes més prevalents en la gent gran, basades en l'evidència científica i amb la participació dels professionals.
- Incorporar en els contractes de compra de serveis clàusules específiques per tal d'obtenir un finançament adequat a la complexitat de la situació de l'usuari i de les intervencions que requereix.
- Aconseguir que l'assistència a les persones incloses a les quatre línies d'atenció es dugui a terme d'una forma coordinada entre els diferents nivells assistencials, promovent l'atenció integral.
- Analitzar si les disponibilitats dels professionals de l'àmbit sociosanitari, tant des d'una perspectiva qualitativa com quantitativa, s'ajusten a les necessitats socials i potenciar mecanismes de motivació dels professionals.
- Desenvolupar línies de recerca i de docència específiques sobre les quatre línies d'atenció.

3.4. Objectius de l'horitzó temporal 2005-2007

- Millorar l'atenció a les persones incloses a totes les línies de serveis del Pla director sociosanitari des d'una perspectiva integral, definint intervencions preventives, curatives, rehabilitadores i d'ajuda a morir dignament.
- Millorar l'atenció a les persones grans, especialment aquelles amb més necessitats sociosanitàries, des d'una perspectiva integral, definint intervencions preventives, curatives, rehabilitadores i d'ajuda a morir dignament.
- Millorar l'atenció als malalts terminals, oncològics i no oncològics, introduint aspectes d'equitat, cobertura precoç, atenció continuada i accessibilitat a l'atenció a les persones al final de la vida.
- Millorar l'atenció a les persones amb demència des d'una perspectiva d'assistència integral i integrada de la malaltia.
- Impulsar un model d'atenció a les persones amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat que permeti adequar els recursos sanitaris a les necessitats de les persones afectades i a les de les seves famílies, tenint especial cura en l'atenció als grups més joves.
- Analitzar i proposar millores en relació a la situació actual dels professionals que treballen en l'àmbit sociosanitari.
- Impulsar la recerca clínica en l'àmbit específic de les quatre línies d'atenció.

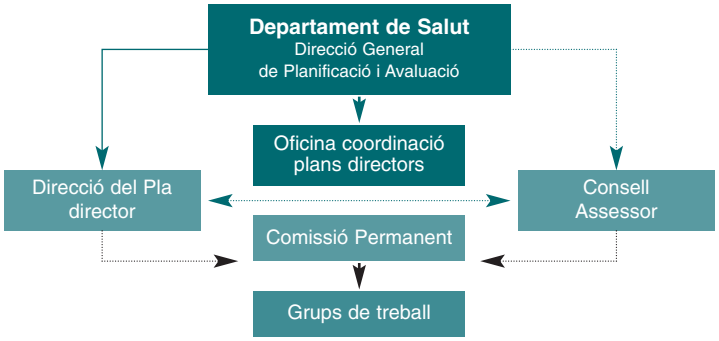
4. Organització

4. Organització

4.1. Organigrama

La direcció del Pla director anirà a càrrec de professionals experts i de reconeguda solvència en l'àmbit del contingut del Pla, els quals seran nomenats per la Consellera de Salut a proposta de la Direcció General de Planificació i Avaluació (DGPA).

El funcionament del Pla director es recull en el següent organigrama:



Les línies contínues signifiquen una dependència formal respecte del Departament de Salut, en tant que les discontínues no tenen aquest sentit.

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

4.2. Consell Assessor

Es crea adscrit a la Direcció General de Planificació i Avaluació el Consell Assessor, com a òrgan assessor del Departament de Salut en l'àmbit del contingut del Pla director sociosanitari.

Corresponen al Consell Assessor les funcions següents.
- Prestar el seu assessorament en totes les actuacions que es derivin del procés d'elaboració i d'implantació del Pla.
- Revisar, analitzar i valorar la documentació necessària per a l'elaboració del Pla.
- Emetre periòdicament informes sobre el seguiment del procés.
- Elaborar i elevar al director del Pla Director les propostes i suggeriments que consideri oportuns i els informes tècnics que recullin les recomanacions del Consell Assessor en cadascun dels camps d'actuació que integren el Pla director.

- Donar assessorament científic i tècnic en les tasques d'implantació, avaluació i actualització del Pla director.
- Avaluar l'evolució dels plans directors i emetre informes prospectius sobre noves necessitats que orientin la seva evolució futura i actualització.

4.3. Comissió Permanent

Per a un millor funcionament, el Consell Assessor exercirà les seves funcions en plenari i en una Comissió Permanent.
Correspon a la Comissió Permanent executar les funcions del Consell Assessor que el plenari li delegui.

Componen la Comissió Permanent els directors, el president i un nombre màxim de 20 vocals, designats pel consellera de Salut entre els membres del plenari.
Assumirà la secretaria de la Comissió Permanent un/a tècnic/a del Departament de Salut.

La Comissió Permanent ha de fixar les seves normes de funcionament intern, que aprovarà el plenari, i que en tot cas s'han d'ajustar a les disposicions generals reguladores dels òrgans col·legiats.

En qualsevol cas, la Comissió Permanent s'ha de reunir en sessió ordinària almenys una vegada entre sessions plenàries i en sessió extraordinària sempre que la convoqui la presidència, per iniciativa pròpia o a petició d'un mínim d'un terç dels seus membres.

4.4. Grups de treball

En el Consell Assessor s'han constituït diferents grups de treball per aconseguir un millor desenvolupament de les funcions d'aquest òrgan.

Els grups de treball (GT) estan constituïts per membres del Consell Assessor i, si s'escau, per persones externes expertes en l'àmbit material específic que es tracti.

Al capdavant de cada grup de treball hi ha una persona responsable que ha de ser membre de la Comissió Permanent i les funcions de la qual són dirigir i coordinar el grup, així com fixar el Pla de treball, la proposta d'actuacions, les quals s'hauran d'ajustar als continguts, i el calendari de treball que determini el plenari.
Les propostes de cada grup de treball s'han de recollir en un informe tècnic, que s'elevarà al plenari per a la seva aprovació.

Els diferents grups s'han creat seguint les diferents línies d'atenció del Pla, i així tenim:
- GT Atenció geriàtrica
- GT Atenció a les persones amb demència
- GT Atenció a persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat
- GT Atenció a les persones al final de la vida.

5. Anàlisi de situació

5. Anàlisi de situació

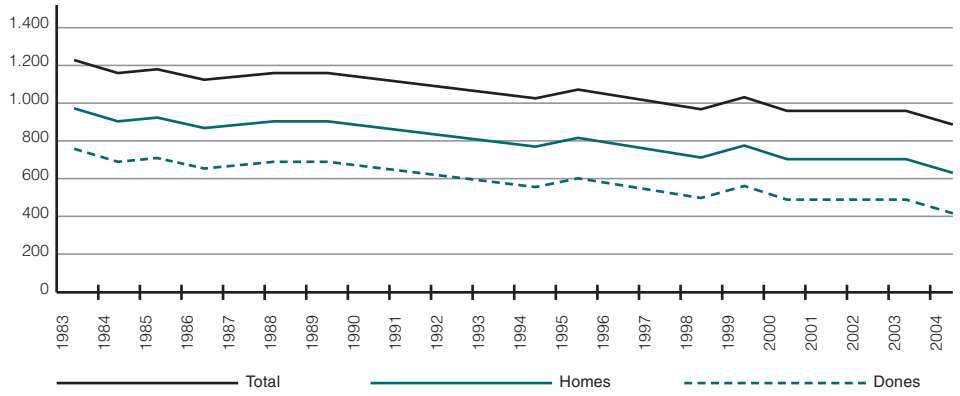
5.1 Dades sociodemogràfiques

A l'apartat anterior ja s'ha comentat que els grups poblacionals als quals abasta aquest Pla director són numèricament molt heterogenis i que el grup majoritari correspon a les persones grans, que, a més, són les que amb major freqüència pateixen altres malalties associades a l'edat.

La línia d'atenció a les persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat, exceptuant la malaltia d'Alzheimer, s'adreça a un col·lectiu menys nombrós però que, pel fet d'estar integrat per persones de totes les edats, fins i tot nens, constitueix un grup molt vulnerable que requereix una especial atenció i, en ocasions, recursos específics.

Com ja s'ha comentat, l'estructura demogràfica de la població de Catalunya tendeix, des de fa anys, a un progressiu envelliment a causa d'una davallada progressiva de les taxes de natalitat i mortalitat i en una expectativa de vida que actualment és de les més altes del món.

Gràfic 1. Evolució de les taxes estandarditzades de mortalitat (per 100.000 h)



Font: Registre de mortalitat a Catalunya. Departament de Salut.2005

Taula 1. Moviment natural de la població. Catalunya 1975-2002

Any	Naixements	Defuncions	Població	Creixement natutal (1)	Taxa de creixement (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

5. Anàlisi de situació

La contínua millora de les taxes de supervivència, que ha mantingut les xifres de defuncions en nivells baixos (gràfic 1), i els valors positius i creixents de la immigració han comportat un creixement positiu de la població catalana en els darrers anys.
Una anàlisi del moviment natural de la població en els últims anys posa de manifest un creixement molt baix, especialment als anys 90, si be a l'actualitat s'adverteix una tendència creixent (taula 1).
Fins a l'any 2002 l'esperança de vida en néixer global va anar augmentant cada any tant en homes com en dones a Catalunya. L'any 2003, s'observa un petit descens, però la creixent tendència es reprèn de nou al 2004 (taula 2).

Taula 2. Esperança de vida en néixer per sexe. Comparativa entre països. (Life expectancy at birth*)

Homes	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)	:
Espanya	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)
Catalunya**							75,74	76,49	76,75	76,87	76,86	77,41
Dones												
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)	:
Espanya	81,0	81,4	81,5	81,7	82,0	82,1	82,1	82,5	82,9 (e)	82,9 (e)	83,6 (e)	83,8 (e)
Catalunya**							82,57	83,24	83,40	83,44	83,31	84,04

(:) Not available; (e) Estimated value; (p) Provisional value
Font: *Eurostat/U.S. Bureau of the Census; **Servei d'informació i Estudis, Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya 1999-2004. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

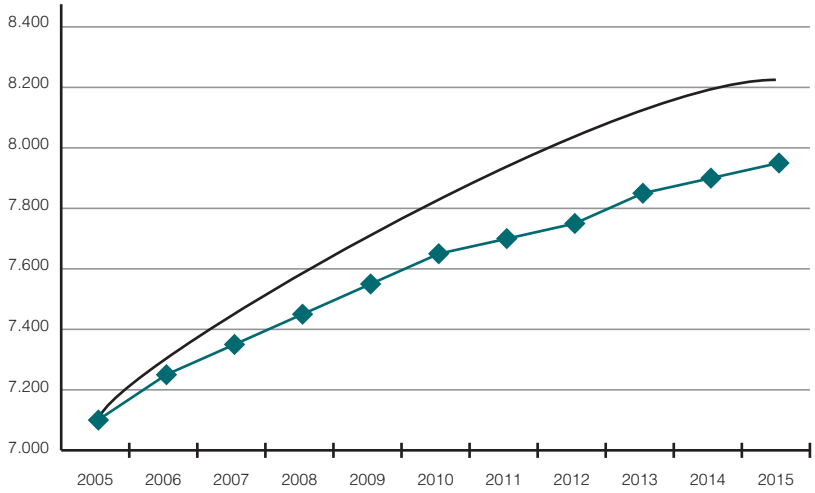
Les previsions demogràfiques realitzades a partir de la població d'usuaris del CatSalut, segons dades del Registre Central d'Assegurats (RCA), indiquen que l'any 2015 a Catalunya més d'un milió tres-centes mil persones sobrepassaran els 65 anys d'edat (taula 3 i gràfic 2).
En qualsevol dels escenaris considerats, l'accentuació de l'envelliment demogràfic és un dels resultats més consistents, fenomen similar al que s'observa en els països del nostre entorn. Així, les projeccions demogràfiques a Europa preveuen que l'any 2030 més del 24% de la població europea tindrà 65 anys o més.

Taula 3. Projeccions de població per grups d'edat RCA 2005-2015. Catalunya

Edat	Població en milers			Distribució relativa			Diferència 2005-2015			
	2005	2015	2015	2005	2015	2015	Absoluta		Relativa	
	RCA	Mitjà	Alt	RCA	Mitjà	Alt	Mitjà	Alt	Mitjà	Alt
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 més	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: Projeccions de població per al Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya. Octubre 2005. Direcció de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Octubre 2005

Gràfic 2. Evolució de la població segons els escenaris de projecció



Font: Projeccions de població per al Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya. Octubre 2005. Direcció de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Octubre 2005

El coneixement de les característiques demogràfiques de la gent gran i dels indicadors més rellevats sobre la seva evolució és un element imprescindible per preveure les seves necessitats i problemes de salut, així com per planificar adequadament les intervencions sanitàries i socials.
Actualment, segons l'RCA del Servei Català de la Salut, la població de Catalunya supera els 7 milions d'habitants (3.649.704 dones i 3.546.463 homes), un 16,94% dels quals ja són de 65 anys o més (taula 4).

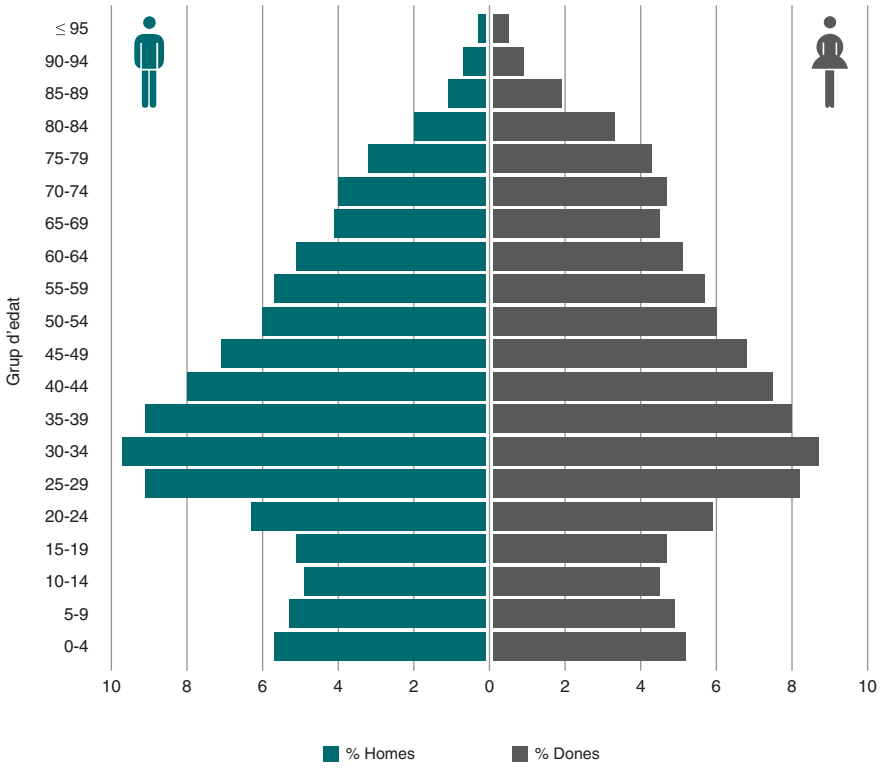
Taula 4. Distribució de població (TIS) per grans grups d'edat i gènere. Catalunya 2006

Grup d'Edat	Nombres absoluts			%		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	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 més	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%

Font: Registre Central d'Usuaris 31 desembre 2005. Departament de Salut

La distribució per grups d'edat (gràfic 3) mostra que un 15,01% del total poblacional és menor de 15 anys i un 16,94% té 65 anys o més, la qual cosa vol dir que ja s'ha consolidat una piràmide poblacional on hi ha més persones de 64 anys que menors de 15 anys.

Gràfic 3. Piràmide de població Catalunya 2006



Font: Registre Central d'Usuaris. Desembre 2005. Departament de Salut

Per regions sanitàries (RS), segons el decret 105/2005, de 31 de maig, podem observar que la regió Barcelona, que inclou gran part de l'àrea metropolitana (Barcelona ciutat, part de les antigues Regió Centre, Barcelonès Nord i Maresme i Costa de Ponent), aglutina més del 68% del total de la població catalana, mentre que la resta representa només el 31,2% (taula 5).

Taula 5. Distribució de la població per gènere i regió sanitària amb la nova distribució territorial

Regió sanitària	Nombres absoluts			%		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	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 Catalunya 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 Alt Pirineu i Aran	32.829	32.374	65.203	0,93%	0,89%	0,91%
Sense Regió	56	36	92			
Total	3.546.464	3.649.704	7.196.168	100%	100%	100%

Font: Registre Central d'Usuaris 31-desembre 2005. Departament de Salut

L'índex d'envelliment, és a dir, la relació entre la població de 65 anys o més i la de 15 anys o menys, és superior a 1 (100) a Catalunya, si bé és diferent segons el sexe (taula 6). Pel que fa a la distribució per territori d'aquest índex, es manté superior a 100 a tot el territori, excepte a la RS Camp de Tarragona. Aquest índex és

sensiblement diferent entre sexes, en les dones la població de 65 anys o més és superior a la població de 15 anys o menys en totes les RS, mentre que en els homes aquesta relació només es manté a Lleida, Alt Pirineu i Aran i Terres de l'Ebre, amb xifres lleugerament superiors a 100.

Taula 6. Índex d'envelliment i dependència per gènere i territori. Catalunya 2005

	Índex d'envelliment			Índex de sobreenvelliment			Índex de dependència global			Índex de dependència senil		
Regió Sanitària	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
Alt Pirineu i Aran	125	165	**144**	12	19	**16**	49	59	54	27	37	32
Catalunya	**91**	**136**	**113**	**9**	**15**	**12**	43	51	47	20	29	25

Font: Registre Central d'Usuaris 31-desembre 2005. Departament de Salut
Índex d'envelliment: relació entre població de 65 anys o més i el menors de 15 anys o menys
Índex de sobreenvelliment: relació entre la població de 85 anys o més i els de 65 anys o més
Índex de dependència global: relació entre la població de 65 anys o més amb la de 15 anys o menys i els de 15-64 anys
Índex de dependència senil: relació entre la població de 65 anys o més i la de 15-64 anys

Un dels components essencials de l'envelliment progressiu de la població catalana és l'augment de l'esperança de vida (EV). L'any 2004, l'EV en néixer va ser de 80,8 (77,41 anys en els homes i 84,04 en les dones). Aquestes diferències per sexe es mantenen en totes les edats, tal i com s'expressa a la taula 7.

Taula 7. Esperança de vida per grup d'edat a partir dels 65 anys. Catalunya 2003-2004

	Esperança de vida al 2004			2003
Grup d'Edat	Homes	Dones	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 a89	5,40	6,50	6,14	5,74
90 a94	3,70	4,36	4,16	3,81
≥ 95	2,65	2,93	2,86	2,55
En néixer (0 anys)	**77,41**	**84,04**	**80,8**	**80,10**

Font: Servei d'Informació i Estudis, Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2003-2004. Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2005.

Als 65 anys l'esperança de vida de la població encara és alta, tot i això, durant una part d'aquest anys d'esperança de vida és necessari dependre d'altres persones per poder desenvolupar les activitats de la vida diària. L'augment de l'Esperança de Vida Lliure d'Incapacitat (EVLI) és, doncs, un objectiu tant o més important que el d'allargar la vida (taula 8).

Taula 8. Esperança de vida, esperança de vida lliure d'incapacitat i esperança de vida en bona salut, per sexe i edat. Catalunya, 2.000

Sexe	Edat	EV	EVLI	%*	EVBS	% **
Homes	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
Dones	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: esperança de vida; EVLI: esperança de vida lliure d'incapacitat. EVBS: esperança de vida en bona salut. *Percentatge de vida lliure d'incapacitat, (EVLI/EV)·100. **Percentatge de vida en bona salut, (EVBS/EV)·100.

Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Elaboració pròpia.

L'evolució de l'EV de la gent gran ha estat positiva en els darrers anys (Taula 9), ja que ha augmentat de forma progressiva el nombre d'anys que es pot esperar viure en aquestes edats sempre mantenint la diferència entre sexes a favor de les dones. Tanmateix, aquesta longevitat de la gent gran a Catalunya queda matisada pel temps que es pot esperar viure sense patir discapacitats o malalties que comportin restriccions per a les activitats habituals. En aquest sentit, l'esperança de vida lliure d'incapacitat (EVLI) és un indicador més acurat de les previsions de salut per a la gent gran.

Taula 9. Esperança de vida als 60 anys en homes i dones (Life expectancy at 60) evolució per anys comparativa entre Catalunya, Espanya i Europa

Homes	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
EU (25 countries)	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)		:
Espanya	19,5	19,5	19,7	19,7	19,8	20,0	19,9	19,8	20,3	:	20,6		:
Catalunya (60-64 anys)**								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 countries)	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)		:
Espanya	23,8	23,8	24,1	24,2	24,3	24,5	24,5	24,5	24,9	:	25,2		:
Catalunya (60-64 anys)**								24,88	25,40	25,55	25,52	25,39	26,02

(:) Not available (e) Estimated value
Font: Eurostat/U.S. Bureau of the Census
** Servei d'informació i Estudis, Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya 1999-2004. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

5.2. Estat de salut

L'enquesta de salut de Catalunya 2002 (ESCA) va estudiar la població de totes les edats que residia a Catalunya en aquella data. L'ESCA permet conèixer l'evolució de l'estat de salut dels catalans segons la seva pròpia percepció subjectiva, i també permet identificar desigualtats de salut entre els diferents grups estudiats. En aquesta enquesta, a més, s'estudien els hàbits i estils de vida, les incapacitats, les restriccions d'activitats produïdes per problemes de salut etc., informació de

gran interès per aquest Pla director sociosanitari.
L'ESCA divideix la població en quatre grups d'edat (0-14, 15-44, 45-64 i 65 i més) posant clarament de manifest que la percepció de pitjor estat de salut augmenta a mesura que augmenta l'edat.

Entre la gent gran i en relació amb els altres grups d'edat, els comportaments saludables i les pràctiques preventives són més freqüents, si bé l'autovaloració de l'estat de salut i la qualitat de vida són pitjors.
Segons l'enquesta, s'observa que la utilització dels serveis sanitaris pel grup de gent més gran de 65 anys és més elevada i manifesten estar-ne satisfets en major proporció respecte als altres grups d'edat, respecte de l'atenció que reben.
En general, es pot afirmar que la gent gran de les classes més desfavorides presenten uns pitjors indicadors en els aspectes estudiats, en comparació amb els que pertanyen a les altres classes socials.
Des d'una perspectiva global, l'anàlisi de les dades disponibles mostra l'increment sostingut del nombre de persones majors de 65 anys i de la freqüència i magnitud dels principals problemes de salut que els afecten.
Quant als hàbits i estils de vida entre la població de més de 64 anys, l'ESCA 2002 mostra que el 16,8% dels homes i el 3,1% de les dones són fumadors. Pel que fa al consum d'alcohol, es declaren abstemis el 40,8% dels homes i el 75,4% de les dones, bevedors moderats el 55,5% dels homes i el 23,2% de les dones i bevedors de risc el 3,6% dels homes i l'1,3% de les dones.
Pel que fa a l'activitat física, el 41,9% dels homes i el 50,3% de les dones declaren realitzar una activitat física mínima o nul·la i el 52,1% dels homes i el 44,7% de les dones són lleugerament actius. Només el 3,0% dels homes i l'1,8% de les dones manifesten ser moderadament actius o molt actius.
Entre la gent gran, les dones són especialment vulnerables. El nombre de persones grans que viuen soles, segons l'ESCA 2002, augmenta amb l'edat i sempre és superior en les dones respecte als homes. Viuen sols el 14,2% dels homes (19.409) i el 19,7% de les dones (63.776) de 65 a 74 anys i aquesta proporció arriba al 25,9% dels homes i el 34,1% de les dones majors de 74 anys (17.268 i 87.531, respectivament) (taula 10).
Les dones també gaudeixen de més longevitat però estan més exposades a experiències negatives. Com hem vist abans, pels mateixos grups d'edat, tenen un major nombre de malalties cròniques i una major taxa de discapacitat.

Taula 10. Població de 75 anys i més que viu sola o amb persones del seu grup d'edat, per regió sanitària

Regió sanitària	Persones de 75 anys o més que viuen soles	Persones de 75 anys o més que viuen amb altres persones del mateix grup d'edat
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
Alt Pirineu-Aran	1.589	1.276
Total	**124.099**	**115.930**

Font: Departament de Salut. ESCA 2002

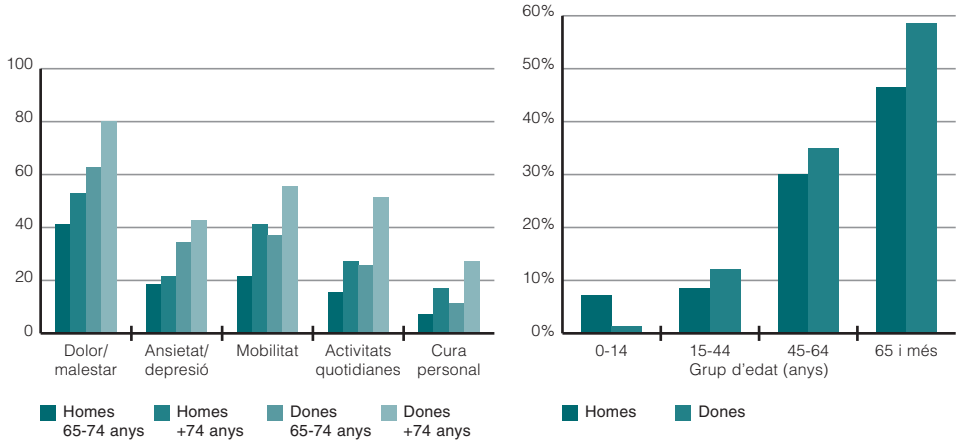
Les dones grans contribueixen de forma important al benestar de la família, sovint en detriment propi. Segons l'ESCA, les dones entrevistades majors de 64 anys, que conviuen amb menors i/o amb gent gran, en tenen cura d'ells totes soles, el 16,6% i 13,6%, respectivament. Entre els homes d'aquesta edat, aquestes xifres indiquen que tenen cura tot sols dels nens el 5,9%, i el 6,5% a les persones grans.
Així mateix, també entre els majors de 64 anys que conviuen amb persones amb discapacitats, en te cura únicament la persona entrevistada, en un 52,2% en el cas de les dones i el 13,3% dels homes.

Percepció de la salut

Segons l'ESCA, el 54,6% dels homes i el 41,9% de les dones manifesten tenir bona salut, i el 9,9% dels homes i el 14,7% de les dones declaren tenir una salut dolenta, mentre que en la població general el 4,3% fa aquesta valoració sobre el seu estat de salut (gràfics 4 i 5). A més, al gràfic 5 pot observar-se com la població, fins als 44 anys, declara tenir pocs problemes relacionats amb la qualitat de vida.

Gràfic 4. Autopercepció de la salut com a dolenta o regular, per grup d'edat i sexe

Gràfic 5. Població que declara tenir problemes (moderats i greus) en aspectes de la qualitat de vida per edat i sexe

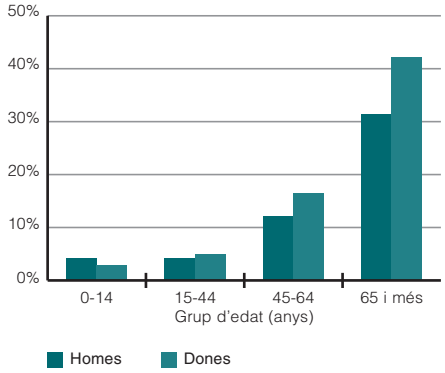


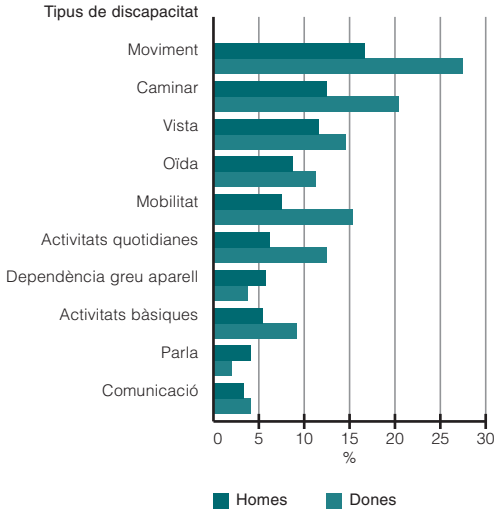
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002. Departament de Salut

Discapacitat

El 12,5 de la població declara patir algun tipus de discapacitat, però aquesta xifra augmenta amb l'edat, segons l'ESCA.
Segons el tipus de discapacitat, les més freqüents estan relacionades amb el moviment, seguides de les limitacions visuals i dels problemes per caminar. (gràfic 6)
En el grup de persones grans, el 33,2% dels homes i el 43,6% de les dones de 65 anys i més presenten alguna discapacitat. La proporció de persones que declaren tenir una discapacitat o més experimenta un increment important a partir dels 80 anys i en tots els grups és major en les dones que en els homes.

Gràfic 6. Població que declara patir alguna discapacitat per grup d'edat i sexe i tipus de discapacitat



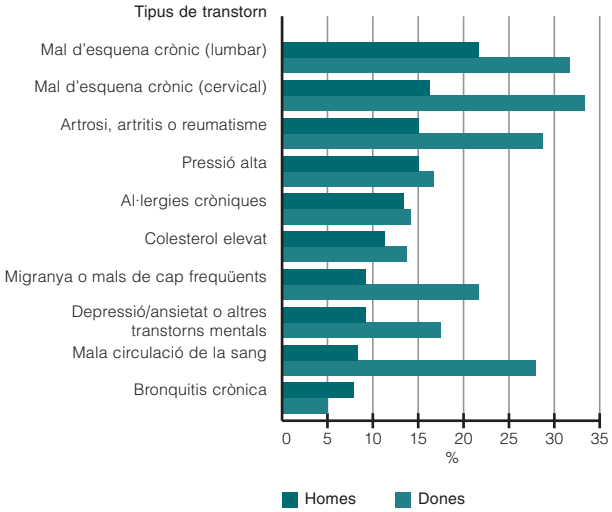


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002. Depart. Salut

Malalties cròniques

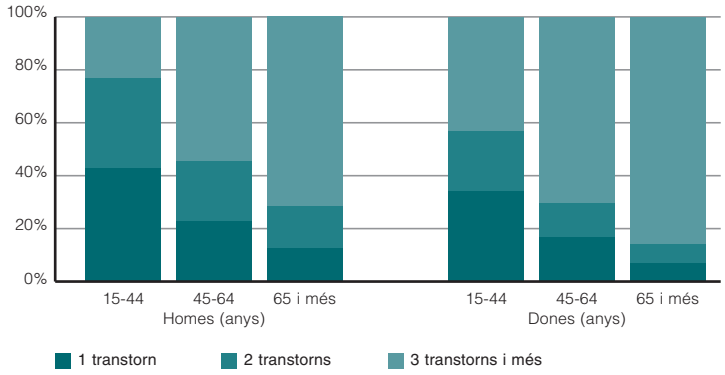
El 91,7% dels homes i el 96,2% de les dones de 65 anys i més presenten alguna malaltia crònica. A partir dels 64 anys, pràcticament a totes les edats destaca la major proporció d'homes que manifesten no tenir cap malaltia crònica i són les dones qui les pateixen en major nombre. Així mateix, s'observa que la proporció de dones que fan una valoració negativa de la seva salut és més elevada que la d'homes, tant en presència d'una o vàries discapacitats i/o malalties cròniques o sense (gràfics 7 i 8).

Gràfic 7. Principals trastorns crònics declarats segons el tipus de trastorn i el sexe.
Enquesta de salut de Catalunya, 2002



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002. Departament de Salut

Gràfic 8. Distribució del nombre de trastorns crònics entre aquells que almenys en pateixen un per grup d'edat i sexe. Enquesta de salut de Catalunya, 2002



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002. Departament de Salut

Mortalitat

A la taula 11 es descriu la distribució de la mortalitat global (defuncions i taxes per 1.000 hab.) per grups d'edat en una distribució quinquennal.

Taula 11. Defuncions, població i taxes específiques de mortalitat per edat i sexe. Catalunya, 2004

	Defuncions			Població			Taxes* 1.000 hab.		
	Dones	Homes	Total	Dones	Homes	Total	Dones	Homes	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

Font: Servei d'Informació i Estudis, Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2004. Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Pot observar-se que la taxa de mortalitat és més elevada en els homes que en les dones en el primer any de vida i que posteriorment disminueix, encara que es produeix un lent però progressiu increment de les defuncions, molt més accentuat en homes que en dones, fet que es manté en tots els grups d'edat.

La taula 12 identifica les primeres causes de mort, a partir dels 65 anys. Els tumors i les malalties del sistema circulatori i digestiu són els grups de patologies més freqüents entre els majors de 65 anys, si bé l'ordre de freqüència varia segons l'edat.

Taula 12. Primeres causes de defunció per grup d'edat i per sexe segons els 20 grans grups de malalties de la CIM -10. Catalunya, 2004

Grup d'edat	Dones	Taxa*	Homes	Taxa*
65-74	Tumors	412,4	Tumors	1.046,4
	Malalties del sistema circulatori	252,0	Malalties del sistema circulatori	567,5
	Malalties del sistema digestiu	63,1	Malalties del sistema respiratori	206,3
75-84	Malalties del sistema circulatori	1.277,7	Tumors	2.002,2
	Tumors	798,5	Malalties del sistema circulatori	1.868,0
	Malalties del sistema respiratori	279,7	Malalties del sistema respiratori	795,5
≥ 84	Malalties del sistema circulatori	6.022,7	Malalties del sistema circulatori	6.165,3
	Malalties mentals i del comportament	1.610,2	Tumors	3.128,7
	Tumors	1.467,7	Malalties del sistema respiratori	3.050,6
Catalunya	Malalties del sistema circulatori	279,0	Tumors	302,7
	Tumors	177,3	Malalties del sistema circulatori	241,5
	Malalties del sistema respiratori	64,5	Malalties del sistema respiratori	99,4

* Taxa per 100.000 habitants
Font: Servei d'Informació i Estudis, Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2004. Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

L'any 2004, el nombre de defuncions per la malaltia d'Alzheimer va ser de 1.460, la qual cosa va suposar el 2,56% del total de morts, amb un clar predomini entre les dones dels grups d'edat més avançada. Per a les altres demències, on s'inclouen la demència senil, la demència vascular i les no especificades, el patró de distribució va ser similar, i el nombre de defuncions va ser de 2.612, el 4,58% de la mortalitat.

Taula 13. Taxa de mortalitat per malaltia d'Alzheimer i per altres demències, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2004

Dones	65-74	75-84	85 i >	Total
M. Alzheimer	20,41	158,65	664,94	30,44
Altres demències	17,31	194,27	1.482,80	53,40

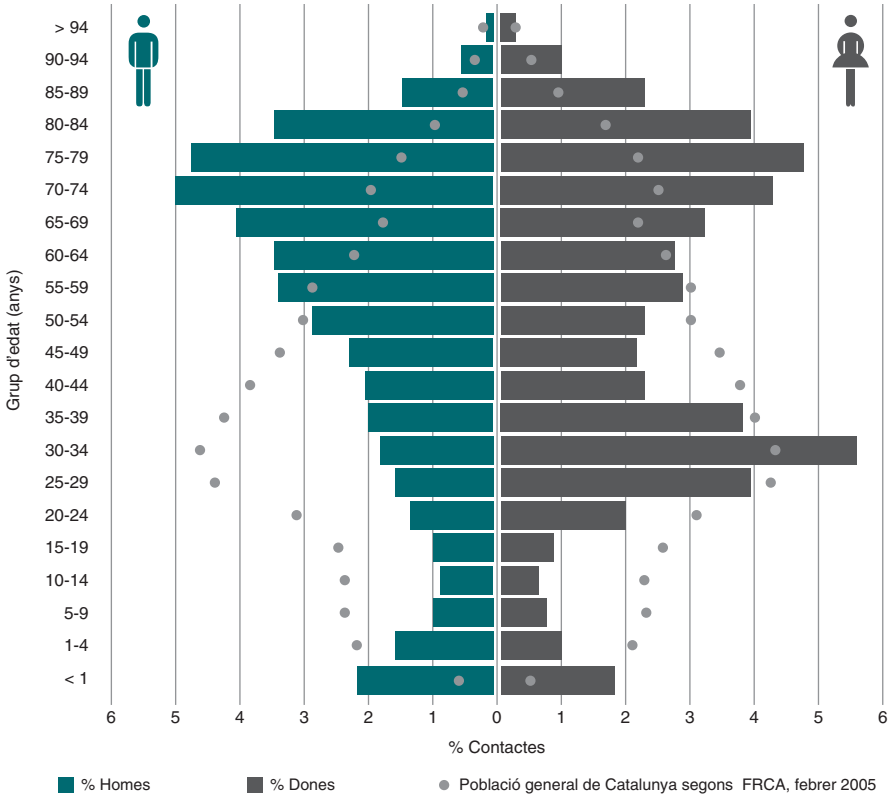
Homes	65-74	75-84	85 i >	Total
M. Alzheimer	14,29	140,34	415,48	12,73
Altres demències	25,28	193,66	1.120,96	23,85

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

La taxa específica de mortalitat de la malaltia d'Alzheimer a Catalunya l'any 2004 va ser de 21,71 per 100.000 habitants (30,44 per a les dones i 12,73 per als homes). Per grups d'edat, destaca la taxa dels majors de 84 anys, que va ser de 591,0 per 100.000 habitants, i la del grup de 75 a 84 anys, de 151,37 per 100.000 habitants (taula 13).
En relació a les altres demències, la taxa específica de mortalitat a Catalunya l'any 2004 va ser de 38,83 (53,4 entre les dones i 23,85 entre els homes). Per grups d'edat, la taxa específica dels majors de 84 anys va ser de 1.376,6 i la de la població de 75 a 84 anys, de 194,03 per 100.000 habitants.

Morbiditat

Gràfic 9. Distribució dels contactes d'hospitalització convencional i CMA de malalts residents a Catalunya i de la població de Catalunya, per sexe i grup d'edat. Any 2004



Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004

La font de dades per analitzar la morbiditat de la nostra població és el registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'atenció hospitalària (CMBDAH), que recull informació sobre l'activitat dels centres hospitalaris d'aguts de Catalunya.
La distribució dels contactes d'hospitalització convencional per grup d'edat i sexe (gràfic 9) dels residents a Catalunya que consten en el CMBDH-HA de l'any 2004 posa de manifest un increment en els primers anys de la vida (0-4) i a partir dels 65 anys, amb l'excepció del cas de les dones en edat fèrtil.

L'estada mitjana hospitalària en els homes és de 5,8 dies i en les dones, de 4,8 dies. En general, s'observa una clara tendència a l'augment de l'estada mitjana a mesura que augmenta l'edat, a excepció dels grups de menors d'1 any i de les dones en la franja d'edat de 20 a 39 anys com a conseqüència de l'activitat obstètrica (taula 14). Una freqüentació alta lligada a una estada mitjana elevada comporta que alguns grups d'edat acumulin percentatges molt alts de dies d'estada. Aquest és el cas dels majors de 70 anys, que generen el 31,8 % del total dels contactes (gràfica 9) i acumulen el 41 % de tots els dies d'estada.

Les causes més freqüents d'hospitalització d'aguts, l'any 2004, per grups d'edat i sexe són, en els homes majors de 65 anys les malalties de l'aparell circulatori, amb predomini de les malalties respiratòries a partir dels 85, i en els menors de 14 anys, les malalties de l'aparell respiratori, les lesions i els emmetzinaments (excepte les afeccions perinatals en els menors d'un any).

Homes	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Neoplàsies	—	—	—	—	—	—	—	14,1	14,1	—	—
Malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits	—	—	—	—	—	—	—	—	14,1	15,8	—
Malalties de l''aparell circulatori	—	—	—	—	—	—	14,6	17,0	18,3	19,9	20,7
Malalties de l'aparell respiratori	13,1	28,0	15,8	—	—	—	—	—	—	16,6	23,2
Malalties de l'aparell digestiu	—	12,1	—	12,0	14,7	18,0	18,6	15,7	—	—	10,3
Malalties de l'aparell gènito-urinari	—	14,4	15,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Malalties de l'aparell locomotor i del teixit connectiu	—	—	—	10,5	13,2	13,6	11,4	—	—	—	—
Afeccions originades en el període perinatal	40,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesions i emmetzinaments	—	—	15,7	24,5	18,3	12,6	—	—	—	—	—
Classificació Codi 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

Dones	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Neoplàsies	—	—	—	—	—	8,9	15,1	—	—	—	—
Malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits	—	9,7	11,2	—	—	—	—	12,7	20,9	23,6	—
Malalties de l'aparell circulatori	—	—	—	—	—	—	—	12,9	14,8	18,6	24,3
Malalties de l'aparell respiratori	10,9	31,9	19,1	—	—	—	—	—	—	—	16,4
Malalties de l'aparell digestiu	—	11,9	13,9	7,2	4,2	—	—	—	—	—	—
Malalties de l'aparell gènito-urinari	—	—	—	7,2	6,0	10,8	13,3	—	—	—	—
Complicacions de l'embaràs, part i puerperi	—	—	—	44,3	66,0	34,5	—	—	—	—	—
Malalties de l'aparell locomotor i del teixit connectiu	—	—	—	—	—	—	14,7	18,3	14,7	—	—
Afeccions originades en el període perinatal	41,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesions i emmetzinaments	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9,7	14,8
Classificació Codi 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

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004

Taula 14. Percentatge de contactes d'hospitalització convencional i CMA dels tres grans grups de diagnòstics que acumulen més contactes en cada grup d'edat i sexe. Any 2004

En les dones majors de 65 anys destaquen les malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits, amb predomini de les malalties de l'aparell circulatori en majors de 85, i en les menors de 14 anys, les malalties de l'aparell respiratori, les lesions i els emmetzinaments (excepte les afeccions perinatals en les menors d'un any).

Pel que fa els procediments que acumulen més contactes d'hospitalització per grups d'edat i sexe s'observen diferències en la distribució, igual que en el cas del diagnòstic principal en menors de 45 anys (taula 15). Entre els homes destaquen les operacions dels sistema músculo-esquelètic en l'edat juvenil i en adults joves, seguit de les operacions de l'aparell digestiu en els adults i de les operacions d'ulls en el grup dels més grans de 75 anys.

En el grup de dones se segueix el mateix patró pel que fa referència a les operacions dels sistema músculo-esquelètic, però en edats més avançades que en el grup d'homes, també aquí destaquen les operacions d'ulls en dones dels grups de més edat.

Taula 15. Percentatge de contactes d'hospitalització convencional i CMA dels tres grans grups de procediments que acumulen més contactes en cada grup d'edat. Homes i dones. Any 2004

Homes	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Operacions del sistema nerviós	6,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operacions d'ull	—	—	—	—	—	—	—	—	16,3	20,2	15,3
Operacions de nas, boca i faringe	—	17,1	—	—	8,5	5,5	—	—	—	—	—
Operacions de l'aparell cardiovascular	3,9	—	—	—	—	—	8,9	10,0	9,9	8,5	—
Operacions de l'aparell digestiu	6,6	—	12,5	11,3	15,8	21,1	22,6	20,1	16,8	14,6	12,4
Operacions de l'aparell urinari	—	4,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operacions dels òrgans genitals masculins	—	19,6	18,9	9,6	—	—	—	—	—	—	—
Operacions del sistema músculo-esquelètic	—	—	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
Operacions del sistema nerviós	6,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operacions d'ull	—	6,7	—	—	—	—	—	9,6	22,6	29,1	18,3
Operacions d'orell	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operacions de nas,boca i faringe	—	20,0	16,8	—	—	—	—	—	—	—	—
Operacions de l'aparell cardiovascular	4,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operacions dels sistemes hemàtic i limfàtic	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Operacions de l'aparell digestiu	3,1	9,5	12,8	—	4,6	9,4	13,4	12,7	11,4	10,8	9,7
Operacions dels òrgans genitals femenins	—	—	—	—	12,6	20,7	15,6	—	—	—	—
Procediments obstètrics	—	—	—	40,7	60,1	29,3	—	—	—	—	—
Operacions del sistema músculo-esquelètic	—	—	13,4	10,2	—	—	18,7	23,9	21,7	16,9	18,9
Operacions de pell i teguments	—	—	—	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

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004

A les taules 16 i 17 es poden observar les principals causes d'hospitalització distribuïdes per grup d'edat i sexe.

Taula 16. Percentatge de contactes d'hospitalització convencional i CMA dels tres grans grups de diagnòstics que acumulen més contactes en cada grup d'edat i sexe. Homes. Any 2004

Homes	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Neoplàsies	—	—	—	—	—	—	—	14,1	14,1	—	—
Malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits	—	—	—	—	—	—	—	—	14,1	15,8	—
Malalties de l'aparell circulatori	—	—	—	—	—	—	14,6	17,0	18,3	19,9	20,7
Malalties de l'aparell respiratori	13,1	28,0	15,8	—	—	—	—	—	—	16,6	23,2
Malalties de l'aparell digestiu	—	12,1	—	12,0	14,7	18,0	18,6	15,7	—	—	10,3
Malalties de l'aparell gènito-urinari	—	14,4	15,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Malalties de l'aparell locomotor i del teixit connectiu	—	—	—	10,5	13,2	13,6	11,4	—	—	—	—
Afeccions originades en el període perinatal	40,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesions i emmetzinaments	—	—	15,7	24,5	18,3	12,6	—	—	—	—	—
Classificació Codi 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

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004

Taula 17. Percentatge de contactes d'hospitalització convencional i CMA dels tres grans grups de diagnòstics que acumulen més contactes en cada grup d'edat i sexe. Dones. Any 2004

Dones	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>84
Neoplàsies	—	—	—	—	—	8,9	15,1	—	—	—	—
Malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits	—	9,7	11,2	—	—	—	—	12,7	20,9	23,6	—
Malalties de l'aparell circulatori	—	—	—	—	—	—	—	12,9	14,8	18,6	24,3
Malalties de l'aparell respiratori	10,9	31,9	19,1	—	—	—	—	—	—	—	16,4
Malalties de l'aparell digestiu	—	11,9	13,9	7,2	4,2	—	—	—	—	—	—
Malalties de l'aparell gènito-urinari	—	—	—	7,2	6,0	10,8	13,3	—	—	—	—
Complicacions d'embaràs,part i puerperi	—	—	—	44,3	66,0	34,5	—	—	—	—	—
Malalties de l'aparell locomotor i del teixit connectiu	—	—	—	—	—	—	14,7	18,3	14,7	—	—
Afeccions originades en el període perinatal	41,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesions i emmetzinaments	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9,7	14,8
Classificació Codi 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**

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004

A la taula 18 es presenten els contactes hospitalaris en el quals el diagnòstic principal és la malaltia d'Alzheimer i altres demències.

Taula 18. Nombre de contactes d'hospitalització i CMA per diagnòstic principal seleccionat i per grup d'edat dels malalts residents a Catalunya. Any 2004

		Hospitals d'aguts			Centres sociosanitaris					Catalunya
		45-64	65-79	≥ 80	Subtotal	45-64	65-79	≥ 80	Subtotal	Total
Malaltia d'Alzheimer (331.0)	Homes	5	16	28	49	17	112	183	312	722
	Dones	5	29	44	78	17	226	581	824	1.804
	Total	10	45	72	127	34	338	764	1.136	2.526
	Taxa				1,76					35,10
Altres demències senils i presenils (290.0-290.9)	Homes	7	77	80	166	30	223	371	626	1.580
	Dones	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
	Taxa				5,03					67,21
TOTAL TAXA										102,31

Taxa per 100.000 hab.
Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004 i CMBD-RSS. Any 2004

La línia d'atenció a les persones amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat abasta un conjunt nombrós de patologies que tenen com a tret comú la seva llarga i diferent evolució i que afecten persones de totes les edats. Aquestes característiques fan que el malalt, que normalment es diagnostica a un servei de neurologia hospitalari, segons la fase de la malaltia en què es trobi o segons la seva edat, tingui necessitats bastant diferents (taules 19 i 20).

Taula 19. Incidència (per 100.00 hab./any) d'algunes malalties neurològiques freqüents que poden generar discapacitat

Malalties neuromusculars:	
Síndrome de Guillain Barré	2
Malaltia de motoneurona	2
Neuràlgia amiotròfica	2
Miastenia gravis	1
Polimiositis/Dermatomiositis	1
Trastorns del moviment:	
Tremolor essencial	24
Malaltia de Parkinson	20
Paràlisi Supranucliar Progressiva (PSP)	1
Atròfia multisistema	0,6
Síndrome Gilles de la Tourette	0,5
Tumors cerebrals i hipertensió intracranial:	
Tumor cerebral primari	15
Tumor cerebral secundari	14
Hipertensió intracranial idiopàtica	1
Esclerosi múltiple	6
Infeccions del sistema nerviós i de meninge:	
Meningitis meningocòccica	3
Meningitis pneumocòccica	0,5
Encefalitis Herpes Simple	0,2
Malaltia de Creutzfeldt-Jakob	0,1
Tètanus	0,1
Panencefalitis Subaguda Esclerosant (PSE)	0,03
Nova variant de malaltia de Creutzfeldt-Jakob	0,02
Traumatismes cranials i medul·lars	300-400
Traumatismes cranials amb seqüeles	30-40

Font: 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.

Taula 20. Nombre de contactes d'hospitalització i CMA i taxes per diagnòstic principal seleccionat i per grup d'edat dels malalts residents a Catalunya. Any 2004

Taxa per 100.000 hab.		Hospitals d'aguts						Centres sociosanitaris					
		0-14	15-44	45-64	65-79	≥ 80	Total	0-14	15-44	45-64	65-79	≥ 80	Total
Esclerosi múltiple (340)	Homes	0	50	16	3	2	71	0	3	9	3	0	15
	Dones	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
	Taxa						2,86						0,69
Miastènia (358.0)	Homes	2	7	9	25	3	46	0	0	0	0	0	0
	Dones	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
	Taxa						1,86						
Dany cerebral (348.1-348.9)	Homes	20	22	38	33	13	126	0	9	13	8	3	33
	Dones	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
	Taxa						3,98						0,66
Lesió cerebral (854.0)	Homes	1	3	1	0	0	5	0	3	0	0	0	0
	Dones	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	Total	2	3	2	0		7	0	3	0	0	0	0
	Taxa						0,09						
Lesió medul·lar (952)	Homes	0	6	8	1	5	20	0	0	1	0	0	0
	Dones	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
	Taxa						0,37						-
Malalties hereditàries i deg. SNC (330-337)	Homes	49	166	170	343	130	858	1	12	50	215	271	549
	Dones	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
	Taxa						24,54						23,27

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004
Taxes població RCA 2005

D'altra banda, el gran nombre de patologies que comprèn aquesta línia d'atenció, i la seva diferent etiologia, algunes vegades desconeguda, ha tingut com a conseqüència que la informació de la qual disposem sigui diversa i freqüentment limitada a grups de malalties, no de la seva totalitat.

A la taula 21 es presenta un llistat de malalties neurològiques. Aquests tipus de patologies són processos d'etiologia hereditària o no, caracteritzats per la seva progressiva disfunció del sistema nerviós, ja sigui central, perifèric o autonòmic. Aquestes afeccions sovint s'associen a una atrofia progressiva de la part afectada (sistema nerviós central i/o perifèric).

Taula 21. Malalties neurodegeneratives que poden provocar dany cerebral i/o medul·lar

1. Malalties sistèmiques que es poden complicar
Cor i aorta
Hipòxia, anòxia i isquèmia
Malalties del teixits connectiu i vasculitis
Malalties respiratòries
Sarcoïdosis
Malalties hematològiques i anèmia
Malalties hematològiques proliferatives
Malalties hemorràgiques
Malalties del fetge i de l'aparell digestiu
Malalties que comporten falla renal
Alteracions dels electròlits
Malalties de la hipòfisi
Malalties de les tiroides i de les paratiroides
Malalties de les glàndules adrenals

2. Malalties Deficitàries del Sistema Nerviós

3. Efectes neurològics de toxines i agents físics
Toxines ocupacionals
Abús de drogues
Neurotoxines d'animals, plantes i bolets
Toxines marines
Agents físics

4. Malalties neurològiques relacionades amb el càncer
Tumors cerebrals primaris
Tumors neuroepitelials Primaris
Tumors de les meninges i extra-axials
Tumors de les baines del nervi
Altres tumors
Tumors metastàsics del sistema nerviós central i/o perifèric
Síndromes paraneoplàsics del sistema nerviós

5. Infeccions del sistema nerviós
Bacterianes
Virals
Fongs
Paràsits
Prions

6. Trauma del sistema nerviós
Trauma craniocerebral
Trauma medul·lar
Trauma del nervi perifèric

7. Malalties de las motoneurones superior i/o inferior
Motoneurona superior
Motoneurona inferior
Motoneurones superior i inferior

8. Malalties neuromusculars
Arrels i plexes
Arrels nervioses
Plexe braquial
Plexe lumbosacra
Nervis perifèrics
Transmissió neuromuscular
Miopaties

9. Malalties del cerebel, incloses les atàxies degeneratives
Atàxies adquirides
Atàxies hereditàries
Atàxies esporàdiques

10. Epilèpsies
Parcials
Generalitzades
No classificades

11. Alteracions del son

12. Mals de cap crònics i àlgies de la craniofacial

13. Esclerosis múltiple i altres malalties inflamatòries desmielinitzants del sistema nerviós central
Autoimmunes: Esclerosi múltiple
Infeccioses
Tòxic/Metabòliques
Vasculars
Malalties hereditàries del metabolisme de la mielina

14. Trastorns del moviments
Malaltia de Parkinson i altres parkinsonismes
Tremolors
Corees
Discinèsies tardies
Distonies
Gilles de la Tourette i altres tics
Mioclònies
Altres alteracions del moviment

15. Discapacitats i Alteracions del Desenvolupament
Paràlisis Cerebral Infantil (PCI)
Altres problemes del desenvolupament

16. Errors congènits del Metabolisme del Sistema Nerviós
Que afecten molècules complexes
Que afecten les molècules petites
Del metabolisme dels aminoàcids i dels àcids orgànics
Del metabolisme energètic
Altres trastorns metabòlics

17. Malalties mitocondrials

18. Canalopaties: alteracions episòdiques i elèctriques del sistema nerviós

19. Síndromes neurocutanis

20. Malalties dels ossos, de les articulacions, dels lligaments i de les meninges, amb afectació de les estructures nervioses
Alteracions de la columna vertebral congènites i hereditàries
Deformitats de la columna vertebral i alteracions metabòliques
Malalties degeneratives de la columna vertebral
Malalties infeccioses de la columna vertebral

21. Malalties vasculars del sistema nerviós
Malaltia cerebrovascular isquèmica
Trombosi venosa cerebral
Hemorràgia intracerebral
Aneurisma intracranial i hemorràgia subaracnoidal
Malformacions arteriovenoses.
Ictus en el nen
Malaltia vascular espinal
Vasculitis del sistema nerviós central

22. Demències
Malaltia d'Alzheimer
Demències frontotemporals
Demència amb Cossos de Lewy
Demències vasculars
Altres demències degeneratives
Hidrocefàlies
Demències secundàries

A les taules 22 i 23 es descriu específicament en grups d'edat de 65 anys i més la distribució, per sexes, de les 10 categories diagnòstiques més freqüents segons la classificació clínica per a la recerca de polítiques sanitàries d'hospitalització (CCHPR) 2004.
Com es pot comprovar, en aquest any les categories CCHPR més freqüents són les cataractes, tant en homes com en dones. La segona categoria més freqüent en homes és la malaltia pulmonar obstructiva crònica.
En les dones, s'observa que la segona categoria diagnòstica l'any 2004, desprès de les cataractes, varia segons l'edat. Així doncs, en menors de 75 anys l'osteoartritis, les deformitats de peu adquirides i les malalties de les vies biliars són la 2a, 3a i 4a categoria respectivament, mentre que en dones de 75 anys ho són la Insuficiència cardíaca congestiva no hipersensible, les fractures de maluc i la malaltia cerebrovascular, respectivament.

Taula 22. Distribució de les categories diagnòstiques de la Classificació Clínica per a la Recerca de Polítiques Sanitàries (CCHPR*) dels pacients que ingressen en hospitals d'aguts. Homes. Catalunya 2004

65-74 anys	N	%	>74 anys	N	%
Cataractes	8.488	10,7	Cataractes	10.798	12,2
Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi	5.002	6,3	Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi	7.791	8,8
Hèrnia abdominal	3.521	4,5	Insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva	4.054	4,6
Aterosclerosi coronària	3.322	4,2	Pneumònia (excloent-ne per tuberculosi i MTS)	3.996	4,5
Neoplàsia maligna de bufeta	2.020	2,6	Malaltia cerebrovascular aguda	2.860	3,2
Pneumònia (exclou per tuberculosi i MTS)	2.053	2,6	Aterosclerosi coronària	2.475	2,8
Hiperplàsia de pròstata	1.876	2,4	Hèrnia abdominal	2.470	2,8
Osteoartritis	1.859	2,4	Malalties de vies biliars	2.130	2,4
Malaltia cerebrovascular aguda	1.809	2,3	Infart agut de miocardi	2.039	2,3
Malalties de vies biliars	1.769	2,2	Neoplàsia maligna de bufeta	2.047	2,3
Total	79.080	100	Total	88.375	100

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004

Taula 23. Distribució de les categories diagnòstiques de la Classificació Clínica per a la Recerca de Polítiques Sanitàries (CCHPR*) dels pacients que ingressen en hospitals d'aguts. Dones. Catalunya 2004

65-74 anys	N	%	>74 anys	N	%
Cataractes	11.268	16,4	Cataractes	18.831	17,5
Osteoartritis	4.291	6,3	Insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva	6.549	6,1
Deformitats del peu adquirides	2.148	3,1	Fractura del coll del fèmur (maluc)	5.460	5,1
Malalties de vies biliars	1.825	2,7	Malaltia cerebrovascular aguda	3.685	3,4
Venes varicoses d'extremitat inferior	1.649	2,4	Osteoartritis	3.360	3,1
Insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva	1.575	2,3	Bronquitis aguda	2.898	2,7
Aterosclerosi coronària	1.382	2,0	Pneumònia (excloent-ne per tuberculosi i MTS)	2.671	2,5
Hèrnia abdominal	1.313	1,9	Malalties de vies biliars	2.589	2,4
Complicacions de diapositiu, implant o empelt	1.244	1,8	Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi	2.432	2,3
Altres trastorns genitals femenins	1.250	1,8	Infeccions de vies urinàries	2.412	2,2
Total	68.516	100	Total	107.888	100

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004

Morbiditat en l'atenció sociosanitària:

L'atenció sociosanitària a Catalunya es presta a tres nivells d'intervenció: hospitalització, atenció diürna ambulatòria i equip de valoració i suport (Taula 24).

Taula 24. Cartera de serveis sociosanitaris, en hospitalització, diürns, ambulatoris o suport

1.- Serveis d'hospitalització	2.- Serveis d'atenció diürna ambulatòria	3.- Equips de valoració i suport
Unitats de llarga estada:	Hospital de dia:	Al domicili:
Geriàtrica	Geriàtric	PADES
MA i altres demències	MA i altres demències	
Psicogeriàtrica	Pal·liatiu	
Psiquiàtrica	M. neurodegeneratives	
Grans discapacitats Tuberculosi		
Unitats de mitja estada:	Equips d'Avaluació Integral Ambulatòria (EAIA):	A l'hospital:
Convalescència	Geriàtrica	UFISS:
Cures pal·liatives	MA i altres demències	Geriatria
Polivalent	Cures pal·liatives	Pal·liativa
MA i altres demències		Mixta
		Respiratòria

MA: Malaltia d'Alzheimer. TC: Trauma craneoncefàlic. UFISS: Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària. PADES: Programa Atenció Domiciliària Equips de Suport

A cada nivell d'intervenció es presta atenció a les quatre grans línies objecte d'aquest Pla director, que representen la major part de les actuacions dins la xarxa sociosanitària i que ofereixen una atenció, bé en la globalitat del servei o bé amb serveis específics quan les dimensions de la població de referència ho requereixin. Segons dades del CMBD-RSS (registre del conjunt mínim bàsic de dades dels recursos sociosanitaris) de Catalunya, la taxa d'hospitalització l'any 2004 va ser de 8,5 processos per 1.000 habitants. S'observa una tendència a augmentar aquest nombre amb l'edat, atès a l'orientació majoritària dels recursos sociosanitaris cap a l'atenció geriàtrica. Les xifres més altes corresponen als més grans de 64 anys, amb taxes d'hospitalització superiors a 14 processos per 1.000 habitants i que arriben fins a 108,2 processos de mitjana en persones de més de 84 anys (taula 25).

Taula 25. Distribució dels episodis per sexe, grup d'edat i residència, i taxa d'hospitalització dels residents a Catalunya. Any 2004

Grup d'edat (anys)	Nombre d'episodis Residents a Catalunya		Residència desconeguda o fora de Catalunya		Total d'episodis	Taxa d'hospitalització* dels residents a Catalunya		
	Homes	Dones	Homes	Dones		Homes	Dones	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

* Nombre de processos per 1.000 hab.
Font: Servei Català de la Salut. CMBD-RSS. Any 2004

En la xarxa sociosànitaria el total de processos declarats l'any 2004 (en un total de 308 unitats notificadores que equival al 87% de la xarxa) va ser de 60.994, 46.536 dels quals corresponen a processos finalitzats (alta o defunció) durant l'any 2004. La resta, 14.458 processos, són aquells que no van finalitzar durant l'any.
A la taula 26 podem veure la distribució de processos segons el tipus de recurs durant l'any 2004.

Taula 26. Indicadors dels episodis atesos a la xarxa d'atenció sociosanitària per tipus de recurs. Any 2004

	Total d'episodis			Episodis finalitzats l'any 2004			
	N	Mitjana d'edat (anys)	Dones (%)	N	(%)	Estada mitjana (dies)	Defuncions (%)
Hospitalització							
Unitats de llarga durada	11.093	78,9	62,7	4.716	42,5	147,8	23,9
Unitats de convalescència*	14.327	78,1	60,3	11.879	82,9	55,1	10,1
Unitats de cures pal·liatives	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
Atenció domiciliària							
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
Atenció ambulatòria							
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

* S'ha inclòs en aquest anàlisi les unitats de mitja estada polivalent
Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004

A les taules 27 i 28 es descriuen les categories diagnòstiques a les unitats de llarga durada per sexe, on destaquen els trastorns orgànics i demència senil o presenil i l'ICTUS especialment en els grups de població més grans, tant en dones com en homes majors de 74 anys, si bé les xifres més altes corresponen a les dones.

Taula 27. Distribució de les categories diagnòstiques dels pacients que ingressen en centres sociosanitaris.Llarga durada. Homes. Catalunya 2004

65-74 anys	N	%	>74 anys	N	%
Malaltia cerebrovascular aguda	96	16,7	Trastorns orgànics i demència senil o presenil	380	24,1
Trastorns orgànics i demència senil o presenil	91	15,8	Malaltia cerebrovascular aguda	198	12,6
Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi	31	5,4	Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi	81	5,1
Esquizofrènia i trastorns relacionats	20	3,5	Admissió administrativa/social	63	4,0
Neoplàsia maligna de bronquis i pulmó	16	2,8	Fractura del coll del fèmur (maluc)	56	3,6
Efectes tardans de malaltia cerebrovascular	16	2,8	Esquizofrènia i trastorns relacionats	40	2,5
Fractura d'extremitat inferior	13	2,3	No assignable	70	4,4
Malaltia de Parkinson	13	2,3	Efectes tardans de malaltia cerebrovascular	35	2,2
Paràlisi	12	2,1	Malaltia de Parkinson	29	1,8
Aterosclerosi perifèrica i visceral	12	2,1	Úlcera crònica de pell	26	1,7
Total	575	100	Total	1.575	100

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-RSS. Any 2004

Taula 28. Distribució de les categories diagnòstiques dels pacients que ingressen en centres sociosanitaris. Llarga durada. Dones. Catalunya 2004

65-74 anys	N	%	>74 anys	N	%
Trastorns orgànics i demència senil o presenil	107	19,6	Trastorns orgànics i demència senil o presenil	1.302	34,1
Malaltia cerebrovascular aguda	63	11,6	Malaltia cerebrovascular aguda	368	9,6
Esquizofrènia i trastorns relacionats	27	5,0	Fractura del coll del fèmur (maluc)	199	5,2
Fractura d'extremitat inferior	24	4,4	Admissió administrativa/social	142	3,7
Altres afeccions hereditàries i degeneratives del sistema nerviós	18	3,3	No assignable	116	3,0
No assignable	25	4,6	Fractura d'extremitat inferior	103	2,7
Admissió administrativa/social	16	2,9	Esquizofrènia i trastorns relacionats	101	2,6
Efectes tardans de malaltia cerebrovascular	14	2,6	Insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva	96	2,5
Fractura del coll del fèmur (maluc)	13	2,4	Osteoartritis	92	2,4
Paràlisi	13	2,4	Úlcera crònica de pell	83	2,2
Total	545	100	Total	3.821	100

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-RSS. Any 2004

Cal esmentar que en dones la fractura de maluc en majors de 75 anys i més representa un 5,2% del total de diagnòstics en aquest grup d'edat i sexe, mentre que en homes representa un 3,6%.
Els diagnòstics més freqüents en centres sociosanitaris de convalescència i mitja estada polivalent (taules 29 i 30) en homes a partir de 64 anys són de malaltia cerebrovascular aguda. En dones entre 65 i 74 anys destaquen la fractura de maluc i l'osteoartritis, si bé la malaltia vascular aguda és la segona causa en dones majors de 64 anys.

Taula 29. Distribució de les categories diagnòstiques dels pacients que ingressen en centres sociosanitaris. Convalescència i mitja estada polivalent. Homes. Catalunya 2004

65-74 anys	N	%	>74 anys	N	%
Malaltia cerebrovascular aguda	196	19,8	Malaltia cerebrovascular aguda	381	15,2
Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi	74	7,5	Fractura del coll del fèmur (maluc)	278	11,1
Trastorns orgànics i demència senil o presenil	45	4,6	Trastorns orgànics i demència senil o presenil	192	7,7
Fractura del coll del fèmur (maluc)	45	4,6	Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi	147	5,9
Osteoartritis	43	4,4	Insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva	91	3,6
Altres malalties del teixit connectiu	38	3,8	Pneumònia (excloent-ne per tuberculosi i MTS)	90	3,6
Fractura d'extremitat inferior	22	2,2	Osteoartritis	81	3,2
Altres cures	21	2,1	Altres malalties del teixit connectiu	66	2,6
No assignable	21	2,1	Fractura d'extremitat inferior	60	2,4
Esquizofrènia i trastorns relacionats	19	1,9	Altres fractures	44	1,8
Total	988	100	Total	2.503	100

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-RSS. Any 2004

Taula 30. Distribució de les categories diagnòstiques dels pacients que ingressen en centres sociosanitaris. Convalescència i mitja estada polivalent. Dones. Catalunya 2004

65-74 anys	N	%	>74 anys	N	%
Osteoartritis	213	19,7	Fractura del coll del fèmur (maluc)	1.099	22,4
Malaltia cerebrovascular aguda	141	13,0	Malaltia cerebrovascular aguda	536	10,9
Fractura del coll del fèmur (maluc)	103	9,5	Trastorns orgànics i demència senil o presenil	333	6,8
Fractura d'extremitat inferior	55	5,1	Osteoartritis	280	5,7
Trastorns orgànics i demència senil o presenil	41	3,8	Fractura d'extremitat inferior	272	5,6
Altres fractures	40	3,7	Insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva	235	4,8
Altres malalties de teixit connectiu	40	3,7	Altres fractures	178	3,6
Complicacions de dispositiu, implant o empelt	24	2,2	Altres malalties de teixit connectiu	145	3,0
Insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva	24	2,2	Pneumònia (excloent-ne per tuberculosi i MTS)	84	1,7
Altres cures	21	1,9	Altres trastorns no traumàtics d'articulacions	80	1,6
Total	1.082	100	Total	4.899	100

Pel que fa les categories diagnòstiques en centres sociosanitaris de cures pal·liatives destaquen la neoplàsia de pulmó en els homes i la de mama i còlon en les dones (taules 31 i 32).

Taula 31. Distribució de les categories diagnòstiques dels pacients que ingressen en centres sociosanitaris. Cures pal·liatives. Homes. Catalunya 2004

65-74 anys	N	%	>74 anys	N	%
Neoplàsia maligna de bronquis i pulmó	164	27,7	Neoplàsia maligna de bronquis i pulmó	179	18,6
Neoplàsia maligna de pròstata	45	7,6	Neoplàsia maligna de pròstata	90	9,3
Neoplàsia maligna de còlon	38	6,4	Neoplàsia maligna d'estómac	67	7,0
Neoplàsia maligna de fetge i conductes biliars intrahepàtics	30	5,1	Neoplàsia maligna de fetge i conductes biliars intrahepàtics	51	5,3
Neoplàsia maligna d'estómac	29	4,9	Neoplàsia maligna de còlon	49	5,1
Neoplàsia maligna de bufeta	28	4,7	Neoplàsia maligna de bufeta	46	4,8
Neoplàsia maligna de cap i coll	24	4,1	Neoplàsia maligna de recte i anus	45	4,7
Neoplàsia maligna de recte i anus	21	3,5	Neoplàsies malignes secundàries	31	3,2
Neoplàsia maligna de cervell i sistema nerviós	19	3,2	Neoplàsia maligna de cap i coll	29	3,0
Neoplàsies malignes secundàries	16	2,7	Neoplàsia maligna de pàncrees	29	3,0
Total	592	100	Total	963	100

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004

Taula 31. Distribució de les categories diagnòstiques dels pacients que ingressen en centres sociosanitaris. Cures pal·liatives. Dones. Catalunya 2004

65-74 anys	N	%	>74 anys	N	%
Neoplàsia maligna de mama	53	17	Neoplàsia maligna de còlon	76	8,7
Neoplàsia maligna de còlon	26	8	Neoplàsia maligna de mama	66	7,5
Neoplàsia maligna d'estómac	24	8	Neoplàsia maligna de pàncrees	46	5,2
Neoplàsia maligna de recte i anus	16	5	Malaltia cerebrovascular aguda	42	4,8
Neoplàsia maligna de bronquis i pulmó	15	5	Trastorns orgànics i demència senil o presenil	38	4,3
Neoplàsia maligna de fetge i conductes biliars intrahepàtics	15	5	Neoplàsia maligna de bronquis i pulmó	34	3,9
Neoplàsia maligna de pàncrees	15	5	Neoplàsia maligna de recte i anus	33	3,8
Neoplàsia malig altr. òrgans gastrointestinals i peritoneu)	14	4	Neoplàsia maligna d'estómac	33	3,8
Neoplàsia maligna d'ovari	13	4	Neoplàsia maligna de bufeta	27	3,1
Neoplàsies malignes secundàries	11	3	Insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva	24	2,7
Neoplàsia maligna de mama	53	17	Neoplàsia maligna de còlon	76	8,7
Total	317	100	Total	878	100

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-AH. Any 2004

En les taules 32, 33 i 34 es descriuen les categories diagnòstiques més freqüents ateses en UFISS, PADES i hospitals de dia, que si s'analitzen s'observen els mateixos diagnòstics que en els altres dispositius.

Taula 32. Indicadors dels episodis atesos en UFISS per categories diagnòstiques segons la classificació de les CCHPR. Any 2004. Font: Servei Català de la Salut. CMBD-RSS. Any 2004

Categories diagnòstiques	Total d'episodis			Episodis finalitzats l'any 2004			
	N	Mitjana d'edat (anys)	Dones %	N	(%)	Estada mitjana (dies)	Defuncions (%)
Fractura del coll delfèmur (maluc)	1.748	82,7	75,1	1.650	94,4	11,0	3,0
Malaltia cerebrovascular aguda	1.479	76,4	49,4	1.440	97,4	16,3	7,8
Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi	755	77,6	25,0	709	93,9	15,1	13,3
Trastorns orgànics i demència senil o presenil	656	78,0	61,6	636	97,0	92,6	7,7
Neoplàsia maligna de bronquis i pulmó	610	69,3	10,2	594	97,4	46,7	31,5
Insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva	599	81,6	66,9	584	97,5	23,1	14,4
Altres diagnòstics	9.389	74,5	54,1	8.975	95,6	25,9	14,3
Diagnòstic principal desconegut o erroni	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**

Taula 33. Indicadors dels episodis atesos pel PADES per categories diagnòstiques segons la classificació de les CCHPR. Any 2004. Font: Servei Català de la Salut. CMBD-RSS. Any 2004

Categories diagnòstiques	Total d'episodis			Episodis finalitzats l'any 2004			
	N	Mitjana d'edat (anys)	Dones %	N	(%)	Estada mitjana (dies)	Defuncions (%)
Trastorns orgànics i demència senil o presenil	1.574	83,7	68,0	1.136	72,2	77,4	18,1
Neoplàsia maligna de bronquis i pulmó	911	70,4	14,3	664	72,9	53,6	52,1
No assignable	491	75,9	46,2	388	79,0	82,2	33,2
Neoplàsia maligna de còlon	490	73,6	45,5	349	71,2	68,7	45,3
Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi	479	78,3	22,5	357	74,5	65,4	13,7
Neoplàsia maligna de mama	413	71,0	97,1	299	72,4	63,6	44,5
Altres diagnòstics	7.433	75,4	48,7	5.550	74,7	61,6	29,6
Diagnòstic principal desconegut o erroni	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**

Taula 34. Indicadors dels episodis atesos en hospital de dia per categories diagnòstiques segons la classificació de les CCHPR. Any 2004

Categories diagnòstiques	Total d'episodis			Episodis finalitzats l'any 2004			
	N	Mitjana d'edat (anys)	Dones %	N	(%)	Estada mitjana (dies)	Defuncions (%)
Trastorns orgànics i demència senil o presenil	1.167	78,3	65,5	718	61,5	243,9	1,7
Esclerosi múltiple	615	48,7	65,9	325	52,8	199,7	0,5
Malaltia cerebrovascular aguda	457	70,6	42,2	302	66,1	183,8	2,2
Altres trastorns del sistema nerviós	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
Malaltia de Parkinson	122	75,1	47,5	75	61,5	183,3	4,9
Altres diagnòstics	1.351	72,7	57,4	926	68,5	178,4	2,7
Diagnòstic principal desconegut o erroni	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**

Font: Servei Català de la Salut. CMBD-RSS. Any 2004

5.3. Serveis sociosanitaris

La xarxa de serveis sociosanitaris de Catalunya està especialment orientada als col·lectius objecte d'aquest Pla director i disposa d'un funcionament i normativa pròpis. A continuació es descriu la cartera de serveis sociosanitaris. No obstant això no es tracta del conjunt de serveis on intervé el Pla, perquè aquest s'estén a altres serveis d'aguts i a l'atenció primària tal com es descriu en l'apartat corresponent que tracta de l'abast funcional del Pla director.

Antecedents de l'atenció sociosanitària a Catalunya

El Departament de Sanitat i Seguretat Social va crear, l'any 1986, el Programa Vida als Anys (PVAA) d'atenció a persones grans malaltes i malalts crònics, mitjançant l'Ordre de 29 de maig de l'any 1986. Amb aquest fet, el Govern de la Generalitat de Catalunya, a través del Departament de Sanitat i Seguretat Social, va fer un pas important per tal d'adaptar els seus serveis a les necessitats assistencials d'una població amb un fort índex d'envelliment. Aquest fet ha condicionat el desenvolupament del sector sociosanitari a casa nostra i ha influenciat en gran manera el debat que, en els anys posteriors, i encara actualment, s'ha establert en quasi totes les comunitats autònomes de l'Estat espanyol.

Aquest desplegament va basar-se no només en el fet demogràfic de l'envelliment, sinó que va incloure la promoció d'un model d'atenció propi. El model d'atenció sociosanitari defensa la concepció global de la persona i la necessitat d'un enfocament integral, tant en la valoració de les necessitats com en la implementació dels programes d'intervenció segons el model d'atenció biopsicosocial. A més a més, la defensa de la multidisciplinarietat, imprescindible per a una atenció d'aquestes característiques, va ser fonamental. Aquest model era i és útil per a l'atenció a les persones grans malaltes, als malalts crònics amb dependència i a les persones amb una malaltia en situació terminal que necessiten cures pal·liatives.

L'any 1988 es va crear el Departament de Benestar Social, per la qual cosa l'àmbit d'actuació de Vida als Anys va passar a ser interdepartamental.

En aquelles primeres etapes, la tasca del PVAA es va centrar en la transformació i reordenació dels serveis que estaven destinats a atendre els malalts crònics, definint els serveis i donant contingut organitzatiu i contractual per tal d'anar desenvolupant el model d'organització, d'atenció i de finançament que avui coneixem.

Fruit d'aquest treball és el cos normatiu bàsic que ha regit fins a l'actualitat els serveis sociosanitaris, entre els quals destaquen:

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya, que preveu, en l'article 8, que el Servei Català de la Salut (CatSalut), d'acord amb les funcions que li són pròpies, dugui a terme activitats d'atenció sociosanitària.

A la llum d'aquesta normativa i d'aquest impuls de model es van anar afegint els diferents serveis: inicialment els de llarga estada i els hospitals de dia, a continuació, ja l'any 1990, els equips de suport PADES i UFISS i, finalment, a partir de l'any 1992, les unitats de convalescència i cures pal·liatives.

L'agost de l'any 1999 es va publicar el decret pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments sociosanitaris que, conjuntament amb el decret 92/2002, de 5 de març, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i se'n fixen les normes d'autorització, i l'ordre per la qual es regulen els estàndards de qualitat que han de complir els centres, serveis i establiments sociosanitaris d'utilització pública, constitueix la normativa que regula l'atenció sociosanitària.

L'any 2000 es va realitzar el Pla de desplegament de recursos sociosanitaris pel període 2000-2005 que queda recollit en el document L'atenció sociosanitària a Catalunya. Escenari evolutiu 2000-2005. En aquest document, que va ser aprovat pel comitè tècnic sociosanitari format pel Servei Català de la Salut i les patronals del sector i presentat a les associacions científiques, es definien clarament per primera vegada les 4 grans àrees d'activitat dels serveis sociosanitaris:
- L'atenció geriàtrica
- L'atenció a les persones amb demència
- L'atenció a persones amb altres malalties neurodegeneratives
- L'atenció al malalt terminal.

També en aquest document es definien les àrees d'influència sociosanitària, base per a la proposta de distribució territorial dels recursos que justificava el títol del document, ja que hi figurava la quantificació necessària per al desenvolupament equitatiu del sector. Aquests document va anar seguit d'altres documents per a cada àrea d'activitat específica (geriatria, demències, malalties neurodegeneratives, malalt terminal) que concretaven els indicadors bàsics per a cada recurs així, com els nous recursos que es varen posar en funcionament com a conseqüència de l'esmentat document, en el període 2000-2003. El conjunt d'aquests documents està recollit en la publicació L'atenció Sociosanitària a Catalunya. Vida Als Anys 2003 i les seves 4 separates, una per a cadascuna de les àrees.

El 2001 es van posar en funcionament les primeres unitats de mitja estada per a persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències orientades especialment a persones amb trastorns de comportament, i el 2002, les primeres unitats d'avaluació integral ambulatòria de geriatria, de trastorns cognitius i de cures pal·liatives, que tant als hospitals d'aguts com als centres sociosanitaris permetien impulsar l'atenció ambulatòria en les diferents àrees d'activitat que s'havien definit.

Altres elements cabdals en l'historia dels serveis sociosanitaris a Catalunya han estat:

El programa de col·laboració amb l'OMS per a les cures pal·liatives: l'any 1990 es va signar el programa de col·laboració amb l'Organització Mundial de la Salut per al quinquenni 1990-1995, amb la finalitat de desenvolupar les cures pal·liatives a Catalunya, la qual cosa va representar un fort impuls per a aquest àmbit d'atenció. Les cures pal·liatives han estat un puntal de l'atenció sociosanitària, tant pels resultats obtinguts com per la solidesa del seu discurs metodològic i ètic. Fruit d'aquesta empenta també s'ha derivat la preparació, conjuntament amb la Societat Catalanobalear de cures pal·liatives, de dos documents: El treball social en cures pal·liatives i Els estàndards de cures pal·liatives.

El Pla de Salut de Catalunya de 1996 va dedicar un dels seus capítols a "Dolor i Qualitat de vida". En aquest capítol es defineixen els objectius operacionals orientats a la millora de l'atenció al dolor i del seu impacte en la qualitat de vida de les persones que el pateixen.

L'any 1990 es va redactar el primer Pla de demències 1990-1995, que va ajudar a desenvolupar recursos específics com les unitats de diagnòstic (UFISS de demències) i, encara que sense normativa específica, les unitats de llarga estada psicogeriàtrica i els hospitals de dia psicogeriàtrics.

Sota aquest impuls també es va constituir el primer Consell Assessor en Psicogeriatria, DOGC 2170, Ordre 31.01.1996. El primer resultat d'aquest treball va ser l'elaboració del Quadern núm. 10 del Pla de salut: "Els trastorns cognitius i de la conducta en l'atenció sociosanitària". També es va crear el Consell Assessor per al tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer, DOGC 2393, Ordre de 5 d'abril de 1997.
El segon Consell Assessor de Psicogeriatria es va centrar en la discussió d'aspectes més concrets, com per exemple l'estimulació cognitiva, els aspectes ètics, la genètica o l'atenció en fases avançades.

El 1999 es va començar la recollida sistemàtica d'informació a partir de l'anomenat CMBDSS. Inicialment es va fer a partir d'un programa informàtic especialment dissenyat, el programa SÍMIL. Més endavant es va introduir un sistema de registre on-line. El CMBDSS ha permès obtenir informació longitudinal sobre els serveis sociosanitaris. Anualment es dóna informació als centres de les seves dades comparatives amb les de la seva Regió i les del conjunt de Catalunya per les unitats de convalescència, llarga estada i hospital de dia.

El Pla d'avaluació de la qualitat: aquest és un dels elements importants de l'evolució dels serveis sociosanitaris a Catalunya. Els primers indicadors es varen fer el 1993. Aquests indicadors consensuats amb el sector van permetre tenir una primera valoració basada fonamentalment en l'anàlisi d'estructura i d'alguns processos. L'acompliment d'aquests indicadors va ser força baix, però el coneixement dels resultats va estimular una millora qualitativa important.
El 1996 es va tornar a avaluar el conjunt dels centres amb els mateixos indicadors. La millora va ser molt important, es va passar d'un compliment del 35 % a un compliment global del 80 %.

L'any 2003 es va publicar el document "Millorem l'atenció sanitària a les persones grans", que resumeix algunes recomanacions generals i altres de més específiques adreçades al col·lectiu de les persones grans a l'atenció primària.

Tal com ja s'ha expressat a la taula 23, en l'àmbit d'atenció sociosanitària Catalunya disposa de tres nivells d'intervenció:

Serveis d'hospitalització:
- Llarga estada
- Mitja estada (convalescència i pal·liatives)

Serveis d'atenció diürna ambulatòria:
- Hospitals de dia
- Equips d'avaluació integrals ambulatòria

Equips de valoració i suport:
- UFISS
- PADES

Es descriuen, a continuació, les principals característiques d'aquests serveis.

Serveis d'hospitalització: llarga estada

Aquest dispositiu presta atenció continuada a persones amb malalties o processos crònics i diferents nivells de dependència, que necessiten recursos tècnics o professionals que no es poden proporcionar a domicili o en una residència geriàtrica a causa del seu grau de complexitat clínica i/o assistencial.

Normalment s'ubica en centres sociosanitaris, però poden trobar-se també com a unitats sociosanitàries de llarga estada en hospitals d'aguts. En qualsevol cas segueixen la normativa i model funcional sociosanitari.

El contingent més important el constitueix la llarga estada geriàtrica.

En àrees d'influència d'un cert volum de població podem diferenciar unitats específiques, entre les quals destaquen:

1. **Llarga estada psicogeriàtrica per a persones amb malaltia d'Alzheimer i d'altres demències:** el perfil del malalt en aquestes unitats és el de persones amb trastorns cognitius i de la conducta i, especialment, amb malaltia d'Alzheimer o altres demències.
2. **Llarga estada psicogeriàtrica per a persones amb malaltia psiquiàtrica crònica:** el perfil del malalt és el de persones amb malaltia psiquiàtrica crònica activa amb requeriments psiquiàtrics continuats.
3. **Llarga estada per a grans discapacitats:** destinada a l'atenció continuada a persones amb malalties o processos crònics i diferents nivells de dependència, amb diversos graus de complexitat clínica i que no poden ser ateses al seu domicili. El perfil del malalt és el de persones amb malalties neurodegeneratives i també de persones que pateixen seqüeles greus per processos traumàtics o altres lesions cerebrals.
4. **Llarga estada per a persones amb tuberculosi:** destinada a l'atenció continuada de persones amb malalties o processos crònics i diferents nivells de dependència, amb diversos graus de complexitat clínica i que no poden ser ateses al seu domicili. El perfil és de persones amb tuberculosi (TBC) i problemàtica social afegida.
5. **Llarga estada per a persones amb SIDA:** destinada a l'atenció continuada de persones amb SIDA i diferents nivells de dependència, amb diversos graus de complexitat clínica i que no poden ser ateses al seu domicili.

En els centres de llarga estada poden existir serveis d'ingrés temporal per tal de donar resposta a pacients que, tenint el perfil sociosanitari, requereixen, durant un curt període, un ingrés a causa de necessitats familiars o de l'entorn, com per exemple malaltia del cuidador principal, obres d'acondicionament de la vivenda per a la situació del malalt,etc.

Serveis d'hospitalització: mitja estada

Dins els recursos de mitja estada es poden diferenciar les línies següents:

1. **Convalescència/subaguts:** destinada a persones que necessiten continuació d'un tractament o supervisió clínica continuada i que, a causa de la seva complexitat, requereixen alta intensitat de cures. Aquest tipus d'unitats poden estar en centres sociosanitaris o en unitats sociosanitàries d'hospitals d'aguts.
2. **Cures pal·liatives:** destinada a malalts en situació avançada o en procés de mort que necessiten control de símptomes o tractaments continuats en règim d'hospitalització. La patologia predominant és l'oncològica. Aquest tipus d'unitats poden estar en centres sociosanitaris o en unitats sociosanitàries d'hospitals d'aguts.
3. **Mitja estada polivalent:** destinada a l'atenció de la convalescència i a cures pal·liatives en unitats que, per la seva dimensió i criteris de planificació, no

poden realitzar aquestes activitats d'una manera específica. Aquest tipus d'unitats poden estar en centres sociosanitaris o en unitats sociosanitàries d'hospitals d'aguts.

4. **Mitja estada malaltia d'Alzheimer i altres demències:** destinada a l'atenció de persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències, que necessiten un ingrés de curta durada per tal de realitzar una avaluació i/o diagnòstic, control o tractament de trastorns del comportament, una estada de convalescència per a persones amb demència o una estada motivada per un situació de crisi familiar greu i urgent. Aquests tipus d'unitats poden estar en centres sociosanitaris o en unitats sociosanitàries d'hospitals d'aguts.

Atenció diürna ambulatòria: Hospital de dia sociosanitari

Els serveis d'atenció de dia sociosanitaris presten assistència, predominantment, a persones grans malaltes, però també a altres malalts crònics que requereixen mesures integrals de suport, rehabilitació, tractament, o diagnòstic i seguiment especialitzat en règim diürn ambulatori. Els objectius dels serveis d'atenció de dia poden ser l'avaluació integral, la rehabilitació i/o l'atenció continuada de manteniment.

Segons el volum de població i les àrees d'influència podem diferenciar unitats específiques entre les quals destaquem:

1. **Hospital de dia terapèutic i rehabilitador:** especialment orientat a la rehabilitació després de processos aguts o en el curs evolutiu de malalties cròniques quan es poden fer intervencions multidisciplinàries amb l'objectiu de millorar o retardar l'evolució del procés i de la discapacitat, si existeix.
2. **Hospital de dia per a malalts d'Alzheimer i altres demències:** destinat a persones amb trastorn cognitiu i de la conducta, que requereixen mesures integrals de suport, rehabilitació, tractament, o valoració i seguiment especialitzat en règim diürn ambulatori.
3. **Hospital de dia pal·liatiu:** destinat a persones amb malaltia terminal, que requereixen mesures integrals de suport, rehabilitació, tractament, o diagnòstic i seguiment especialitzat en règim diürn ambulatori.
4. **Hospital de dia per a persones amb malalties neurodegeneratives i dany cerebral:** destinat a persones amb malalties neurològiques o dany cerebral, que requereixen mesures integrals de suport, rehabilitació, tractament, o diagnòstic i seguiment especialitzat en règim diürn ambulatori.

Unitat de diagnòstic i seguiment. Equips d'Avaluació Integral Ambulatòria (EAIA)

Aquestes unitats desenvolupen les activitats a partir de les quals s'arriba a un diagnòstic clínic que valora les capacitats i necessitats de determinats pacients i, molt especialment, d'aquells amb presència de símptomes complexos i de difícil control per tal de dissenyar un Pla d'intervenció global.

Aquestes unitats poden desenvolupar dos tipus d'activitats:

- Consulta d'avaluació i seguiment, que consisteix en la valoració i seguiment especialitzat, realitzat per un especialista metge o psicòleg, segons el motiu de consulta.
- Avaluació multidisciplinària, que consisteix en la valoració de les funcions físiques, cognitives i socials del pacient i la realitza un equip multidisciplinar.

Aquest tipus d'atenció es duu a terme en serveis d'atenció de dia sociosanitaris o de dispositius d'hospitals d'aguts que compleixen els requisits.

Els EAIA, segons la població a qui va dirigida la seva activitat, es diferencien en:

1. **Equips d'Avaluació Integral Ambulatòria en geriatria:** desenvolupen activitat diagnòstica realitzada per equips multidisciplinaris especialitzats en geriatria, per tal de dissenyar un Pla d'intervenció global. El seu objectiu és l'avaluació, el diagnòstic i el seguiment de persones grans fràgils o amb malalties evolutives o cròniques que puguin beneficiar-se d'una intervenció multidisciplinària per optimitzar el seu nivell d'autonomia i de salut en general.
2. **Equips d'Avaluació Integral Ambulatòria en trastorns cognitius que inclou les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries de demències:** es tracta d'equips especialitzats que atenen persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències. El seu objectiu és el diagnòstic etiològic i sindròmic de les persones amb demència i el tractament i seguiment especialitzat d'aquells pacients que requereixen una atenció per part dels experts.
3. **Equips d'Avaluació Integral Ambulatòria en cures pal·liatives:** desenvolupen una activitat diagnòstica realitzada per equips multidisciplinaris especialitzats en cures pal·liatives. El seu objectiu és l'avaluació, el diagnòstic i el seguiment de pacients, a l'actualitat, majoritàriament amb diagnòstic de càncer.

Equips de valoració i suport

Equip de suport en el domicili: Programa d'Atenció Domiciliària Equips de Suport (PADES)

Es tracta d'equips especialitzats que donen suport a l'atenció primària en l'àmbit de la geriatria, de les demències i altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat i de les cures pal·liatives, en aquelles situacions al domicili, complexes que es beneficien de la interdisciplinarietat i de l'especialització. A més de realitzar atenció directa, tenen un paper important en la gestió de casos complexes, en la coordinació de recursos entre nivells assistencials, i també en la docència a la xarxa d'atenció primària.

Hi ha alguns equips PADES amb característiques d'atenció específiques, com ara el PADES especialista en neurorehabilitació, per a malalts neurològics amb dependència, lesions medul·lars o dany cerebral; el PADES, per a pacients amb SIDA i els Equips de Teràpia d'Observació Directa Ambulatòria (ETODA), per a persones amb tuberculosi.

Equip de suport a l'hospital: Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries (UFISS)

Són equips interdisciplinaris especialitzats que donen suport als diferents serveis de l'hospital d'aguts en la valoració i control d'aquells grups de pacients diana, que majoritàriament són la població geriàtrica i les persones amb malaltia terminal.

A més de realitzar atenció directa, tenen un paper important en la coordinació de recursos entre nivells assistencials, així com de docència als altres professionals de l'hospital.

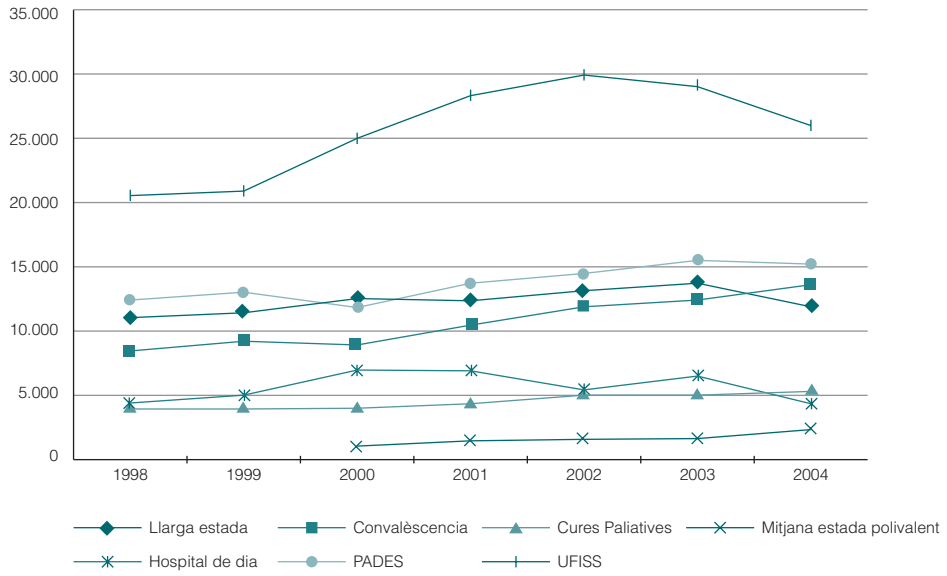
En funció de la seva activitat principal, els equips s'orienten a l'atenció:

1. **Geriàtrica:** destinats a l'atenció a les persones grans, especialment a les que presenten pluripatologia i síndromes geriàtriques, així com a les que tenen necessitat de coordinació de recursos al produir-se l'alta hospitalària.
2. **Cures pal·liatives:** destinats a l'atenció a persones en situació avançada o terminal, especialment a persones amb càncer.
3. **Mixtes:** aquestes unitats es troben en hospitals de menor complexitat i combinen l'atenció a malalts geriàtrics i terminals.

4. **Respiratori:** Destinades a persones amb patologia respiratòria crònica i particularment a aquelles que tenen necessitat de ventilació mecànica.

L'evolució creixent del nombre de recursos destinats a l'atenció sociosanitària ha estat una constat en la xarxa. A continuació, la gràfica 10 exposa l'evolució d'activitat de l'any 1998 fins al 2003.

Gràfic 10. Evolució de l'activitat en atenció sociosanitària. Nombre de pacients atesos en atenció sociosanitària: 1998 – 2004



Font: Memòries CatSalut 1998-2004. Servei Català de la Salut 1998 a 2004.

A les taules 35 i 36 es pot veure la distribució de recursos sociosanitaris al 2005 segons la distribució territorial per regions, diferenciant recursos amb ingrés o sense.

Taula 35: Nombre de recursos amb ingrés. Any 2005

REGIÓ	LLE	CV	CP	MEP	LLITS TOTALS
PIRINEUS	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**

LLE: llarga estada. CV: convalescència. CP: cures pal·liatives. MEP: mitja estada polivalent.

Taula 36. Nombre de recursos sense ingrés. Any 2005

REGIÓ	Places HD	UFISS U. Ger.	U. Pal.	U. mixtes	EAIA TC	EAIA CP	EAIA G	EAIA Pol	PADES
PIRINEUS	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.Dia: hospital de dia, UFISS: Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària, G: de geriatria, CP:de pal·liatives, Pol: polivalent; PADES: Programa Atenció Domiciliària Equips de Suport, EAIA: Activitat avaluació Integral ambulatòria, TC: trastorns cognitius.

Encara que la situació de Catalunya quant a la quantitat de recursos és la més alta de tot l'Estat espanyol, presenta mancances d'acord amb els estàndards assenyalats pel Programa Vida als Anys (taula 37).
Aquest indicadors bàsics de dotació de recursos es varen definir segons criteris internacionals o de les societats científiques o, en algun cas, s'han extret de la pròpia experiència de la Divisió d'Atenció Sociosanitària. Aquests criteris continuen sent vàlids i s'observa en general, i de forma empírica, que als territoris on aquests criteris es compleixen no hi ha grans llistes d'espera, ni problemes de demandes no ateses.

Taula 37. Indicadors estàndards de cobertura poblacional de recursos sociosanitaris per servei

	Llarga estada	Mitja estada CV + CP	Mitja estada Convalescència	Cures pal·liatives	Hospital de dia*	PADES
Llits o places / 1.000 h >64anys	5	2	1,8		1,5	
Equips / 100.000 habitants						1
Llits / 1.000 habitants				0,08-0,10		

Font: L'atenció Sociosanitària a Catalunya. Vida als Anys 2003. CatSalut. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social
* Hi haurà un hospital de dia per cada població de més de 15.000 habitants.

A efectes de planificació i per tal de valorar els recursos sociosanitaris necessaris, cal adaptar les àrees d'influència sociosanitària als actuals governs territorials de salut (GTS).
Malgrat els criteris establerts, segons la població de l'àrea d'influència la cartera de serveis s'haurà d'adaptar per tal d'aconseguir sistema sostenible i alhora facilitar la proximitat al ciutadà. El criteri general utilitzat és tenir serveis més polivalents en àrees amb poca població, i més específics en àrees de més població. Així, en aquelles àrees molt densament poblades, de més de 100.000 habitants, es pot incorporar en la planificació totes les subunitats que s'han descrit anteriorment, mentre que en àrees molt poc poblades totes les unitats han de ser polivalents (llarga estada, mitja estada, hospital de dia, consulta d'avaluació i seguiment sociosanitari).

En relació a les UFISS es considera que cal que hi hagi UFISS de geriatria i de pal·liatives en tots els hospitals de tercer nivell i de referència. En els hospitals generals bàsics poden haver-hi UFISS mixtes o diferenciades en geriatria i pal·liatives, en funció de la dimensió del centre. En el futur, també s'haurà de considerar la conveniència que hi hagi EAIAS per atendre a persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.

En relació als PADES, es considera que cal tenir un equip per cada 100.000 habitants.
Així mateix, com a criteri general, es recomana que hi hagi equips d'Avaluació Integral Ambulatòria en les tres línies (geriatria, cures pal·liatives i trastorns cognitius) en àrees d'influència de més de 100.000 habitants. En àrees de menor volum de població es poden considerar alternatives polivalents, com ara les consultes d'avaluació i seguiment.

Els 78 PADES estesos arreu del territori mantenen la seva activitat al voltant dels malalts en situació de malaltia avançada i de final de vida. A l'actualitat atenen majoritàriament pacients oncològics, aproximadament el 87% de l'activitat, però també atenen persones grans malaltes i malalts crònics.

L'anàlisi de la qualitat dels serveis sociosanitaris

Un dels objectius del Pla director sociosanitari és la millora de la qualitat dels serveis d'atenció al ciutadà. Com ja s'ha comentat anteriorment, la Divisió Sociosanitària va iniciar l'any 2003 una revisió dels indicadors de qualitat elaborats el 1996 pels centres sociosanitaris, i per tal de continuar afavorint aquest propòsit es promou el Projecte d'Avaluació Externa de Qualitat dels serveis sociosanitaris a Catalunya 2005-2006, amb l'objectiu de servir d'impuls per a la millora a tots els centres de la xarxa i alhora ajudar a garantir un bon nivell de qualitat.

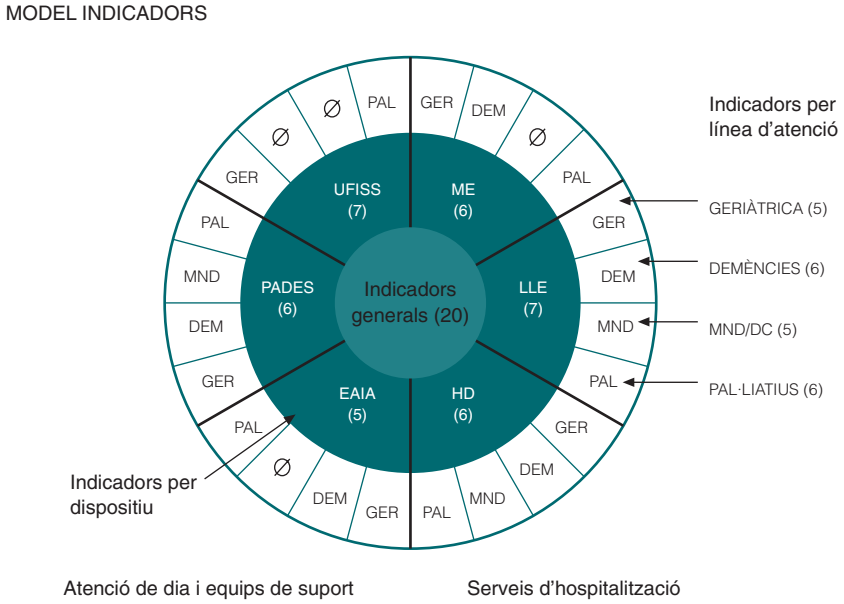
Aquest projecte es fonamenta, en una primera fase, en el disseny i la revisió del quadre d'indicadors de qualitat bàsics i en una proposta d'indicadors específics per tipus de dispositiu i per línia d'atenció, i ha estat realitzat per un grup d'experts integrat per tècnics i per representants de les diferents organitzacions del sector i dels centres, amb el suport metodològic i tècnic de la Fundació Avedis Donabedian.

A Espanya, l'experiència amb valoració d'indicadors de qualitat a nivell del sector sociosanitari arrenca l'any 1992-1993, amb el programa Vida als Anys de la Generalitat de Catalunya. Aquesta va ser la primera experiència, pionera en aquest sentit, i va permetre identificar una millora del 66,8 % en relació a la valoració inicial, fet que va demostrar la utilitat de l'aplicació d'aquest sistema de qualitat.
A partir d'aquesta primera experiència, es produeix progressivament la incorporació d'altres sectors en la valoració d'indicadors de qualitat mitjançant un sistema d'elaboració consensuada amb el sector. Aquesta metodologia posteriorment s'ha anat desenvolupant en diferents sectors de la salut mental, drogodependències i altres àmbits sociosanitaris i de serveis socials.
L'actual avaluació, que està en curs, va ser dissenyada mitjançat el treball endegat per un grup que, després de revisar els indicadors anteriors i el seu grau d'assoliment, va identificar les àrees prioritàries d'avaluació comunes a tots els serveis i dispositius sociosanitàris. Amb posterioritat es van establir i consensuar els criteris

d'avaluació que s'utilitzaran en cada dispositiu sociosanitari i línia assistencial. Així mateix es van consensuar els estàndards d'acompliment recomanables dels nous criteris.

Per identificar els indicadors consensuats i que s'avaluen per a cada tipus de dispositiu, a continuació es presenten de manera esquemàtica els indicadors a avaluar:

Gràfic 11. Esquema de la proposta final d'indicadors sociosanitaris



Font: Serveis sociosanitaris: Indicadors per mesurar els criteris de qualitat en l'atenció al pacient i família. Pla director sociosanitari. Departament de Salut

Com es pot apreciar, a cada dispositiu s'avaluen els indicadors generals (20), els indicadors específics per tipus de dispositiu (5-7) i els indicadors específics per línia d'atenció (5-6), és a dir, una mitjana de 31-33 indicadors per dispositiu. El nombre total d'indicadors que han estat dissenyats és de 76.

Cal tenir en compte que els indicadors són instruments de mesura que permeten expressar quantitativament aspectes de l'assistència, de l'organització o de la gestió i que, alhora, serveixen de guia per avaluar la qualitat o l'adequació de les activitats portades a terme.
Quan aquests indicadors es mesuren de manera periòdica i sistemàtica, donen informació del procés i les seves tendències. Això permet identificar problemes o oportunitats de millora i introduir les modificacions necessàries en el procés, per tal d'aconseguir una millora contínua de la qualitat del treball assistencial.

Per a cada indicador s'ha desenvolupat la següent metodologia:

Nom de l'indicador:	Nom i enunciat de l'aspecte que es vol mesurar.
Dimensió:	Característica o atribut de l'assistència que es valora.
Àrea rellevant:	Aspecte específic que es valora.
Justificació:	Explicació dels propòsits i raó de ser de l'indicador. Utilitat de l'indicador com a mesura de la qualitat. Es relaciona amb la validesa, és a dir, el que volem mesurar té sentit?
Fórmula:	Sistema de mesura de l'indicador. Expressió matemàtica que reflectirà el resultat de la mesura. Habitualment s'expressa en forma de percentatge, però també pot fer-se com una mitjana o nombre absolut.
Explicació de termes:	Explicitació dels conceptes i elements de mesura inclosos en el numerador i denominador de l'indicador. Definició dels termes de l'indicador que puguin ser ambigus.
Població:	Definició clara de la unitat d'estudi, amb especificació dels criteris d'inclusió i/o exclusió. Explicitació de la població referida en cada cas. Pel que fa als indicadors de taxa, la població del numerador (aquella que compleix les condicions de l'indicador) sempre és una part de la població total del denominador. Per tant, el denominador inclou el nombre total de casos revisats. Es poden revisar la totalitat dels casos que compleixen els criteris d'inclusió dels diferents indicadors o una mostra. En aquest cas, caldrà fer una selecció de casos que siguin representatius del conjunt de la població utilitzant les tècniques de mostreig.
Tipus:	Estructura, procés o resultat. Estructura. Elements necessaris per l'atenció, tant pel que fa a recursos humans com a tecnologies o protocols. Procés. Manera en què es desenvolupa l'atenció. Resultat. Conseqüències de l'atenció.
Fonts de dades:	Explicació de l'origen de la informació per verificar el grau d'acompliment de l'indicador. Seqüència d'obtenció de dades.
Estàndard:	Nivell desitjable d'acompliment del criteri.
Comentaris:	Descripció d'aclariments si procedeixen. Reflexió sobre la validesa de l'indicador. Identificar possibles factors de confusió. Inclou aspectes que poden ajudar a una millor clarificació de l'indicador.

A continuació es presenten les dimensions objecte d'avaluació dels indicadors generals, aplicables a tots els dispositius

Dimensió 1. Atenció als pacients i família

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀN-DARD
Control de símptomes	1	Els pacients atesos tenen una valoració del dolor, per poder instaurar mesures oportunes i adequades pel seu abordatge i valorar-ne l'efectivitat.	80%
Seguretat dels pacients	2	Els pacients atesos tenen una valoració dels principals riscos de l'ingrés o inici de l'atenció i de manera periòdica per identificar la necessitat d'establir mesures preventives i de control dels factors relacionats.	90%
Seguretat dels pacients	3	Els pacients atesos tenen una valoració dels principals riscos d'esdeveniments sentinella a l'ingrés o inici de l'atenció i de manera periòdica per identificar la necessitat d'establir mesures preventives.	90%
Seguretat dels	4	Els serveis o unitats on són atesos els pacients tenen en marxa pacientsun programa de prevenció de caigudes.	100%
Seguretat dels pacients	5	Els professionals apliquen mesures per a la prevenció del delirium o síndrome confusional aguda en els pacients que són atesos.	80%
Seguretat dels pacients	6	El centre té un sistema de detecció, monitoratge i millora dels processos bàsics relacionats amb la seguretat de la medicació.	100%
Nutrició	7	Els pacients amb risc nutricional tenen una atenció específica per cobrir les seves necessitats.	80%
Educació al pacient i família	8	Els pacients i les seves famílies tenen elaborat un Pla educatiu en funció de la valoració de les seves necessitats educatives per afavorir l'adaptació als nous condicionants de salut i noves situacions a les quals s'ha d'adaptar	80%

Dimensió 2. Aspectes relacionals i drets de la persona

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀN-DARD
Aspectes ètics	9	El centre desenvolupa instruments que ajuden a garantir l'abordatge dels temes ètics en la pràctica diària de l'organització.	90%
Aspectes ètics	10	El centre vetlla perquè els pacients disposin de la informació per a la presa de decisions quan s'ha de realitzar un procés que pot implicar un risc per al pacient.	80%
Comunicació del pacient	11	El centre disposa de sistemes que afavoreixen la comunicació en persones amb dificultat per a expressar-se.	90%
Comunicació del pacient	12	Es realitza una valoració de les necessitats dels pacients amb alteració sensorial per pèrdua de visió i/o audició tenen, i s'especifica el tipus de suport o ajuda que necessiten per millorar la interacció amb l'entorn.	70%
Satisfacció dels usuaris	13	El pacients atesos als serveis sociosanitaris tenen una alta satisfacció en relació amb els serveis rebuts.	100%
Qualitat de vida percebuda	14	Els pacients atesos en dispositius sociosanitaris tenen una valoració periòdica de la seva qualitat de vida percebuda en relació amb la salut.	70%
Relació amb la família	15	El centre promou la vinculació de la família en el procés d'atenció als pacients.	90%

Dimensió 3. Organització i gestió del centre

ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀN-DARD
Gestió del coneixement	16	Els membres de l'equip assistencial realitzen regularment activitats de formació continuada, docència i recerca per al manteniment i millora de les seves competències.	66%
Gestió de la qualitat	17	El centre disposa d'un quadre de comandament d'indicadors de qualitat i de gestió del risc relacionat amb l'atenció del pacient amb la finalitat de contribuir a la millora de l'atenció.	80%

Dimensió 4. Coordinació de l'atenció	ÀREA RELLEVANT	IND. NÚM	CRITERI ESPECÍFIC	ESTÀNDARD
	Continuïtat de l'atenció	18	Els pacients, quan reben l'alta, reben un informe d'alta que integra les diferents àrees que han intervingut en el procés d'atenció.	90%
	Continuïtat de l'atenció	19	El centre facilita la informació necessària per assegurar la continuïtat de l'assistència quan un pacient és derivat o traslladat a un servei d'urgències o a altres serveis o unitats.	90%
	Continuïtat de l'atenció	20	La unitat té definida la sistemàtica de coordinació i de millora de la continuïtat de l'atenció, tant a nivell intern com a nivell extern de la unitat.	90%

El treball d'aquest grup ha donat lloc a la publicació "Serveis Sociosanitaris: Indicadors per mesurar els criteris de qualitat en l'atenció al pacient i família". Quan tota l'avaluació estigui finalitzada es lliurarà a cada centre i proveïdor un informe detallat del resultat del seus dispositius.

5.4. Anàlisis econòmic. Estimació de la despesa

El Pla director sociosanitari, com ja s'ha comentat en apartats anteriors, està orientat a millorar la salut de les persones compreses en les seves quatre línies d'atenció, tant en els àmbits de l'atenció primària, com d'hospital d'aguts o dels diferents dispositius sociosanitaris. No obstant això, quan ens referim al costos d'aquest grup poblacional i dels serveis que utilitzen, es presenten les dades desagregades, només del que significa l'àmbit sociosanitari, encara que és ben conegut que les persones grans són les més freqüentadores a tots els nivell assistencials.
Diferents experts posen de manifest la necessitat de realitzar estudis econòmics que permetin, una vegada identificada la població, calcular les mitjanes dels costos directes i indirectes que cada tipus de malaltia pot implicar.
En el nostre entorn existeixen algunes aproximacions d'aquest anàlisi, com ara diferents estudis europeus i espanyols, com per exemple l'informe "Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas", de la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas (FEEN), encara que és tracta d'una aproximació limitada únicament a un reduït grup de malalties. No obstant això, aquest treball, en les seves conclusions, recomana l'elaboració d'estudis més exhaustius.
Altres dades de les que disposem són les aportades per l'estudi "Factores de crecimiento y proyecciones del gasto sanitario público por Comunidades Autónomas. Registro histórico 1991-2003 y proyecciones 2004-2007" realitzat al Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra.
Aquest treball, finançat pel Ministeri de Sanitat i Consum, aporta dades, com ara les que se presenten a la taula 38, que ens poden donar una idea del cost sanitari respecte de la població a la qual abasta aquest Pla director.

Taula 38. Estimació de la despesa sanitària pública anual per gènere i trams d'edat a Espanya. 2003

Edats	Homes	Dones	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

Font: 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. Centre de Recerca en Economia i Salut. Universitat Pompeu Fabra

Aquesta taula ens permet comparar els costos estimats segons grups d'edat, on es posa de manifest amb molta claredat el que s'ha comentat reiteradament en aquest document, el fet que el cost sanitari s'incrementa progressivament a mesura que augmenta l'edat de les persones. Així mateix s'observa com, des dels 15 anys als 64, la despesa és més elevada en el grup de dones, si bé aquesta diferència disminueix a mesura que l'edat incrementa, fins al punt que a partir dels 65 anys és superior en el grup d'homes. Aquesta tendència persisteix fins al final de la vida.

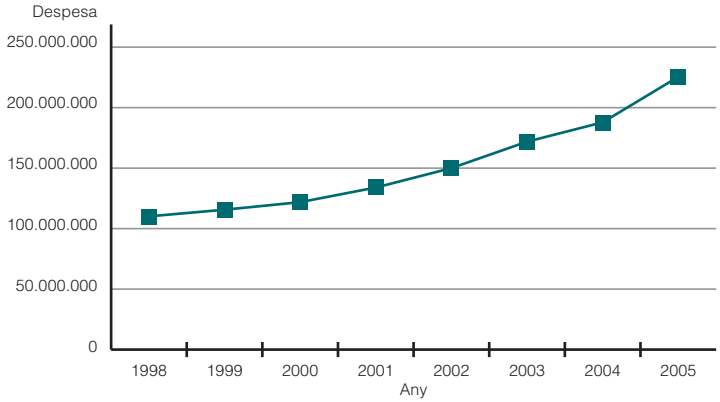
A Catalunya, que té una població envellida, l'evolució de la despesa real de l'atenció sociosanitària ha passat de 104.528.969 euros l'any 1998 a 222.746.590 euros l'any 2005 (gràfic 12) amb un increment anual sostingut, tal com pot observar-se a la taula 39, i a l'any 2006 ha significat el 3,1% del pressupost de CatSalut.

Taula 39. Increment de la despesa sociosanitària 1998-2005

Any	Despesa en €	Percentatge d'increment
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%

Font: Font: Divisió de Recursos Econòmics. Àrea de Recursos. CatSalut 2005

Gràfic 12. Evolució de la despesa real en atenció sociosanitària: 1998-2005



Font: Divisió de Recursos Econòmics. Àrea de Recursos. CatSalut 2005

5.5. Anàlisi qualitatiu

Els diferents grups de treball que han participat en l'elaboració d'aquest Pla han realitzat una anàlisi qualitativa de cadascuna de les línies d'atenció mitjançant la metodologia DAFO (debilitats, amenaces, fortaleses i oportunitats). En aquest apartat s'exposa un resum dels aspectes més rellevants d'aquest anàlisi.

Durant el procés de treball dels diferents grups, s'han produït modificacions en la denominació de dues de les línies d'atenció i així, l'anteriorment anomenada línia de l'atenció a les persones amb altres malalties neurodegeneratives i dany cerebral s'anomena ara atenció a les persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.

Així mateix, la línia d'atenció a les persones amb necessitats de cures pal·liatives s'anomena atenció a les persones al final de la vida, entesa com a una concepció global de la persona que inclou aspectes somàtics, psicològics, socials, ètics, econòmics, culturals i espirituals.

5.5.1. Línia Atenció geriàtrica

L'anàlisi DAFO realitzat pel grup de l'atenció geriàtrica mostra un escenari amb aspectes negatius (febleses i amenaces) i positius (fortaleses i oportunitats) destacats en el model organitzatiu, en la cartera de serveis, en aspectes vinculats als professionals i en el finançament de serveis específics.

En el model organitzatiu destaquen negativament la manca d'integració i/o de circuits funcionals de coordinació entre nivells i àmbits assistencials, sense protocols unificats; el poc desenvolupament de les cures pal·liatives a la població geriàtrica amb malalties terminals no neoplàsiques i els sistemes d'informació, complexes i poc útils. Tot, en un marc encara incert, davant de projectes de govern vinculats a la dependència i a les necessitats més socials de la gent gran.

No obstant això, l'atenció a la gent gran gaudeix de certs aspectes que han de servir de referència positiva en la potenciació de millores en el model organitzatiu: l'existència d'un model d'atenció a la xarxa sociosanitària ben definit que inclou la interdisciplinarietat i valoració integral de necessitats, el fet que alguns proveïdors de la xarxa afavoreixen l'assistència integral a través de la gestió global de l'atenció sanitària (aguts, primària i sociosanitària) per a un territori definit, el desenvolupament d'un model d'atenció primària que promou el continuum assistencial i la proximitat a les persones grans així com la perspectiva d'una nova llei sobre la dependència que permetrà definir clarament els serveis sanitaris i socials alhora

que es fa patent una permeabilització del sistema sanitari i social, el fet que s'estenguin algunes mesures de coordinació eficaces entre nivells sanitaris i amb els serveis socials així com l'oportunitat de consolidar el creixement transversal (cap a l'atenció d'aguts, cap a l'atenció primària) i el paper identificador de grups de risc (gent gran fràgil) de l'atenció primària.
La cartera de serveis actual pateix encara mancances en la cobertura sociosanitària per tipologies de recursos i per territori, i s'evidencia la insuficient presència de la geriatria a l'atenció primària i als hospitals d'aguts. Tanmateix, es viu com amenaçadora la divergència entres els criteris de gestió dels hospitals d'aguts (estades curtes...) i dels centres sociosanitaris, amb perfil molt definit per l'ingrés, així com l'heterogeneïtat de l'atenció primària pel que fa als serveis sociosanitaris, especialment pel que fa als equips PADES. A més a més, es valora com una amenaça la possible substitució dels recursos sanitaris per recursos socials sense un estudi previ de l'impacte clínic.
Ara bé, en contraprestació, s'observa en els últims anys la creació i homologació de la xarxa de provisors sociosanitaris públics que ofereixen tot un ventall de serveis d'internament, ambulatoris i domiciliaris diversificats i definits i el creixement important en els últims 10 anys d'aquest serveis, que són d'accés universal i el desenvolupament de l'atenció primària que actua com a porta d'entrada del sistema.
L'actual planificació de recursos al territori en base poblacional compta amb l'oportunitat d'ampliar la cartera de serveis i adequar els serveis i els recursos sanitaris a les necessitats de la gent gran, integrant fins i tot l'usuari a la planificació i avaluació del servei. La millora en la conceptualització i distribució dels serveis de subaguts ha de contribuir a la seva extensió. La creació de l'Agencia de la Dependència amb un sistema de finançament més àgil i personalitzat pot dinamitzar el sector, en el sentit de generar una oferta de major qualitat i més adequada a les necessitats de serveis per a població anciana fràgil.
Els aspectes analitzats vinculats als professionals fan especial esment a la formació, la motivació, el reconeixement i el prestigi en un marc de manca de cultura de cooperació i unificació de criteris entre els diferents nivells, i d'un futur incert per a les perspectives professionals.
No obstant això, la bona formació en geriatria dels professionals de la xarxa sociosanitària, la homologació d'unitats docents a Catalunya per la formació d'especialistes en geriatria i l'alta implicació dels professionals en el model han de tenir-se en compte com a fortaleses; així com també el fet de disposar de professionals formats i experts en diferents línies de l'atenció geriàtrica i sociosanitària, incloent geriatria, trastorns cognitius i cures pal·liatives. El paper de l'infermeria es valora com a clau en la gestió de casos complexos.
El finançament actual dels recursos sociosanitaris es conclou insuficient i inadequat, aspecte que pot influir en el fet de no assolir la qualitat desitjada ni les expectatives dels usuaris, cada vegades més altes. Cal esperar, en el nou model de finançament per càpita, un increment del nivell de finançament per fer front, amb garanties, a l'increment de complexitat dels usuaris.

5.5.2. Línia d'atenció a les persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències

L'anàlisi qualitatiu DAFO referent a l'atenció a la malaltia d'Alzheimer i altres demències es centra també en aspectes del model organitzatiu, de la cartera de serveis, dels professionals i del finançament.
Del model organitzatiu destaca negativament la manca d'integració o coordinació entre serveis sanitaris i socials, l'excés de burocratització i la fragmentació d'un sistema sense bona connexió entre recursos i/o professionals. Es viu com una amenaça

la divergència en les percepcions sobre les competències de cada nivell assistencial, la baixa coordinació amb les associacions de familiars i la sensació de col·lapse a mig termini en els recursos específics a causa del progressiu envelliment de la població.
Ara bé, es valora positivament el fet que és un model d'atenció ben definit a la xarxa sociosanitària, que gaudeix d'un conjunt de provisors a cada territori els quals, en alguns casos, poden afavorir la integració assistencial. A més, s'acompanya d'un model d'atenció primària que és la porta d'entrada del sistema i que facilita el continuum assistencial i la proximitat a les persones grans.
Un altre aspecte molt positiu és el fet que es tracta d'un model d'accés universal.
Hi ha oportunitats en el model a través de la possibilitat d'establir acords de coordinació entre nivells d'atenció i beneficis de les aliances estratègiques entre proveïdors; en incloure les actuacions per cuidar al cuidador i en les polítiques de promoció de l'atenció domiciliària enfront de la convencional atenció institucional.
Les febleses de la cartera de serveis se centren en la insuficiència de recursos, la qual cosa no permet adaptar alguns d'aquests recursos a les noves necessitats i en provoca un ús inadequat. Manquen ajudes econòmiques familiars, ajudes domiciliaries, per al transport, serveis locals de voluntariat, bosses d'intercanvi: ofertes /demandes i la supressió de barreres arquitectòniques. Així, la principal amenaça es troba en les dificultats per obtenir respostes a les demandes de recursos socials.
Per altra banda, des de la xarxa sociosanitària, sanitària i social i tant en l'àmbit de l'atenció primària com a domicili, s'ha definit un ventall de recursos amplis i útils que funcionen, encara que són insuficients. Es valora positivament l'existència d'equips específics de diagnòstic i seguiment (EAIA) i els recursos d'internament de llarga i mitja estada, així com el fet que la planificació de recursos al territori es realitzi en base poblacional.
Es creu que en un futur es tendirà a l'establiment de criteris estandarditzats en les unitats de diagnòstic, segons els perfils dels malalts, i a l'homogeneització de les activitats entre els diferents centres.
Pel que fa als professionals, l'absència de criteris per al tractament del deteriorament cognitiu lleu i una cartera de professionals limitada provoca una atenció desigual a les demències. Falten mètodes per diagnosticar la fase terminal de la demència, per la qual cosa s'hauria de fomentar la investigació i la formació en aquest aspecte, així com la sensibilitat per al diagnòstic global, formació i metodologia des de la bioètica per a la presa de decisions. Cal millorar la valoració global del malalt amb demència i organitzar debats sobre la identificació dels malalts a nivell d'atenció primària.
La competència entre les diferents disciplines i/o especialitats en relació a l'abordatge de les demències és una forta amenaça per al bon desenvolupament d'un model de coordinació. Mentre que l'elevada expertesa en el diagnòstic i maneig de la demència, el model d' abordatge integral i multidisciplinar, la formació continuada i la utilització d'escales diagnòstiques estandarditzades són punts forts destacats relacionats amb els professionals que alhora veuen l'oportunitat d'un estímul i reconeixement en la recerca i en la protocol·lització conjunta per l'aproximació entre disciplines i professionals.
La manca de salaris no homologats amb altres serveis sanitaris, les plantilles poc adequades a les necessitats i la falta de reconeixement de la complexitat són aspectes que cal tractar en el debat del sistema de finançament amb l'oportunitat d'establir un pagament equitatiu en funció de l'adequació de l'activitat i de la complexitat atesa.

Altres aspectes destacats en l'anàlisi han estat el paper dels cuidadors, les amenaces de l'entorn cultural canviant i dels seus efectes sobre els cuidadors, els canvis en l'escala de valors de les famílies i l'envelliment dels cuidadors familiars. Aquests problemes poden trobar la seva compensació en la major sensibilitat de la població sobre aquesta problemàtica i les accions polítiques de suport al cuidador.

5.5.3. Línia d'atenció a les persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat

L'anàlisi DAFO, pel que fa referència a les malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat, ha estat extens, especialment a l'hora d'aflorar deficiències en l'atenció a aquestes patologies. Cal tenir en compte el seu caràcter emergent, tant per les d'origen traumàtic, a causa de l'increment d'accidents de trànsit i de treball, com per la resta de malalties incloses en aquest grup, en el qual avenços en el diagnòstic i tractament, en algunes ocasions disminueixen les seqüeles, i en altres, influeixen en l'alentiment de la seva evolució clínica.

La primera dificultat es troba a l'hora de definir i identificar la població destinatària d'un model d'atenció adaptat a malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat. Precisament entre les febleses es fa especial i àmplia referència a les mancances del model assistencial sanitari, social i sociosanitari actual per aquestes problemàtiques.

Els pacients i les famílies es manifesten desatesos, en gran part per la manca de protocol·lització del procés, per part de l'atenció primària, a causa que es tracta de malalties de difícil diagnòstic precoç i per les quals, en algunes ocasions, no s'han desenvolupat mesures específiques de detecció i abordatge precoç. També per part dels hospitals d'aguts, a causa de la manca d'identificació de centres de referència tant pel que fa al territori com pel que fa a algunes patologies. Amb freqüència es realitza el diagnòstic i el seguiment estricte de l'evolució de la patologia sense considerar la globalitat del pacient i les seves necessitats. Així mateix, es detecten mancances per part dels recursos sociosanitaris, ja que els tradicionals tenen limitacions en l'accessibilitat, valoració i atenció d'aquests malalts.

En la fase de seguiment d'aquestes malalties no hi ha prou recursos ni d'atenció neuropsicològica ni de rehabilitació de manteniment. Per altra banda, s'identifica la necessitat d'una xarxa domiciliària que faci possible que aquests pacients puguin romandre al seu domicili, de suport sanitari en els àmbits habituals especialment dels més joves (escoles i centres d'atenció diürna socials), de suport social en el serveis sanitaris, de programes de voluntariat i dinamització per a joves i adults, així com de programes d'acompanyament i activitats de promoció de la salut i preventives dirigides al col·lectiu (atenció oftalmològica, atenció bucodental, exercici físic adaptat, alimentació correcta, atenció ginecològica, educació sexual, etc.).

També manquen recursos d'internament, temporals o definitius, especialment centres dissenyats per a pacients joves i places per poder desenvolupar el programa Respir del Departament de Benestar i Família.

A la feblesa que suposa la manca de coordinació entre els diferents nivells i dispositius, comuns a altres línies d'atenció d'aquest Pla director, s'afegeix la inexistència de circuits ben definits que permetin l'acompanyament del procés des del diagnòstic, el seguiment, la valoració de les necessitats per part d'equips d'experts i l'assignació dels recursos més adients en cada revaloració. Cal establir els mecanismes, determinar la formació i els recursos adients per acompanyar i assessorar les famílies, especialment el cuidador principal, però també els professionals.

Els problemes quotidians en l'atenció preocupen de forma especial als familiars i afectats i cal destacar-ne les dificultats per accedir al transport. Aquest fet repercuteix en l'equitat i en l'accés als serveis.

Tot i aquest extens llistat d'aspectes que cal millorar, es parteix de la fortalesa d'una xarxa sanitària ben desenvolupada, amb centres de gran qualitat i internacionalment reconeguts. I una xarxa sociosanitària potent i de qualitat, distribuïda per tot el territori, avaluada i acreditada per avaluacions externes que té la possibilitat de crear espais de Respir per aquests malalts. En els últims anys, algunes experiències adreçades especialment a malalts amb esclerosis múltiple han generat evidència científica, especialment pel que fa a hospitals de dia amb tecnologies i ajudes tècniques d'última generació.
Així mateix, la xarxa sanitària disposa de professionals que han generat expertesa en el camp de les malalties neurològiques i dany cerebral i lesions medul·lars. Per altra banda, es considera que els professionals de l'àmbit sociosanitari, amb l'ajut d'una formació complementària i el suport adequat d'altres amb experiència, podrien assolir ràpidament els coneixements, les tècniques i les habilitats necessaris per incrementar el desenvolupament de la línia sociosanitària d'atenció a les persones amb discapacitat física, cognitiva i/o conductual adquirida per afectació neurològica.
Un altre aspecte que identificat com a fortalesa és l'existència de formació continuada específica.
Es consideren oportunitats clares de la sensibilització i disseny de polítiques entorn a la dependència el Projecte de llei de la dependència a nivell estatal, la futura Llei de serveis socials a Catalunya, la creació de l'Agència Catalana per a l'Atenció de la Dependència i el propi Pla director sociosanitari. Actualment s'avança en iniciatives de coordinació i col·laboració entre el Departament de Salut i el de Benestar i Família, i es planteja la necessitat que altres Departaments de la Generalitat de Catalunya també hi intervinguin, com ara Educació, Treball, etc.
També es valoren com a aspectes d'oportunitat la potenciació de les noves tecnologies i els avenços en investigació genètica, en les línies d'investigació i en la utilització de fàrmacs, així com també la participació en organismes europeus dedicats a la neurorehabilitació. L'accés i la difusió de la informació a través de l'ús de les noves tecnologies es consideren grans oportunitats.
Cal destacar alguns factors sociodemogràfics amenaçadors pel rol del cuidador i els canvis estructurals familiars, en un entorn d'usuaris i familiars cada vegada més exigents. Com a contrapartida però, es valora positivament que existeix una major sensibilitat en la població en general vers tot el que fa referència a la dependència.

5.5.4. Línia atenció a les persones al final de la vida

En conjunt, es pot afirmar que el desenvolupament de les cures pal·liatives a Catalunya ha estat un procés sistemàtic i planificat, i que ha assolit bons resultats de cobertura, especialment pel càncer. Aquest model està consolidat amb maduresa interna, amb referents variats de tot tipus de recursos i diversos models paradigmàtics, i representa una millora significativa en l'atenció de malalts avançats i terminals, amb resultats mesurables d'efectivitat, eficiència i satisfacció.
Es tracta també en conjunt, d'un model referent reconegut arreu com a model de programa de l'OMS de cures pal·liatives. La seva contribució a la innovació conceptual i organitzativa del sistema sanitari és gran, així com el seu impacte social i professional.
Amb tot, hi ha aspectes que cal millorar, tant pel que fa a aspectes interns de l'organització i adaptació a la complexitat, com de cooperació per a una intervenció més precoç en l'evolució. S'ha de millorar en la generació d'evidència científica i en l'extensió de l'actuació a tots els tipus de malalts crònics. D'altra banda s'han

de disminuir els dèficits de cobertura en els diferents territoris i potenciar la implementació de recursos en algunes àrees i ubicacions, així com promoure el reconeixement acadèmic com un àrea de capacitació, impulsar l'extensió i la cobertura de la formació específica i estimular la recerca en aquest àmbit.

L'anàlisi qualitatiu en el grup de treball de l'atenció a les persones al final de la vida mostra algunes de les debilitats del model organitzatiu actual, aspectes que poden trobar solució a través de la millora i de l'extensió d'un model que ha generat evidència amb la seva experiència en l'atenció al final de la vida en pacients oncològics.
Alguns dels aspectes més febles del model organitzatiu actual són la variabilitat en la cobertura dels serveis d'atenció al final de la vida, la utilització de registres poc eficaços per a la planificació d'aquests serveis, la manca de serveis referents i les dificultats per accedir i rebre atenció continuada en alguns serveis i en alguns territoris, així com la manca de comunicació entre els nivells assistencials. Tot i això, hi ha experiències d'usuaris individuals de referència amb una alta satisfacció, les quals es poden fer extensives per a millorar aquestes febleses.

Pel que fa a la cartera de serveis, és una fortalesa disposar de serveis i de places amb dedicació específica a les cures pal·liatives. A més, gaudeix de l'evidència desenvolupada per l'experiència dels serveis actuals, de la flexibilitat d'alguns serveis i de l'ampli desplegament territorial que mostra poques mancances a nivell de sectors territorials, però que es troba amb la indefinició dels criteris de complexitat de serveis i de les intervencions, i amb dificultats de coordinació i connexió amb altres recursos, aspectes que es poden pal·liar amb l'elaboració de guies i protocols.

Els professionals no disposen d' acreditació acadèmica que justifiqui la seva expertesa i el reconeixement professional i econòmic és discriminatori. Es detecta una escassa formació reglada en pregrau i postgrau i, així mateix, es presenten dificultats per accedir a la recerca.

Es considera necessari potenciar les ofertes formatives existents en cures pal·liatives en els diferents nivells de coneixements i per a diferents professionals.

Hi ha també riscos i amenaces, fonamentalment derivats del risc de burnout o d'algunes mancances de recursos que cal tenir molt en compte.

Són tendències evolutives constatables la consolidació dels equips de cures pal·liatives i del sistema amb referents a tots els àmbits o nivells d'atenció; el fet que en els equips que atenen malalts més complexos, les cures pal·liatives han assolit un alt grau de complexitat d'intervenció que requereixen més formació i recursos i l'experiència professional i la capacitat creixent d'intervencions complexes. Un altre aspecte que cal tenir present és la necessària formació de tots els professionals en aspectes relacionats amb habilitats de comunicació i estratègies de deliberació.
En l'avaluació dels serveis, és una necessitat arribar a disposar d'indicadors de resultats, cal aprofitar l'existència d'indicadors globals com els del Servei Català de la Salut, els de la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives i altres estàndards de compliment consensuats.

6. Propostes

6. Propostes

Les línies d'actuació que segueixen s'han escollit com a projectes de millora per donar resposta a problemes actuals que es consideren prioritaris en el marc de l'abast temporal d'aquest Pla. No representen, per tant, el conjunt d'actuacions necessàries per una atenció sociosanitària de qualitat. Conseqüentment, és imprescindible que en el futur es continuïn analitzant i proposant noves actuacions per millorar l'atenció sociosanitària a Catalunya per tal que es continuïn i es complementin les presents.
D'altra banda, és important assenyalar que entre les propostes següents no s'inclouen propostes de l'àmbit de la salut pública pel que fa a les activitats preventives o de promoció de la salut que s'hauran de desenvolupar conjuntament amb la Direcció General de Salut Pública.
En l'aplicació del conjunt de propostes que es presenten a continuació s'ha de considerar la visió territorial. En aquest sentit caldrà modificar i adaptar el concepte de zones o àrees d'influència sociosanitària, substituint-lo pel concepte actual de governs territorials, tal com ja s'ha comentat. Aquest concepte és especialment rellevant, perquè sovint les persones a les quals abasta aquest Pla director tenen problemes cròonics o aguts amb seqüeles que requereixen la comunicació entre nivells o l'actuació de professionals d'equips amb disciplines i nivells assistencials diferents.
Cada GTS hauria de tenir un Pla territorial on es contemplessin les diferents actuacions a emprendre per tal de garantir una correcta atenció sociosanitària.

6.1. Línies d'actuació i projectes de l'atenció geriàtrica

A causa de l'evolució demogràfica i de les característiques pròpies del col·lectiu de la gent gran en relació a la malaltia i a les seves necessitats del sistema sanitari, les actuacions i l'orientació que s'adopti és cabdal, no només pel benestar de les persones grans sinó també per la pròpia sostenibilitat del conjunt del sistema.
El grup poblacional de les persones grans és especialment vulnerable, ja que a la presència de malalties cròniques s'afegeix una disminució de la capacitat de resposta de l'organisme a les agressions internes i externes. La seva resposta davant la malaltia és diferent de la de les persones adultes que tenen una malaltia aguda, la seva capacitat de recuperació és menor i es produeix més lentament, i la possibilitat de patir complicacions és més alta.
Per tot això, és la part de la població que consumeix més recursos del sistema sanitari i, paral·lelament, sovint tenen dificultats per adaptar-se a l'organització del sistema. Per ells, és massa fragmentat i burocratitzat, i poc coordinat amb els serveis socials que freqüentment han d'utilitzar de manera totalment complementària als serveis sanitaris. Per això és especialment important que, en l'àmbit de l'atenció geriàtrica, es tingui cura dels valors descrits pel conjunt del Pla director i que es tingui en compte la necessitat d'adaptació dels serveis per poder prestar una atenció adequada a totes les edats.
Entenem per atenció geriàtrica el conjunt d'actuacions i el conjunt de recursos i serveis que participen en l'atenció de les persones grans. En aquest sentit cal de diferenciar-lo de la geriatria, especialitat mèdica especialment competent i preparada per a l'atenció de les persones grans, i dels serveis o unitats de geriatria, que són unitats especialitzades en l'atenció geriàtrica i adequades per a resoldre situacions que requereixin uns professionals i un entorn especialitzat.
Hi ha evidència científica que una intervenció especialitzada portada a terme per un equip especialitzat en geriatria pot afegir importants beneficis tant a la salut del propi pacient (menor pèrdua de funció física i cognitiva, menor ús de fàrmacs) com a l'ús racional i eficient dels recursos públics (manteniment de la persona en millors

condicions a domicili i endarreriment de l'ingrés en residències o serveis de llarga estada).
Per totes aquestes raons cal garantir:
a) El dret a l'accés a aquest tipus d'atenció per a totes les persones que ho necessitin mitjançant una correcta planificació en la distribució dels equipaments a Catalunya.
b) Un alt nivell qualitatiu en la prestació dels serveis, mitjançant estructures adaptades i equips multidisciplinars complerts i competents.

Malgrat això, cal precisar que no totes les persones grans han d'ésser ateses permanentment per especialistes en geriatria, només en determinades circumstàncies, generalment de major complexitat o de major risc, la utilització d'estructures i d'equips especialitzats aportarà els màxims beneficis individuals i col·lectius.
El principi sobre el qual es basa la proposta del Pla director sociosanitari, pel que fa als serveis i a l'atenció geriàtrica, és la complementarietat en l'atenció que es presta en els serveis d'atenció primària i hospitalària no especialitzats en geriatria i els que, per situacions concretes, normalment de major complexitat geriàtrica, es presten en serveis especialitzats d'atenció geriàtrica.
En el cas dels serveis d'atenció primària i hospitalització no especialitzats en geriatria serà un element clau la formació dels professionals, que han de tenir competències suficients per atendre les persones grans i per saber discriminar quan cal recórrer als serveis especialitzats. Aquests serveis també hauran d'adaptar el seu model organitzatiu a causa de l'elevada freqüentació de les persones grans en els seus dispositius.
A efectes d'aquest Pla es consideren unitats especialitzades en geriatria:
1. Unitats d'aguts de geriatria als hospitals d'aguts (UGA).
2. Unitats funcionals interdisciplinaris (UFISS) de geriatria als hospitals d'aguts.
3. Unitats de mitja estada per convalescència/subaguts als hospitals d'aguts o als centres sociosanitaris.
4. Unitats sociosanitàries de llarga estada als hospitals d'aguts o als centres sociosanitaris.
5. Unitats d'avaluació integral ambulatòria en geriatria als hospitals d'aguts o als centres sociosanitaris.
6. Hospital de dia als hospitals d'aguts o als centres sociosanitaris.
7. Programes d'atenció domiciliaria, equips de suport (PADES) o programes geriàtrics d'hospitalització a domicili.

Atenció Geriàtrica: línies d'actuació i projectes

Línia Ger. 1: Atenció a les persones grans fràgils i/o en situació de risc d'empitjorament del seu estat de salut i/o dependència.

Justificació

Diversos estudis demostren que un abordatge especialitzat en les persones grans amb major risc permet reduir les seves complicacions.
L'atenció primària de salut té una gran responsabilitat en l'atenció de les persones grans. En aquest nivell assistencial es desenvolupen la major part d'activitats de promoció de la salut i de prevenció primària. També és on hi ha capacitat de detecció precoç de malalties o situacions que requereixen una posterior intervenció. Així mateix, en aquest nivell s'ha de garantir el seguiment i tractament de les malalties agudes o cròniques, tant ambulatòriament com al domicili, en cas que la persona no pugui desplaçar-se al centre d'atenció primària (CAP).

Els serveis d'atenció primària han de poder comptar amb el suport de recursos especialitzats quan sigui necessari, tant en les etapes diagnòstiques i de seguiment com en intervencions més intenses que es puguin produir en règim d'hospitalització o al domicili. Una coordinació eficaç amb aquests nivells facilitarà la tasca dels equips i la percepció de continuïtat per part dels malalts i les seves famílies.

Objectius operatius

- Instaurar actuacions des de l'atenció primària de salut, per tal de promoure una millora en l'atenció de les persones grans, especialment en aquelles en situació de risc d'empitjorament del seu estat de salut i/o dependència, fomentant el manteniment de les persones grans en el seu entorn familiar, sempre que sigui possible.
- Generar evidència científica en el nostre entorn respecte a les millores de qualitat assistencial, en establir intervencions específiques en els entorns de l'Atenció Primària (AP).

Projectes. Ger. 1.1.: Incloure en les intervencions de les infermeres de l'APS actuacions específiques de caràcter comunitari per a l'atenció a les persones grans fràgils.

Activitats

Identificar i registrar la població diana.
Realitzar una valoració inicial global i multidisciplinar de la persona gran fràgil.
Fer seguiment i control periòdic dels casos identificats.
Establir mecanismes de coordinació, especialment amb la xarxa d'atenció geriàtrica especialitzada (centres sociosanitaris, EAIA de geriatria, hospital de dia i PADES)

Calendari: 2006

Projectes. Ger. 1. 2.: Establir actuacions específiques en persones grans fràgils, des de l'atenció primària, amb intensitat variable segons període de l'any.

Activitats

Establir un seguiment setmanal telefònic de la població diana.
Instaurar la figura i les funcions de la gestió del cas.
Dissenyar i aplicar un programa de coordinació de nivells que permeti que la gestió del cas sigui efectiva.
Prioritzar la participació de zones geogràfiques que ja hagin funcionat amb el sistema del Pla Integral d'Urgències de Catalunya (PIUC).

Calendari: 2006

Línia Ger 2: Atenció integral a les persones grans en la fase aguda o subaguda de la malaltia.

Justificació

Les persones grans, quan pateixen malalties agudes, tenen un gran risc de perdre autonomia i presentar nous problemes afegits. A Catalunya hi ha 9 UGAS (Unitats

Geriàtriques Aguts), tanmateix en alguns hospitals ja existeixen unitats d'hospitalització a domicili, però en aquest moment no formen part de la cartera de serveis sanitaris convencionals.
Al PIUC s'inclou un recurs assistencial que, amb caràcter temporal, es troba a mig camí entre els hospitals d'aguts i els serveis de convalescència sociosanitaris, amb patologies, estades mitjanes i graus de complexitat definides: es tracta de l'atenció als pacients subaguts, que són aquells que durant tot l'any presenten una elevada freqüentació a urgències motivada per processos subaguts, de complexitat relativa per poder ser atesa a domicili o a residències.
Alguns Equips d'Avaluació Integral Ambulatòria (EAIA) poden disposar de mitjans per realitzar diagnòstics ràpids: analítica, radiologia, gasometria, etc. per actuar com a equips consultors per Atenció Primària en la seva funció d'atenció continuada.

Objectius operatius
- Instaurar actuacions des de l'hospital d'aguts per tal de promoure una millora en l'atenció a les persones grans, especialment en aquelles en situació de risc d'empitjorament del seu estat de salut i/o dependència, i fomentar el manteniment de les persones grans en el seu entorn familiar, sempre que sigui possible.
- Generar evidència científica en el nostre entorn respecte a les millores de qualitat assistencial, en establir intervencions específiques, en l'entorn hospitalari, que incloguin les urgències dels hospitals d'aguts.
- Promoure una millora en la qualitat de l'atenció a les persones amb malaltia crònica, especialment cardíaca i respiratòria, que presenten una alta freqüentació als serveis d'urgències i ingressos hospitalaris recurrents, organitzant una xarxa de qualitat que inclogui serveis d'internament i ambulatoris de suport a l'Atenció Primària i a les urgències hospitalàries

Projecte. Ger. 2.1: Creació d'unitats específiques per a pacients subaguts.

Activitats
Definició dels requisits de les unitats de subaguts: mínim nombre de llits, estructures de diagnòstic, ubicació, etc.
Establiment d'un protocol d'accés (criteris d'inclusió, instruments de comunicació, valoració, circuits, etc) i població diana.
Disseny del mapa de distribució territorial de recursos en base a la reconversió de llits de convalescència.
Proposar criteris de contractació i tarifes.

Calendari: 2006-2007

Projectes. Ger. 2.2: Utilització dels Equips d'Avaluació Integral Ambulatòria (EAIA) de geriatria i/o de les unitats de diagnòstic ràpid com alternativa als serveis d'urgències.

Activitats
Disseny del mapa de distribució territorial de EAIA de Geriatria i de les unitats de diagnòstic ràpid.
Establiment d'un protocol d'accés a les unitats de diagnòstic ràpid (criteris d'inclusió, instruments de comunicació, valoració, circuits...) i població diana.
Proposar criteris de contractació i tarifes.

Calendari: 2006-2007

Projectes. Ger. 2.3.: Unitats integrals d'hospitalització a domicili.

Activitats
Valorar experiències existents, o en fase de disseny, en l'àmbit de l'hospitalització a domicili.
Proposar criteris de contractació i tarifes.
Valorar l'extensió del model.

Calendari: 2006-2007

Projectes. Ger. 2.4: Completar el desplegament d'unitats d'aguts de geriatria (UGA) als hospitals de tercer nivell i de referència.

Activitats
Definir la població diana.
Establir mecanismes de coordinació amb els serveis d'hospitalització de mitja i llarga estada així com amb els altres dispositius d'atenció sociosanitària.
Establir circuits per tal de facilitar la dependència de les UGAs del servei de medicina interna o del servei de geriatria en funció de l'organització interna de l'hospital.

Calendari: 2006.

Projectes. Ger 2.5.: Atenció a les persones grans als serveis d'urgències dels hospital d'aguts.

Activitats
Creació d'un grup de treball que estudiï les característiques dels malalts atesos als serveis d'urgències i que valori les possibilitats de millora i les necessitats d'intervenció dels equips especialitzats en geriatria (UFISS).
Planificar i implantar intervencions en els serveis d'urgències

Calendari: 2006-2007.

Línia geriatria 3: Atenció al final de la vida des de geriatria.

Justificació
A Catalunya existeix un ampli desenvolupament de la geriatria i de les cures pal·liatives, però no es coneix bé l'atenció que estan rebent actualment els pacients geriàtrics a Catalunya, a l'etapa final de la seva vida.
No es disposa d'un consens diagnòstic de l'estat de terminalitat en pacients geriàtrics no oncològics. Estudis parcials fets a Catalunya orienten que el pacient geriàtric no oncològic té dificultats d'accés a l'atenció de cures pal·liatives a l'etapa final de la seva vida, tant pel que fa a l'accés als serveis i/o equips especialitzats (UFISS, PADES) com a l'atenció de cures pal·liatives i unitats no específiques (hospitals d'aguts, centres sociosanitaris, APS etc.).
No existeix cap guia d'actuació clínica consensuada per atendre pacients geriàtrics a l'etapa final de la seva vida i tampoc no es compleixen els criteris d'equitat en tot el territori, ni pel que fa a la cobertura de serveis ni a l'estructura i funcions que els equips multidisciplinars especialitzats tenen assignades en relació a l'atenció de les persones ancianes al final de la vida.

Els projectes aquí exposats mantenen una relació amb altres de similars que s'exposen en la línia d'atenció a les persones al final de la vida, concretament en l'apartat de l'atenció amb pacients no oncològics.
Objectius operatius
- Facilitar l'accés dels pacients geriàtrics a l'atenció especialitzada en cures pal·liatives per tal de reduir la situació de dèficit assistencial evidenciat per estudis parcials i la percepció dels experts.

Projectes. Ger. 3.1: Anàlisi de situació actual en l'atenció al final de vida en pacients geriàtrics.

Activitats
Realitzar un estudi per tal de conèixer l'atenció que actualment estan rebent, a Catalunya, els pacients geriàtrics a l'etapa final de la seva vida.
Identificar les àrees de millora en aquesta atenció.

Calendari: 2006

Projectes. Ger. 3.2: Consensuar l'atenció de cures pal·liatives dels pacients geriàtrics a l'etapa final de la seva vida.

Activitats
Crear un grup de treball que, mitjançant una dinàmica de consens entre els diferents nivells assistencials i especialitats, generi un document en relació als criteris de terminalitat en pacients geriàtrics no oncològics.
Elaborar una guia de pràctica clínica per a l'atenció de cures pal·liatives a pacients geriàtrics al final de la vida.
Estendre i aplicar aquests documents a l'entorn territorial escollit.

Calendari: 2006.

Projectes Ger. 3.3. Facilitar l'accés a l'atenció de cures pal·liatives especialitzades a l'etapa final de la vida dels pacients geriàtrics.

Activitats
Proposta d'increment de cobertura horària del PADES.
Establir criteris de derivació a recursos i serveis especialitzats com les UFISS, els PADES, les UCP, etc.
Crear referents de consulta especialitzada permanent (telefònica) a cada àmbit territorial per als professional i/o serveis no especialitzats en cures pal·liatives.

6.2. Línies d'actuació i projectes de l'atenció persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències

Molts dels comentaris exposats a l'apartat d'atenció geriàtrica són vàlids també en aquest, si bé es fa necessari assenyalar altres aspectes més específics. El deteriorament cognitiu, amb una prevalença estimada del 10% entre les persones de 65 anys o més, i amb prevalences menors en altres grups d'edat, és un dels principals problemes de salut en els països desenvolupats, a causa de l'impacte que aquestes malalties tenen en el malalt, en la família i en els cuidadors, així com en la utilització dels recursos sanitaris i socials disponibles.
La demència més freqüent és la malaltia d'Alzheimer, que pot arribar a suposar el 60% del total de persones amb demència. Malgrat això, la progressiva millora en

la identificació de diferents formes de demència degenerativa farà que els percentatges de prevalença es modifiquin en els propers anys. D'altra banda, atès que la incidència de demència augmenta a mesura que avança l'edat, és previsible que en els propers anys hi hagi un increment del total de casos.
L'estudi epidemiològic més recent fet a Catalunya es va dur a terme al municipi del Prat de Llobregat on s'ha trobat, en majors de 70 anys, una prevalença de demència del 9,6 % i del 6,6 % de malaltia d'Alzheimer.
Una característica important de la malaltia d'Alzheimer i altres demències és la cronicitat i, en la història natural de la malaltia, cal destacar la pèrdua progressiva de les funcions cognitives, així com de la capacitat per desenvolupar les activitats de la vida diària. A més a més, freqüentment apareixen diferents trastorns del comportament, del son i de l'estat d'ànim, així com problemes orgànics afegits. Aquestes persones tenen una evolució de la malaltia complexa, amb necessitats múltiples, des del diagnòstic fins el tractament en fases avançades, a més d'una dependència física severa. La mitjana de vida esperada d'una persona, un cop se li ha declarat la malaltia d'Alzheimer, és de 10-12 anys.
Igual que hem comentat en l'apartat anterior sobre l'atenció geriàtrica, l'atenció de les persones amb demència es realitza a totes les xarxes i especialment a l'atenció primària. Malgrat això, hi ha unitats especialitzades que són adequades per a l'atenció en diverses fases o moments de la malaltia, generalment per major complexitat. Aquests serveis haurien de treballar en xarxa i coordinadament amb l'atenció primària per tal de facilitat l'accés en el moment més adequat.
A efectes d'aquest Pla, les següents unitats es consideren unitats especialitzades en atenció a persones amb malaltia d'Alzheimer o altres demències:

1. Avaluació integral ambulatòria en trastorns cognitius (inclou les UFISS de demència).
2. Mitja estada per malaltia d'Alzheimer i altres demències, especialment per situacions de crisi i trastorns del comportament, ubicades als hospitals d'aguts o als centres sociosanitaris.
4. Sociosanitàries de llarga estada.
5. Hospital de dia per malaltia d'Alzheimer i altres demències.

Línia d'actuació 1: Demència i atenció primària: atenció en la fase diagnòstica, inicial i en fases avançades.

Justificació:
No hi ha evidència que justifiqui un cribratge sistemàtic de la població pel diagnòstic precoç de la malaltia d'Alzheimer o altres demències. Però si que és important el diagnòstic ràpid quan hi ha símptomes percebuts pel propi malalt o la seva família.
L'atenció primària de salut ha augmentat, i ha d'augmentar encara més, la seva competència en l'atenció de persones amb demència.
En els darrers anys, el perfil de persones que són ateses a les unitats de diagnòstic s'ha modificat, ha augmentat el nombre de persones que arriben a les unitats en fases més lleus o moderades o inclús amb diagnòstic de deteriorament cognitiu lleuger. Aquestes persones tenen necessitats diferents de les persones en fases avançades. Tanmateix, es continua atenent persones en fases avançades de la malaltia per tal de fer un seguiment més acurat i també quan apareixen noves possibilitats terapèutiques. Davant del nombre creixent de persones amb deterioramen cognitiu i demència cal revisar les actuacions de l'atenció primària i de les unitats de diagnòstic per tal de garantir una atenció integral i la continuïtat assistencial.

Objectius operatius
- Assegurar un diagnòstic integral etiològic i del conjunt de necessitats del malalt amb demència i de la seva família, com més aviat millor, per tal de poder realitzar una proposta d'intervenció terapèutica global.
- Oferir l'adequat suport a la família, el paper de la qual és clau en el tractament de la malaltia. Per tant, s'han de fer intervencions relacionades amb els cuidadors a fi de poder disminuir la sobrecàrrega i millorar la tolerabilitat d'aquests trastorns.
- Garantir la continuïtat assistencial i evitar la fragmentació dels recursos.

Projecte DEM.1.1.: Implantar progressivament al primer nivell assistencial, un protocol d'actuació davant la sospita clínica de deteriorament cognitiu.

Activitats
Creació grup de treball per dissenyar el protocol.
Definir el protocol adequat per la detecció precoç i el seguiment a la fase inicial de la malaltia.
Proposar i posar en funcionament projectes demostratius vinculats territorialment amb un centre de referència.
Auditoria i monitoratge de les experiències pilot.
Extensió del protocol.

Calendari: 2006-2007

Projecte Dem.1.2: Establir sistemes de connexió flexibles i operatius amb els EAIA de trastorns cognitius que permetin una ràpida interrelació i la continuïtat assistencial sense pèrdues d'informació.

Activitats
Definir el protocol de coordinació entre els equips d'atenció primària i els EAIA de trastorns cognitius.
Proposta de projectes demostratius i posada en marxa.
Auditoria i monitoratge de les experiències.

Calendari: 2006-2007

Línia d'actuació DEM. 2: Estimulació cognitiva.

Justificació
Cada vegada és més freqüent el diagnòstic de la demència en fases lleus i moderades. Diferents estudis han posat de manifest la importància dels tractaments no farmacològics i, en especial, dels programes d'estimulació cognitiva en aquest grup de malalts.
Actualment aquests programes s'estan duent a terme en hospitals de dia sociosanitaris. Malgrat això, els sistemes de contractació no sempre són adequats, ja que preveuen estades de tot al dia al centre. En ocasions es tracta de programes d'un màxim d'una hora, 2 o 3 dies per setmana.

Objectius operatius
- Desenvolupar la normativa dels hospitals de dia perquè s'adaptin a aquesta activitat.

Projectes. DEM 2.1: Desenvolupar la normativa per la contractació de l'activitat d'estimulació cognitiva en el marc dels hospitals de dia sociosanitaris.

Activitat
Desenvolupar la normativa que permeti la contractació de l'activitat d'estimulació cognitiva als hospitals de dia sociosanitaris o eventualment en hospitals amb programes d'avaluació integral ambulatòria de trastorns cognitius.

Calendari: 2006

Projectes. DEM 2.2: Contractació de l'activitat d'estimulació cognitiva per persones amb demència lleu o moderada.

Activitat
Contractar aquesta modalitat a tot Catalunya de manera progressiva segons la normativa que reguli aquests serveis.

Calendari: 2007

Línia d'actuació DEM 3: Trastorns del comportament.

Justificació
La millora del tractament dels trastorns del comportament és clau en el tractament de les persones amb demència. En aquests processos intervenen tant l'equip d'atenció primària com els EAIA de trastorns cognitius, que han de ser referents per tractar aquestes situacions. Aquests EAIA han de tenir accés als serveis sociosanitaris especialitzats en l'atenció a persones amb demència, com els hospitals de dia i les unitats de mitja estada per persones amb demència.
Pel fet de ser preceptiu, aquestes unitats han de disposar directament de psiquiatre a la unitat i/o tenir accés fàcil a la xarxa de salut mental (cal considerar que hi ha unitats que estan a hospitals psiquiàtrics).

Objectius operatius
- Control dels trastorns conductuals i psicològics, mitjançant la identificació de les característiques del comportament i dels símptomes, atenent a la seva freqüència, gravetat i repercussió en el pacient i en el cuidador i, a partir d'això, formular un programa d'actuació que inclogui intervencions no farmacològiques i farmacològiques, si és precís, tant a nivell del pacient com del cuidador. Entre els principals trastorns a identificar trobem: síndrome psicòtic, resistència agressiva, agitació psicomotora, etc.
- Millorar els coneixements dels professionals de l'atenció primària en l'atenció dels símptomes conductuals i psicològics amb formació específica per al tractament farmacològic i no farmacològic d'aquests trastorns.
- Resposta eficaç davant situacions de crisi de manera coordinada amb l'atenció primària.
- Vetllar per un consum eficient dels tractaments farmacològics dels pacients (principalment els fàrmacs antipsicòtics i benzodiacepines).
- Garantir la continuïtat assistencial i evitar la fragmentació dels recursos.
- Oferir l'adequat suport a la família, el paper de la qual és clau en el tractament de la malaltia.

Projectes. DEM 3.1: Resposta eficaç davant situacions de crisi de manera coordinada entre l'atenció primària i la xarxa especialitzada.

Activitats
Establir els circuits de coordinació per fer front als trastorns del comportament, especialment amb els EAIA de trastorns cognitius, per tal d'afavorir la connexió i relació entre l'APS amb el seu EAIA de referència.
Identificar les zones territorials on es faran projectes demostratius i establir els circuits de coordinació per fer front als trastorns del comportament.

Calendari: 2006

Projectes. Dem. 3.2.: Millora de la formació i entrenament dels professionals en el control del símptomes conductuals i psicològics.

Activitats
A l'atenció primària, impartir formació específica per al tractament farmacològic i no farmacològic d'aquests trastorns.
Intervencions amb els cuidadors a fi de poder disminuir la sobrecàrrega i millorar la tolerabilitat d'aquests trastorns.

Calendari: 2006-2007

Línia d'actuació DEM 4: Actuacions i propostes per a l'atenció de la malaltia d'Alzheimer en persones joves.

Justificació
Extrapolant dades d'altres països podem considerar que un 0,038% del total de la població inferior als 65 anys pateix una demència. Aquesta extrapolació donaria, a Catalunya, amb dades del gener del 2004, un total de 2.137 persones menors de 65 anys que presentarien demència. Altres estudis parlen que un 5% de les demències les pateixen persones joves, el que representaria entre unes 4.800 i 5.000 persones.
És prou evident que les necessitats que té tant la població jove amb demència com el seu entorn són prou diferents de les que té la gran majoria de les persones grans que pateixen algun tipus de demència.

Objectius operatius
- Coneixement epidemiològic de la situació actual.
- Establir equips referents per l'abordatge de la problemàtica en persones joves amb demència.

Projectes. DEM. 4.1: Conèixer l'estat de la qüestió.

Activitats
Fer un anàlisi per conèixer el nombre de persones que pertanyen a aquest col·lectiu, i la seva distribució per tipologia de demència. Conèixer les necessitats específiques de les persones joves amb demència.

Calendari: 2006

Projectes. DEM 4.2: Definir, entre els EAIA de trastorns cognitius, equips o unitats de referència per persones joves amb demència.

Activitats
Identificar, en el territori, els EAIA amb expertesa en el tractament de persones joves.
Establir els criteris d'acreditació dels EAIA de gent jove tenint en compte la inclusió d'un psicòleg clínic, d'un treballador social, a més de la possibilitat de disposar d'altres professionals com a consultors, com un neuròleg, un psiquiatra i un assessor laboral.

Calendari: 2006- 2007

Línia DEM 5: Centres de diagnòstic i atenció integral ambulatòria de persones amb demència.

Justificació
En els darrers anys hi ha hagut un fort creixement de les unitats de diagnòstic amb el nom de EAIA de trastorns cognitius. Tanmateix, algunes unitats, a més de l'activitat assistencial, realitzen activitats de recerca i docència, la qual cosa representa un plus en la seva expertesa i en el seu impacte en el sistema.

Objectiu operatius
Definir els criteris de les unitats de diagnòstic que tenen un reconeixement especial per les seves activitats de docència i recerca.
Analitzar i identificar les unitats a Catalunya que compleixin els criteris definits.

Projectes. DEM. 5.1: Reconèixer les activitats de recerca i docència en alguns Equips d'Avaluació Integral Ambulatòria (EAIA) en trastorns cognitius.

Activitats
Proposta de mapa d'EAIAs amb activitat de recerca i docència en el territori, especialment d'aquells vinculats a centres hospitalaris, preferiblement de 3 nivells.
Verificació dels criteris d'expertesa dels EAIA proposats:
- Programes d'activitat docent (professionals sanitaris, familiars i/o cuidadors).
- Activitats de recerca i publicacions.
- Estudi neuropatològic dels pacients amb demència.

Identificació dels EAIA proposats.

Calendari: 2006- 2007

6.3. Línies d'actuació i projectes de l'atenció a les persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat (MND)

La discapacitat i la dependència són uns problemes de salut pública que s'incrementen progressivament en els països desenvolupats. L'OMS defineix la discapacitat com "aquella restricció o absència de la capacitat per fer una activitat en la forma i dins dels marges que es considera normal per l'ésser humà".
Aquest apartat inclou patologies neurològiques d'etiologia i clínica molt diferents, però que tenen com a denominador comú la presència d'una discapacitat, o la possibilitat de presentar-la, amb fort impacte psicosocial i la necessitat d'un abordatge integral i multidisciplinari, tant per part dels recursos sociosanitaris com dels hospitals d'aguts, o fins i tot de la xarxa d'atenció primària. Una característica diferencial d'aquest grup de malalties és, en relació a la majoria d'usuaris de la xarxa

sociosanitària, la presència de nens, d'adults joves o d'edat mitjana entre les persones afectades, encara que es poden presentar a totes les etapes del cicle vital. Hi ha moltes causes que poden malmetre el sistema nerviós central i/o perifèric i/o autonòmic d'una forma lenta i progressiva (malalties neurodegeneratives) i altres que ho fan de forma aguda i provoquen dany focal o difús amb lesions més o menys irreversibles.
Al nostre país aproximadament un 8-9% de la població pateix alguna discapacitat. Moltes de les seves causes són neurològiques ja siguin originades per causes genètiques, per problemes en el desenvolupament, o bé per malalties neurodegeneratives, o seqüeles d'un dany cerebral o medul·lar adquirit.
Les malalties neurològiques són una de les principals causes d'invalidesa i discapacitat i, com ja s'ha comentat, afecta diferents grups de persones en qualsevol etapa de la vida. No obstant aquesta elevada prevalença, n'existeix escassa informació.
Hi ha molts motius que justifiquen el desenvolupament d'una línia especial sociosanitària destinada a l'atenció d'aquests col·lectiu, els més rellevants són:

- L'increment de la incidència de patologies secundaries a traumatismes greus del SNC (lesió medul·lar i TCE).
- L'augment de la sobrevivència de persones amb greus seqüeles invalidants com a conseqüència dels millors dispositius sanitaris.
- L'existència d'una demanda creixent d'assistència especialitzada, avui no ben resolta al nostre país, caracteritzada per malalties de baixa incidència i alta prevalença i que són altament discapacitants, com ara la Corea de Huntington, la síndrome de la Tourette, lesions congènites, el grup de les anomenades malalties rares, les pluridefiències, els grans amputats, etc.
- La major prevalença de persones amb malalties neurodegeneratives en estadis més avançats de la seva discapacitat que generen un increment de la demanda de serveis sociosanitaris.
- L'aparició, cada vegada amb major freqüència, de processos patològics complexos caracteritzats per la superposició de diferents patologies greument discapacitants (deficiència física i malaltia mental, retard mental i demència, trastorns conductuals i malalties orgàniques, etc.).
- El progressiu envelliment de la població amb discapacitat que comporta, a més d'un augment de les complicacions derivades de la seva discapacitat, l'aparició de les pròpies complicacions geriàtriques. I, també, l'envelliment dels seus cuidadors que produeix una major demanda de serveis socials i, per defecte, sociosanitaris.

A l'edat infantil la paràlisi cerebral és un dels trastorns que amb major freqüència genera discapacitat en aquesta etapa del cicle vital. La prevalença s'estima entre 1,5 i 3 nens per cada 1.000 nens nascuts vius. Es tracta d'una patologia crònica, estàtica però no invariable, que presenta, amb l'edat, risc d'empitjorament de les complicacions associades. Per aquestes raons es necessita una previsió de recursos de manteniment al llarg de tota la vida.
La principal causa de discapacitat en població jove entre 15 i 44 anys, especialment en homes, és el traumatisme cranioencefàlic, amb una incidència de 300-400 nous casos l'any per cada 100.000 habitants. D'aquests, un 10% són greus i deixaran seqüeles. La segona causa en aquest grup de població jove és l'esclerosi múltiple, amb una prevalença entre 40-60 casos per cada 100.000 habitants.
Altres patologies que poden provocar discapacitat són els accidents vasculars cerebral amb una incidència de 150-200 casos/any per 100.000 habitants, dels

quals gairebé un 50% tindran seqüeles. Aquests problemes no s'aborden en aquest Pla director a causa de l'existència d'un Pla específic.

Línia d'actuació MND 1: Anàlisis de situació.

Justificació

Les malalties neurològiques cròniques tenen un gran interès sanitari perquè sovint generen, durant molt temps, discapacitat i patiment físic i psíquic no només en els directament afectats, sinó també en els seus familiars i cuidadors. Les necessitats i els recursos necessaris s'han de contemplar des d'una visió general i alhora particular i personalitzada. Disposem d'escassa informació en relació al comportament global de les malalties neurològiques cròniques, i el CMBD hospitalari i el sociosanitari ens aporten dades parcials sobre aquest grup de malalties.

Si no hi ha dades fiables respecte a les persones afectades només es poden fer estimacions sobre la magnitud del problema i, per tant, és molt difícil poder dimensionar de manera fiable el problema per donar-li solucions adequades.

Objectius operatius

- Identificar la població afectada.
- Conèixer la prevalença de persones afectades per malalties de base neurològica i dany cerebral i la seva distribució en el territori.
- Identificar els recursos implicats actualment en l'abordatge de les malalties neurològiques cròniques, des del seu diagnòstic fins a l'assumpció de la dependència que generen i descriure l'escenari territorial actual i futur d'aquests recursos conjuntament amb altres departaments i administracions implicats: Benestar i Família, ajuntaments, Educació, Treball, etc.

Projecte MND 1.1: Realitzar un estudi epidemiològic.

Activitats

Disseny de l'estudi epidemiològic per tal de conèixer la magnitud d'aquests problemes.

Posar en marxa el treball de camp.

Recollida de dades i obtenció de resultats i anàlisis.

Elaboració de l'informe

Calendari: any 2007

Projecte MND 1.2: dimensionar la cobertura dels recursos i estructures existents així com els necessaris en cada GTS.

Activitats

Identificar els recursos actuals destinats a la provisió de serveis sanitaris i no sanitaris per a l'abordatge de les necessitats dels pacients amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.

Analitzar l'activitat dels recursos identificats i llistes d'espera.

Establir a cada territori, una base de dades real de les persones afectades per les diferents patologies neurològiques discapacitants, així com dels seus cuidadors, que permeti fer una planificació de necessitats sanitàries.

Calendari: 2007

Línia MND 2: Millorar el model d'atenció a les malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat, fent especial atenció als recursos, accessibilitat i continuïtat assistencial.

Justificació

El programa Vida Als Anys ja va definir un model sociosanitari d'atenció que inclou el malalt neurològic crònic. Malgrat els esforços fets per dissenyar el model i planificar els recursos, encara cal concretar els models territorials definits.

Actualment, aquest tipus de malalts ocupa part de l'atenció dels recursos sociosanitaris, a la qual arriben majoritàriament de manera no protocol·litzada i sense criteris clars de derivació, sovint cobrint mancances socials del territori on pertanyen.

S'ha de poder agilitzar la confirmació diagnòstica i oferir suport a la persona afectada i al seu entorn, des del diagnòstic de la malaltia fins a les etapes més avançades. Aquests són pacients amb moltes dificultats per ser inclosos en les dinàmiques habituals dels centres d'internament, hospitals de dia i equips ambulatoris. Per això cada vegada més les associacions, les familiars i els malalts reclamen l'especialització d'una part de la xarxa sociosanitària i el disseny d'un model que contempli les diferències entre la xarxa d'adults i la de nens i joves.

Actualment existeixen experiències específiques que ens poden ajudar a generar evidència científica, consensuar el model i fer una anàlisi de despeses, necessari per tal d'avaluar si aquest tipus de pacient representa una sobrecàrrega de treball afegida, així com per realitzar una anàlisi de les inversions que calen en funció de la càrrega assistencial que se'n derivi.

Objectius operatius

- Descriure diferents nivells d'intervenció, establint els centres de referència tant per a població adulta com per a la infantil, definir les seves competències per a diferents patologies i definir els criteris de derivació i circuits d'accés entre els diferents nivells assistencials.
- Definir els estàndards per a la provisió de recursos humans i materials que corresponen a cada territori en funció del model dissenyat i de les necessitats analitzades en el projecte abans esmentat per tal de dimensionar la cobertura dels recursos i estructures existents així com els necessaris.
- Dissenyar, consensuar i establir un model en base al territori que inclogui i garanteixi que des del diagnòstic fins a les etapes més avançades de la malaltia la persona afectada i el seu entorn disposin d'una guia de recursos públics i privats, així com d'interlocutors, vàlids i clarament identificats per la seva relació amb el dispositiu d'atenció sanitària i sociosanitària.

Projecte MND 2.1.: Identificar serveis neurològics hospitalaris de referència.

Activitats

Establiment de criteris per homologar els serveis de neurologia com a referents per al diagnòstic de determinades patologies, en col·laboració amb les societats científiques i els experts.

Identificar, amb els mateixos agents, serveis neurològics de referència territorial per al diagnòstic, pronòstic i tractament de patologies neurològiques d'instauració progressiva i d'instauració aguda que poden cursar amb discapacitat.

Disseny i planificació d'experiències territorials del model acordat que inclogui el referent hospitalari identificat.

Calendari: 2006.

Projectes, MND 2.2: Analitzar algunes experiències demostratives territorials existents per tal d'identificar els criteris d'èxit.

Activitats
Identificar les experiències a avaluar, el seu àmbit territorial, la seva població diana i els nivells assistencials en els quals incideix (APS, hospital, sociosanitari, social, etc.).
Descripció i valoració de les funcions i actuacions que corresponen a cada nivell assistencial que participa en cadascuna de les experiències.
Identificació de circuits d'accessibilitat i coordinació amb serveis de neurologia descrits com a referents per a l'àrea a la qual pertany l'experiència (projecte MND 2.1.), existència de programes de seguiment específics, de gestió de casos i/o d'establiment de mecanismes de coordinació entre els diferents àmbits d'atenció, existència de sistemes d'ajuda per a la reincorporació i adaptació social i familiar.

Calendari: 2006-2007.

Projectes. MND 2.3: Revisió de la cartera de serveis i adaptació de la planificació territorial (mapa sanitari) a les noves propostes d'especialització dins la xarxa de centres sociosanitaris.

Activitats
Revisió de l'actual cartera de serveis des de la perspectiva de les malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.
Adaptació de la cartera de serveis a les necessitats assistencials reals d'aquests pacients.
Identificació i reconversió de places, tant d'internament com de mitja estada o d'atenció diürna per a l'atenció d'aquest col·lectiu.
Reconversió de l'actual hospital de dia en un centre polivalent sociosanitari de dia en experiències territorials per tal de generar evidència per al model.
Analitzar l'ampliació de cobertura d'equips especialitzats en l'atenció domiciliaria d'aquest tipus de pacient (PADES neurorehabilitador) a un total de dues experiències demostratives en dos territoris que permetin generar evidència.

Calendari: 2007.

Projectes. MND 2.4: Desenvolupament de xarxes de teleconsulta.

Activitats
Estudi de xarxes de teleconsulta existents.
Posada en marxa d'experiències demostratives.
Extensió, si s'escau, a altres territoris.

Calendari 2006-2007.

Línia MND 3: Millora de la rehabilitació. Articular un sistema de transport eficient i equitatiu per a persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat

Justificació
Les malalties neurològiques que ens ocupen no tenen tractament etiològic i basen les seves intervencions terapèutiques en programes de maneig simptomàtic.

La neurorehabilitació és predominantment un procés educatiu i dinàmic basat en l'adaptació de la persona afectada i el seu entorn al deteriorament neurològic amb l'objectiu últim de disminuir l'impacte de la malaltia i aconseguir la millor qualitat de vida dins de les limitacions del dèficit neurològic.
L'any 2006, CatSalut incorpora canvis destacats en la contractació de serveis de rehabilitació: la contractació per processos i la incorporació de nous grups de patologies als serveis d'atenció domiciliaria, entre ells, les malalties neuromusculars cròniques amb alta dependència.
D'altra banda, la creació del Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones amb situació de dependència és una evidència més de la preocupació de les administracions vers la problemàtica global.
El transport, en aquests pacients, condiciona en gran part l'accessibilitat i l'equitat de prestació de serveis de rehabilitació. Les solucions al respecte plantejades per algunes administracions locals provoquen diferències territorials i són alhora un marc de referència al qual cal acollir-se en la recerca de solucions globals.
Conservar i mantenir la independència i les competències de la persona afectada per una malaltia neurològica que pot cursar amb discapacitat millora la qualitat de vida del malalt i el seu entorn i, a més, contribueix a comprimir, en els últims anys de la vida, algunes de les manifestacions de dependència que més recursos consumeixen tant del sistema sanitari com dels dispositius socials.

Objectius operatius

- Fer una anàlisi dels estudis realitzats per a cercar l'evidència científica respecte a les indicacions i/o a la necessitat de les intervencions neurorehabilitadores en les patologies neurològiques cròniques i progressives més prevalents, diferenciant malalties en nens i en adults. També s'han d'incloure en aquest grup les malalties que tenen causa traumàtica.
- Participar, amb la visió de les MND, en qualsevol activitat que des del Departament i CatSalut es porti a terme per al disseny i desenvolupament de nous serveis de rehabilitació i d'un Pla global de rehabilitació
- Garantir la provisió i l'accessibilitat d'aquest tipus de malalts a un programa de rehabilitació eficaç, basat en l'evidència científica i en la reordenació territorial dels diferents tractaments i nivells d'intervenció assistencials, que inclogui els dèficits funcionals, la prevenció de les deformitats músculoesquelètiques i el tractament pal·liatiu del dolor.
- Promoure un sistema de previsió de transport adaptat per garantir que les persones puguin accedir físicament als serveis i/o als programes existents en l'àmbit de tot Catalunya.

Projectes MND 3.1: Realitzar una anàlisi de l'evidencia científica existent respecte a les indicacions de rehabilitació a les persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.

Activitats

Dissenyar l'estudi.
Posar en marxa l'estudi.
Recollir dades i obtenir resultats i anàlisi.
Elaborar l'informe.

Calendari: 2006.

Projectes MND 3.2: Model de rehabilitació per a les persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.

Activitats
Crear un subgrup de treball d'experts per a propostes i consens d'aspectes vinculats a la rehabilitació d'aquest tipus de malalties.
Participar conjuntament amb CatSalut en l'establiment d'un protocol d'actuació que inclogui la població diana, els criteris d'inclusió i exclusió, els circuits d'accés i els mecanismes de coordinació i continuum assistencial per a la provisió de serveis de rehabilitació a les MND, especialment a domicili.

Calendari: 2006-2007.

Projectes. MND 3.3: Millorar el transport per tal de garantir l'accessibilitat als serveis sanitaris.

Activitats
Analitzar models existents a Catalunya en la prestació de transport col·lectiu o individual per a usuaris de serveis i establiments sanitaris i sociosanitaris que incloguin una avaluació de costos i eficiència.
Fer propostes d'accessibilitat en funció del territori per treballar amb els òrgans territorials corresponents.

Calendari: 2007.

Línia MND 4: Impulsar models de suport sanitari i/o sociosanitari a la família al llarg de tot el procés de la malaltia i valorar la prestació d'aquest suport en l'àmbit escolar, en l'àmbit laboral, i en centres d'atenció diürna.

Justificació
El diagnòstic d'una malaltia neurològica que pot cursar amb discapacitat, o bé la presencia de seqüeles d'un dany cerebral sobrevingut, provoca un important impacte tant en la persona afectada com en el seu entorn.
Sovint la reinserció dels malalts amb importants minusvalues en la normalitat passa per assistir a centres escolars, de treball o de lleure on, en ocasions, manca suport sanitari.

Objectius operatius
- Millorar la qualitat de vida de les persones afectades i el seu entorn: les seves famílies i els àmbits no sanitaris en que es desenvolupa l'activitat diària del malalt: escoles, àmbit laboral, centres d'atenció diürna, etc.
- Ajustar els recursos a les necessitats de les persones afectades, professionals i centres esmentats.
- Convertir la família en un veritable agent de salut mitjançant formació, assessorament, suport i eines necessàries per fer front a la situació amb la màxima garantia i qualitat de vida.
- Donar resposta a les famílies, des de la primera fase de detecció i diagnòstic i en l'evolució de la patologia.

Projectes MND 4.1. Valorar la implementació d'infermers/ infermeres als centres d'educació especial.

Activitats
Disseny d'instruments de mesura de les necessitats sanitàries dels alumnes de centres d'educació especial.
Realitzar una anàlisi territorial de les necessitats d'intervenció i d'actuacions específiques.
Valorar la creació de la figura de l'infermer/infermera de suport.

Calendari: 2006-2007.

Projectes. MND 4.2: Establir serveis d'atenció i suport a les famílies als centres hospitalaris de referència i/o hospitals de dia i a l'atenció domiciliària.

Activitats
Implementar la figura de l'infermer/infermera d'enllaç.
Mantenir i millorar la qualitat de vida de la persona discapacitada en el seu domicili mitjançant una valoració integral i un Pla de cures personalitzat, en col·laboració amb els diferents professionals de l'EAP.
Mantenir i millorar la qualitat de vida de la família cuidadora, fent una valoració de la situació d'aquesta família i del cuidador principal, realitzant prevenció de la claudicació i identificant potencials situacions de risc.
Impulsar la coordinació amb l'EAP, PADES i altres nivell assistencials.
Incrementar i especialitzar l'oferta d'ingrés temporal per aquestes famílies.
Aquest projecte s'hauria de vincular a d'altres similars que properament posarà en marxa el programa per l'impuls i l'ordenació de l'autonomia personal i l'atenció a les persones amb situació de dependència.

Calendari: 2006-2007.

Projectes MND 4.3: Elaboració d'una guia per als professionals sanitaris i una altra per als pacients i/o familiars per tal de donar eines d'actuació tant a l'etapa hospitalària com a la post hospitalària.

Activitats
Construir una guia que ha d'incloure informació sobre la discapacitat (origen, causes, seqüeles, evolució), informació sobre recursos socials (institucionals, teixit associatiu), grups de suport, previsions (plans estratègics familiars), informació sobre la patologia, com gestionar els canvis físics, cognitius i de personalitat vers l'afectat directe, aspectes posturals, relacionals i eines de suport psicològic per aprendre a conviure amb la discapacitat amb la millor qualitat de vida.

Calendari: 2006.

6.4. Línies d'actuació i projectes de l'atenció a les persones al final de la vida (FV).

L'organització Mundial de la Salut (OMS), l'any 2004, defineix les cures pal·liatives com "una atenció destinada a millorar la qualitat de vida dels pacients i les seves famílies, els quals han d'afrontar els problemes associats a una malaltia amenaçant per la vida, mitjançant la prevenció i la pal·liació del patiment, a través d'una identificació precoç i l'avaluació i tractament que tingui cura de totes les problemàtiques que afectin el malalt ja siguin de tipus somàtic, emocional, ètic, social o de qualsevol altre tipus".
Aquesta definició posa de manifest que el subjecte de l'atenció és el malalt i la seva família i exposa la manera com s'han d'abordar diferents tipus d'aspectes, també posa de manifest que és necessària l'aportació de diferents professionals, és a dir, que cal fer un abordatge interdisplinar.
El desenvolupament de les unitat de cures pal·liatives no ha estat homogeni a Espanya, i en aquest aspecte Catalunya ha estat capdavantera en la creació d'unitats específiques de cures pal·liatives, a més d'haver signat, l'any 1990, el programa de col·laboració amb l'Organització Mundial de la Salut per al quinquenni 1990-1995, amb la finalitat de desenvolupar les cures pal·liatives a Catalunya, la qual cosa va representar un fort impuls per a aquesta línia d'atenció.

A efectes d'aquest Pla director, els experts que han desenvolupat aquesta línia específica han propiciat un canvi terminològic, han passat a denominar el que fins ara dèiem cures pal·liatives amb un terme més ampli, l'atenció al final de la vida, en el benentès que totes les persones, i no únicament els pacients oncològics, en algun moment del seu procés de mort, poden necessitar una atenció especial, que contempli totes les dimensions expressades a la definició de l'OMS abans esmentada.
Actualment, s'estima que en les unitats de cures pal·liatives s'atén un 60% de persones amb càncer i un 40% de no càncer, quan arreu se situa a l'entorn del 80% i el 20% respectivament.
Amb tot, la cobertura d'accés a cures pal·liatives en malalts de càncer s'estima a l'entorn del 70%, en altres patologies es menor, amb la dificultat afegida de determinar la cobertura òptima de recursos específics per a poblacions com la de malalts geriàtrics i crònics evolutius de tot tipus, amb alta o baixa prevalença.
Encara que l'atenció a aquest tipus de malalts ha experimentat un gran avenç des dels anys 90, manquen aspectes de major cobertura poblacional i equitat en l'accés que justifiquen el plantejament de projectes de millora.

Línia d'actuació FV1: Millorar aspectes de l'atenció a malalts de càncer i promoure l'atenció de malalts terminals no oncològics.

Justificació
Fins ara les cures pal·liatives s'han desenvolupat i centrat fonamentalment en l'atenció de malalts de càncer, on han generat evidència i experiència d'efectivitat, eficiència, i satisfacció.
A Catalunya, el fet que els PADES atenguin malalts de càncer i no càncer, així com el fet que una majoria d'unitats pal·liatives estiguin ubicades a centres sociosanitaris, ha originat una proporció de tipologies de malalts atesos substancialment diferent d'altres països.

Objectius operatius
- Millorar l'accessibilitat precoç, la cooperació, l'atenció continuada de malalts avançats de càncer i les accions integrades de serveis de cures pal·liatives i serveis oncològics.

- Aconseguir l'equitat, cobertura precoç i atenció continuada i accessibilitat a serveis pal·liatius per a malalts oncològics i no oncològics.
- Avaluar necessitats i dissenyar mesures que permetin elaborar polítiques de millora al final de la vida per a malalts no oncològics.

Projecte FV.1.1: Millorar aspectes de l'atenció de malalts avançats i terminals de càncer: atenció continuada i accessibilitat.

Activitats
Avaluació de l'accessibilitat en situacions d'emergència per part dels serveis de cures pal·liatives i elaboració de propostes de millora.
Elaboració de guies de cooperació i intervenció precoç basades en les necessitats de malalts i famílies, orientades a la intervenció preventiva de crisi i de gestió de cas, que promoguin l'ús apropiat de recursos.
Posada en marxa de projectes demostratius, avaluació i extensió a la resta del territori.

Calendari: 2006 - 2007.

Projecte FV.1.2: Extensió de les cures pal·liatives als malalts no oncològics.

Activitats
Creació de grup de treball que avaluï necessitats, elabori criteris i propostes, revisi l'evidència científica disponible i proposi mesures i models organitzatius en 4 àmbits geogràfics diferents, amb visió de sector i cooperació entre nivells assistencials, i elabori conclusions i propostes d'implementació per a tot Catalunya.
Posar en marxa projectes d'atenció al final de la vida en malalts no oncològics, i generar experiència i evidència en aquest aspecte, que permeti de prendre i estendre mesures a mig termini a nivell d'atenció primària i hospitals.

Calendari: 2006-2007.

Línia d'actuació 2 FV: Implementació de mesures generals d'atenció al final de la vida en àmbits específics.

Justificació
Hi ha serveis amb alta prevalença de malalts terminals on maquen criteris clars d'organització per al final de la vida com són les residències, els serveis d'urgències i l'atenció primària.
El 54% dels catalans moren hospitalitzats (el 38 % a hospitals d'aguts, i el 16 % en centres sociosanitaris). Crida l'atenció que només un 45% de les morts als hospitals es produeixen en habitacions convencionals (un 35% ho fan a les sales d'Urgències i un 20% a les UCI). Així doncs, es pot deduir que menys de la meitat de les morts succeeixen a llocs dissenyats per atendre l'agonia, l'acompanyament familiar i per facilitar el dol posterior.
Des de la perspectiva de l'atenció primària, l'excessiva hospitalització de la mort pot ser multifactorial deguda, per una part, a la falta de confiança en aquest nivell assistencial, per les noves condicions de treball, per la modificació de l'estructura familiar, el canvi cultural, etc. Tot això fa que a la pràctica ens trobem que davant la falta de cuidador, la família prefereix que el pacient mori a un hospital.
Per altra banda, altres serveis d'atenció situats a la comunitat, com els PADES,

evidencien que és possible recuperar l'antiga tradició dels professionals de la salut de cuidar els seus pacients fins al final de la vida.

Objectius operatius
- Millorar l'atenció al final de la vida a recursos convencionals clau amb elevades prevalences de malalts avançats i terminals (atenció primària, urgències, residències).
- Crear evidència científica en la millora de l'atenció al final de la vida a través de l'adaptació a l'atenció de malalts terminals en els àmbits de l'atenció primària, els serveis d'urgències i les residències.
- Elaboració de protocols conjunts.

Projecte FV 2.1: Implementar mesures generals de millora de l'atenció al final de la vida a l'atenció primària de salut, serveis d'urgències i residències.

Actuacions
Avaluar necessitats.
Crear grups de treball.
Definir dels criteris de millora que cal abordar i les mesures que cal implantar amb el projecte.
Posar en marxa projectes demostratius i avaluar l'extensió progressiva a la resta de territori.

Calendari: 2006-2007.

Línia d'actuació FV 3: Desenvolupar, en els diferents sectors territorials sanitaris, polítiques integrals d'atenció al final de la vida i afavorir l'accés i equitat a serveis o mesures en funció de la complexitat de la situació.

Justificació
Es dóna una alta variabilitat en l'implantació territorial i en l'organització per a l'accés als serveis de cures pal·liatives en el conjunt de Catalunya.

Objectius operatius
- Incrementar l'equitat en l'accessibilitat a totes les tipologies de serveis de pal·liatives a tot el territori.
- Disminuir la variabilitat de la cobertura dels serveis de cures pal·liatives al territori.

Projecte FV 3.1: Elaborar i implementar a tots els sectors sanitaris polítiques integrals d'atenció al final de la vida.

Actuacions
Jornada formativa i de benchmark.
Disseny d'un Pla integral d'atenció al final de vida per part de cada sector sanitari en el seu àmbit territorial.
Execució dels plans territorials i avaluació a l'any.

Calendari: 2006-2007.

Línia d'actuació FV 4: Establir mesures d'avaluació de la qualitat dels resultats clínics i de l'assistència als aspectes subjectius dels pacients.

Justificació
La millora de la qualitat precisa del monitoratge d'indicadors i de la mesura i avaluació de manera periòdica d'aspectes rellevants de l'atenció.
En l'anàlisi qualitatiu de la situació de l'atenció al final de la vida s'han identificat claus per a l'avaluació de les conseqüències de l'atenció: els resultats clínics en els serveis de cures pal·liatives i els aspectes subjectius en l'atenció als pacients pal·liatius.

Objectius operatius
- Millorar la qualitat de l'atenció a les unitats de cures pal·liatives, incorporant l'avaluació de les conseqüències de l'atenció: els resultats clínics en els serveis de cures pal·liatives i els aspectes subjectius en l'atenció als pacients pal·liatius.

Projecte FV 4.1: Avaluar sistemàticament els equips de cures pal·liatives respecte dels seus resultats clínics i, de manera periòdica, la seva qualitat.

Activitats
Elaboració d'una guia d'avaluació de resultats clínics que determini els indicadors i els estàndards i proposi la metodologia a seguir.
Incorporació d'un sistema validat de mesura de resultats clínics en els serveis de cures pal·liatives adaptat als seus nivells de complexitat i d'avaluació i millora de qualitat.
Proposta d'incorporació de la mesura d'alguns resultats clínics als contractes de compra de serveis i de l'existència de plans formals d'avaluació i millora de qualitat.

Calendari: 2006-2007.

Projecte FV 4.2: Avaluar, per part dels serveis de cures pal·liatives, els aspectes subjectius i adopció de mesures de millora.

Activitats
Elaborar una guia d'avaluació de situació subjectiva que determini els indicadors i proposi sistemes validats consensuats d'avaluació i mesura, considerant els aspectes bioètics.
Establir protocols d'intervencions específiques en situacions de necessitats i accés a professionals específics de l'àmbit de la psicologia i la psiquiatria i salut mental.

Calendari: 2006-2007.

6.5. Línies d'actuació comunes o transversals (C)

A continuació es relacionen altres línies d'actuació que es consideren d'abast per les quatre línies d'actuació, per la qual cosa es fa un únic apartat.

Línia d'actuació C 1: Analitzar el finançament dels diferents tipus d'unitats.

Justificació
Cada vegada més els diferents dispositius assistencials de la xarxa atenen malalts més complexos. Les intervencions han assolit un alt grau de complexitat, que

requereix més formació i recursos més específics, així com professionals més experimentats i capacitats.
En la compra de serveis, es combinen diversos models: els de compra per activitat i tarifa (unitats a CSSS), els d'estructura (PADES i UFISS), o bé les adaptacions de tarifes d'altres recursos (llits d'aguts de CP).
Els nous models de finançament, especialment per càpita han de contribuir a desenvolupar millores en el pagament en els serveis.

Objectius operatius
- Adequar el finançament dels serveis a la complexitat de les intervencions que es realitzen.

Projecte C.1.1: Revisar els sistemes de finançament i compra de recursos específics i de mesures d'incentivació a serveis convencionals.

Activitats
Establir un grup de treball específic per a determinar sistemes de compra adequats a la complexitat i incentius de millora als serveis convencionals.

Calendari: 2006-2007.

Línia d'actuació C.1.2: Analitzar i proposar millores de la situació dels professionals i de la recerca en aquest àmbit.

Justificació:
La formació és l'element fonamental de l'estructura dels equips específics i és per aquesta raó que ha de ser objectivable i avaluable. A més, la formació és indispensable per tal de millorar la qualitat de l'atenció.
Un altre aspecte a tenir en compte és la situació de la recerca en cadascuna de les línies d'atenció del Pla director sociosanitari que presenta uns trets comuns que fan que, encara que es tracta de temes rellevants quant a magnitud i a la transcendència dels problemes, a l'actualitat existeixi insuficient producció, es generi poca evidència científica i es realitzin pocs estudis que, a més, molts estan referits a aspectes de recerca bàsica i pocs a la recerca clínica aplicada.

Calendari: 2007.

Projecte C 1.3: Definir criteris de formació necessària per a cada grup professional i segons el nivell assistencial

Objectius operatius
- Identificar el grau de formació necessària per tal de capacitar per a l'atenció especialitzada o específica i per a cada nivell assistencial.

Activitats
Realitzar un mapa de formació per a cada línia d'atenció: identificar el nivell de formació i les necessitats per àmbits territorials i/o de tot el sistema.
Identificar el nivell de formació avançada i intermitjana com a requisit per la compra a curt i/o a mig termini.
Definir per a cada línia d'atenció, nivell assistencial i àmbit els estàndards òptims de formació a assolir.

Incloure la formació bàsica en geriatria, l'atenció al final de la vida i l'atenció a la discapacitat com a contingut troncal a la formació de pregrau de totes les disciplines implicades a les ciències de la salut i ciències socials.

Calendari: 2007.

Projecte C. 1. 4: Introducció de millores per als professionals.

Els professionals que treballen en l'àmbit sociosanitari precisen d'elements que permetin prestigiar la seva tasca, així com d'incentius motivadors i de promoció. A l'actualitat s'identifiquen greuges comparatius molt importants respecte, tant a elements retributius, com a altres incentius que poden afavorir el clima de treball i la permanència dels professionals en l'àmbit sociosanitari, com ara la facilitat per gaudir de formació continuada o participar en esdeveniments científics.

Activitats
Aproximar de forma progressiva el sistema retributiu al de la resta de la xarxa sanitària.
Estudiar la introducció d'elements de carrera professional.
Lligar al sistema de compra de serveis criteris de qualitat i reconeixement de l'expertesa i excel·lència.
Crear un grup de treball que analitzi les propostes anteriors i proposi mesures per a la seva implementació.

Calendari: 2006-2007.

Projecte C 1. 5: Potenciar la recerca en les quatre línies d'atenció.

Activitats:
- Estudiar temes relacionats amb les quatre línies esmentades fent especial èmfasi tant en aspectes quantitatius com qualitatius i que inclogui tots els professionals implicats (psicòlegs, infermers, treballadors socials, metges, etc.).
- Dissenyar un Pla específic de recerca que permeti, de forma progressiva i a curt termini, conèixer la situació de la qual es parteix, identifiqui les àrees prioritàries i potenciï i financiï treballs de recerca específics.

Calendari: 2006-2007.

Línia d'actuació C. 2: Dissenyar i implementar els recursos segons els criteris del mapa sanitari i sociosanitari.

Projecte C.2.1: Dissenyar el mapa de recursos específics als diferents escenaris territorials i proposar els recursos adients.

Activitats
Identificar, a cada territori, els recursos existents dels diferents dispositius sociosanitaris.
Avaluar les necessitats de recursos sociosanitaris segons les projeccions poblacionals al 2010 i 2015.
Analitzar el desplegament i el finançament dels recursos sanitaris als diferents territoris.

Calendari: 2006-2007.

Línia d'actuació C.3: Implementar models específics de suport als cuidadors informals.

Justificació

A l'actualitat l'atenció a una persona gran, amb malaltia d'Alzheimer, amb una malaltia neurològica o bé en una situació de terminalitat, recau, en gran part, en la família del malalt. Aquest tipus d'atenció, l'anomenada cura informal, generalment és prestada per una dona d'una edat compresa entre els 45 i els 60 anys que, majoritàriament, té lligams de parentesc amb la persona malalta, segons refereixen nombrosos autors que han analitzat el tema.

Aquests indiquen que les cuidadores presenten amb gran freqüència canvis de rol familiar, interferències en les seves ocupacions habituals, reducció d'activitats socials, sentiment d'esgotament o sobrecàrrega, etc., la qual cosa, habitualment, porta a descuidar la pròpia salut, entre altres problemes.

Tots aquest aspectes posen de manifest la necessitat de realitzar de forma sistemàtica tasques de reforçament i suport per la les persones cuidadores.

Projecte C.3.1: Definir i implementar mesures sistemàtiques per tal de garantir que les persones cuidadores rebin un atenció específica.

Activitats

Disseny i consens sobre un protocol d'atenció al cuidador.

Implantació a totes les ABS d'un protocol d'actuació específica respecte a les persones cuidadores.

Calendari: 2006-2007.

7. Mapa sociosanitari

7. Mapa sociosanitari

En aquest capítol es presenten els criteris de planificació de serveis en relació a les necessitats d'atenció sociosanitària, en el marc del Pla director sociosanitari i el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública.

El nou Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública es concep com l'instrument principal de planificació de serveis del sistema públic de salut a Catalunya. La seva elaboració requereix, com a primer pas i juntament amb l'anàlisi de la situació, la definició de criteris de planificació de serveis per tal d'avaluar les necessitats de desplegament i adequació dels recursos per donar resposta als problemes de salut de la població. En aquest procés s'han prioritzat els àmbits dels serveis relacionats amb els plans directors del Departament de Salut, entre ells el Pla director Sociosanitari.

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

En l'àmbit de l'atenció sociosanitària, prèviament al Pla director existien criteris de planificació explícits en relació als serveis específics sociosanitaris. L'actual treball de definició de criteris de planificació de serveis, per tant, ha consistit en la revisió dels criteris existents, d'una banda, i en la discussió de les necessitats d'adaptació dels serveis de tipus general (principalment, l'atenció primària i l'atenció hospitalària), de l'altra. Així mateix, s'han proposat una sèrie d'actuacions de millora en forma de projectes demostratius, alguns dels quals tindran un impacte rellevant en el tipus de serveis per a l'atenció a les necessitats sociosanitàries i la relació entre ells. Aquest procés com ja s'ha comentat, s'ha dut a terme mitjançant grups de treball en relació amb les 4 línies d'atenció del Pla (atenció geriàtrica, atenció a les persones amb demència, atenció a persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat i atenció a les persones al final de la vida). En els grups esmentats han participat professionals assistencials, gestors de serveis, professionals de la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, professionals del Departament de Benestar i Família, societats científiques i associacions de malalts.

Els resultats de les sessions de treball han permès establir les orientacions necessàries a tenir en compte en la definició dels criteris de planificació de serveis (quines són les intervencions a considerar, en quins serveis s'han de dur a terme, quins són els requeriments principals de recursos que se'n poden derivar i quines relacions entre els diferents tipus de serveis s'han de produir). Aquestes orientacions configuren el model d'atenció que impulsa el Pla director i han estat la base per a la definició dels criteris de planificació que afecten els diferents tipus de serveis per a l'atenció a les necessitats sociosanitàries, amb un enfocament transversal.

Consideracions generals sobre el model d'atenció a les necessitats sociosanitàries

Catalunya, com ja s'ha comentat, disposa d'un model consolidat d'atenció sociosanitària amb una concepció global de la persona, un enfocament integral i basat en la multidisciplinarietat i una dimensió interdepartamental. El model actual és el resultat de les actuacions realitzades al llarg de 20 anys, iniciades per fer front a l'envelliment de la població i en el marc del procés de la reconversió de la xarxa tradicional d'atenció hospitalària.

La xarxa sociosanitària, amb una regulació específica de la cartera de serveis i estàndards de qualitat i el desplegament progressiu de recursos, es configura com la més desenvolupada i descentralitzada del conjunt de l'Estat, amb reconeixement internacional en algunes línies de serveis, com ara la de cures pal·liatives, que ha esdevingut un referent de l'OMS.

En el capítol 5 d'aquest document, dedicat a l'anàlisi de la situació dels serveis sociosanitaris es descriu la cartera de serveis actual dels serveis específics d'atenció sociosanitària, així com els recursos disponibles actualment i l'activitat que han portat a terme en els darrers anys.

Aquest model, juntament amb algunes experiències afavoridores de l'atenció integral i la continuïtat assistencial, a través de la gestió global del conjunt dels diferents tipus de serveis que intervenen en el procés d'atenció a les necessitats sociosanitàries (atenció primària, atenció especialitzada d'aguts i serveis sociosanitaris), constitueix les principals fortaleses de la situació actual per fer front als reptes del futur.

Tanmateix, tal com s'exposa als capítols anteriors, es poden identificar una sèrie de problemes que caldrà superar per fer possible una millor adaptació del model a les necessitats d'atenció sociosanitàries de la societat actual i, a la vegada, anticiparse als problemes del futur d'acord amb les previsions demogràfiques, epidemiològiques, socials i culturals.

A taula següent (taula 41) es presenten de forma resumida els problemes identificats que tenen una relació més clara amb l'organització del model d'atenció i el funcionament dels serveis i, per tant, aquells que cal tenir més en compte des de la perspectiva de la planificació de serveis.

Taula 41. Resum de problemes identificats en relació amb l'organització del model d'atenció i el funcionament dels serveis actuals

- Variabilitat en la utilització de serveis i diferències importants en la capacitat assistencial per territoris.
- Manca d'integració i/o circuits funcionals de coordinació entre nivells i àmbits assistencials, amb un sistema excessivament fragmentat.
- Dificultats de coordinació entre els serveis sanitaris i socials.
- Cobertura insuficient de necessitats per tipologia de recursos i determinats territoris, la qual no permet adaptar alguns d'aquests recursos a les noves necessitats i provoca un ús inadequat dels recursos disponibles.
- Insuficient desenvolupament i heterogeneïtat de l'atenció geriàtrica a l'atenció primària i als hospitals d'aguts.
- Poc desenvolupament de les cures pal·liatives a la població geriàtrica amb malalties terminals no neoplàsiques.
- Percepció per part de pacients i familiars d'una certa desatenció en determinades situacions, especialment pel que fa a l'àmbit de les malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.
- Poca adaptació de la formació dels professionals dels serveis de tipus general (atenció primària, atenció especialitzada d'aguts) a l'atenció de les necessitats sociosanitàries.
- Sistemes retributius dels professionals dels serveis sociosanitaris no homologats amb els d'altres serveis sanitaris, incertesa en els perspectives de desenvolupament professional i insuficient reconeixement i prestigi professional en un marc de manca d'una cultura de cooperació i unificació de criteris entre diferents nivells assistencials.
- Desigual coneixement de la situació epidemiològica actual en relació amb alguns problemes de salut (per exemple, malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat).
- Sistemes d'informació excessivament complexos i poc útils per a la presa de decisions i la comunicació entre professionals i serveis.

Tenint en compte els problemes esmentats, així com els principals canvis als quals ens enfrontem, a continuació es resumeixen els principals reptes del model de cara al futur, s'han seleccionat aquells que tenen més a veure amb la planificació dels serveis.

Reptes del model d'atenció a les necessitats sociosanitàries (des de la perspectiva de la planificació de serveis)
- Fer front al creixement demogràfic dels darrers anys i al previst, en el qual continuarà el procés d'envelliment de la població, encara que amb un impacte desigual a nivell territorial.
- Adaptar-se als canvis culturals i de l'estructura familiar, amb dinàmiques diversificades. Cal preveure que l'impacte de la immigració recent en les necessitats de la població infantil i jove es traslladarà progressivament cap als grups d'edat més avançada.
- Abordar l'augment continuat de les necessitats assistencials que, previsiblement, generaran les noves possibilitats terapèutiques, rehabilitadores i pal·liatives d'acord amb l'avenç en la recerca i el coneixement científic, incorporant estratègies de priorització per a l'adaptació de la cartera de serveis.
- Millorar l'accessibilitat als serveis, potenciant la integració de la persona en el seu entorn familiar i social i, sempre que sigui possible, la permanència en el propi domicili com a alternativa a l'hospitalització.
- Aconseguir un major equilibri territorial en la capacitat assistencial.
- Adaptar els serveis d'atenció primària i d'atenció especialitzada per tal d'atendre les necessitats sociosanitàries amb una perspectiva integral i de coordinació amb la resta de serveis.
- Millorar la connexió entre els diferents dispositius, avançant cap a un sistema en xarxa, d'assistència integral i creixement transversal.
- Aprofitar l'evolució tecnològica per fer més eficient el procés d'atenció i la comunicació entre professionals i serveis.
- Aprofitar el desenvolupament del model d'atenció a la dependència com una oportunitat de millora de coordinació dels serveis sanitaris i socials, a la vegada que comportarà un augment de la capacitat d'atenció i una millor adequació dels serveis per donar resposta a les necessitats socials de les persones i els col·lectius més vulnerables.

Criteris de planificació per a la definició d'escenaris de desenvolupament i adequació de serveis en el territori:

El desenvolupament del model d'atenció a les necessitats sociosanitàries, en el marc del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, s'enfoca amb una clara perspectiva territorial, en el sentit de planificar els serveis en base poblacional i d'entendre el territori com una oportunitat per facilitar la comunicació entre nivells i la integració assistencial, tot configurant àrees de referència comunes entre tots els serveis involucrats en l'atenció a les necessitats sociosanitàries.

En la definició dels criteris de planificació de serveis que s'apunten en aquest apartat s'ha treballat en tres línies principals:

- L'adaptació dels serveis d'atenció primària i d'atenció especialitzada d'aguts als nous reptes del model, amb una visió d'atenció integral, multidisciplinària i interdepartamental que afecta totes les xarxes assistencials.
- La continuació del desenvolupament dels serveis específics sociosanitaris, d'acord amb la cartera de serveis actual
- La incorporació de propostes de millora en forma de projectes demostratius que afecten els serveis, d'acord amb les línies d'actuació per als 4 àmbits del Pla director, les quals conformen la part precedent de l'apartat de propostes del Pla.

En relació amb l'adaptació dels serveis d'atenció primària es tracta de tenir en compte que el perfil d'utilització dels serveis varia segons l'edat i el sexe i, per tant, la càrrega assistencial dels EAP està condicionada per l'envelliment de la seva població de referència. Així mateix, cal incloure altres variables lligades a la

dependència (població institucionalitzada en residències socials, persones grans que viuen soles) com a factors correctors per a l'assignació de recursos humans dels EAP.

Pel que fa a l'adaptació dels serveis d'atenció especialitzada d'aguts, els criteris per a la definició dels escenaris de necessitats d'hospitalització d'aguts per al Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública estableixen que la taxa d'hospitalització de cada territori s'ha d'apropar a un estàndard-objectiu, el qual s'ha d'ajustar en cada cas a l'estructura d'edat i sexe de la població de cada territori. Per a les poblacions més envellides, també cal preveure un augment en la complexitat dels casos, a més a més de l'increment en volum de demanda.

En l'àmbit dels serveis específics de tipus sociosanitari, independentment de la seva ubicació en centres sociosanitaris o en centres de la xarxa general, es mantenen els criteris de planificació existents fins ara, excepte en el cas de l'atenció al final de la vida.

Els criteris de planificació dels serveis sociosanitaris s'havien fixat com a estàndards mínims de manera que es pogués assolir una capacitat assistencial més homogènia des del punt de vista d'equilibri territorial. En general, s'ha observat que allà on s'han assolit aquests índexs de recursos no hi ha problemes de llistes d'espera.

D'altra banda, l'experiència de desenvolupament dels serveis de convalescència-subaguts mostra que, a més a més de la capacitat assistencial, el correcte drenatge de pacients des dels serveis d'hospitalització d'aguts ve determinat també per aspectes lligats a la coordinació entre ambdós tipus de serveis. Així doncs, com a referència inicial s'ha optat per no modificar aquests criteris mantenint la idea d'aconseguir una major accessibilitat i equilibri territorial, però permetent adaptar-los en cada cas a les especificitats territorials d'acord amb determinats elements qualitatius d'adaptació que s'apunten explícitament.

Pel que fa a l'atenció pal·liativa, una de les línies d'actuació del Pla director és el manteniment de l'atenció de cures pal·liatives als malalts amb càncer i l'extensió més àmplia als malalts geriàtrics sense patologia neoplàsica. S'estima que a Catalunya unes 40.000-42.000 persones l'any poden requerir mesures de cures pal·liatives.

D'aquestes, un 60-70% són complexes o presenten situacions de complexitat, i requereixen la intervenció de recursos específics. Malgrat que es proposa un lleuger increment en els índexs de referència per al càlcul de necessitats de llits de cures pal·liatives, les mesures principals han de ser de reordenació i d'integració de serveis ja existents en un context de sectorització territorial.

A la taula següent (Taula 42) es recullen els criteris de planificació que han de servir de referència per a l'elaboració dels escenaris de desenvolupament i l'adequació dels serveis per a l'atenció a les necessitats sociosanitàries en el territori, de manera que permetin prendre les decisions més adequades tenint en compte les necessitats en l'horitzó d'aquí a l'any 2015, les especificitats territorials i l'adaptació del model d'atenció.

Taula 42. Criteris de planificació dels serveis per a l'atenció a les necessitats sociosanitàries

Tipus de serveis	Criteris	Elements qualitatius d'adaptació en el territori	Propostes de millora (projectes demostratius)
Atenció primària de salut (adaptació)	- Ponderar la població en funció dels diferencials d'utilització de serveis, segons l'estructura d'edat i sexe, en el càlcul de necessitats de recursos humans per Equip d'Atenció Primària (EAP). - Incloure variables sobre persones grans que viuen soles, grau de dependència i població institucionalitzada en residències socials, com a factors correctors per a l'assignació de recursos humans dels EAP.	- Factors socioeconòmics com a condicionants de la demanda adreçada als serveis públics.	- Millorar l'atenció domiciliària a persones amb malalties cròniques i/o discapacitat. - Detecció i seguiment de persones grans fràgils per l'infermer o infermera comunitàri/a. - Implantar progressivament un protocol d'actuació davant la sospita clínica de deteriorament cognitiu. - Millorar la informació i entrenament en el maneig dels símptomes conductuals i psicològics. - Millorar l'atenció al final de la vida a l'atenció primària de salut.
Atenció hospitalària d'aguts (adaptació)	- Ajustar, segons estructura d'edat i sexe, la taxa d'hospitalització estàndard com a base per al càlcul de la demanda esperada i l'estimació de les necessitats de capacitat assistencial dels hospitals d'aguts. - Preveure una major necessitat d'atenció en unitats de crítics i semicrítics com a resultat de l'augment de complexitat deguda a comorbiditat i envelliment de la població. - Preveure dispositius d'hospitalització temporals per fer front a l'increment estacional de la demanda, especialment en el cas de les persones grans.	- Factors socioeconòmics com a condicionants de la demanda adreçada als serveis públics. - Cartera de serveis i nivell d'especialització dels hospitals de cada territori.	- Potenciar unitats integrals d'hospitalització a domicili. - Completar el desplegament d'unitats d'aguts de geriatria als hospitals de tercer nivell i de referència. - Identificar serveis neurològics hospitalaris de referència. - Establir protocols d'actuació a urgències per tal de millorar l'atenció al final de la vida als serveis d'urgències.

Tipus de serveis	Criteris	Elements qualitatius d'adaptació en el territori	Propostes de millora (projectes demostratius)
Unitats de mitja estada	- Convalescència-subaguts: 1,8 llits per 1.000 habitants majors de 64 anys. - Cures pal·liatives: 8-10 llits per 100.000 habitants. - Unitats de mitja estada polivalent (inclou sense diferenciació convalescència-subaguts i cures pal·liatives): 2 llits per 1.000 habitants majors de 64 anys.	- En àrees territorials de referència inferiors a 50.000 habitants, l'atenció de convalescència-subaguts i de cures pal·liatives serà assumida per unitats de mitja estada polivalent. - En les àrees més poblades, es podrà diferenciar l'atenció en subunitats especialitzades. També es podran crear unitats específiques per a malaltia d'Alzheimer i altres demències. - En la ubicació i dimensionament de les unitats de convalescència-subaguts cal considerar factors de proximitat al territori de residència i de connexió àgil amb els hospitals d'aguts, que són l'origen de la derivació de la majoria de casos.	- Creació d'unitats específiques per a pacients subaguts. - Revisió de la cartera de serveis i adaptació de la xarxa de centres sociosanitaris per a persones amb MND [malalties neurodegeneratives que poden cursar amb discapacitat].
Unitats de llarga estada	- 5 llits per 1.000 habitants majors de 64 anys.	- Grau de desenvolupament de la xarxa de serveis socials i d'integració entre els serveis socials i els sociosanitaris. - Factors socioeconòmics i culturals, com a condicionants del nivell d'atenció que poden assumir els cuidadors en l'entorn familiar.	
Hospital de dia sociosanitari	- Línies hospital de dia: geriàtric, malaltia d'Alzheimer, pal·liatiu, malalties neurodegeneratives. - 1,5 places per 1.000 habitants majors de 64 anys.	- En la distribució territorial cal tenir en compte el temps de desplaçament de la població i els sistemes de transport.	- Desenvolupar la normativa de contractació d'activitat d'estimulació cognitiva en el marc dels hospitals de dia sociosanitaris. - Revisió de la cartera de serveis i adaptació de la xarxa de centres sociosanitaris per a persones amb MND.

Tipus de serveis	Criteris	Elements qualitatius d'adaptació en el territori	Propostes de millora (projectes demostratius)
Equips d'avaluació integral ambulatòria (EAIA)	- Línies EAIA: geriatria, cures pal·liatives i trastorns cognitius. - Existència d'EAIA de referència a cada UTR-GTS.	- En àrees de més de 100.000 habitants es recomana comptar amb les tres línies EAIA diferenciades. En àrees de menor població hi haurà 1 consulta d'avaluació i seguiment.	- Utilització dels EAIA de geriatria i/o les unitats de diagnòstic ràpid. - Establir sistemes de connexió flexibles i operatius entre els EAIA de trastorns cognitius i l'atenció primària. - Resposta eficaç davant de situacions de crisi de manera coordinada entre l'atenció primària i la xarxa especialitzada. - Definir, entre els EAIA de trastorns cognitius, equips o unitats de referència per a persones joves amb demència. - Reconèixer les activitats de recerca i docència en alguns EAIA en trastorns cognitius.
PADES	- 1 Equip PADES per cada 100.000 habitants.		- Facilitar l'accés a l'atenció de cures pal·liatives especialitzades a l'etapa final de la seva vida en pacients geriàtrics. - Implementar mesures de millora de l'atenció al final de la vida a l'atenció primària de salut.
UFISS	- Dues línies UFISS: geriatria i cures pal·liatives. - Existència d'UFISS a tots els hospitals d'aguts.	- En els hospitals de nivell terciari o de referència hi haurà diferenciades les dues línies UFISS i en els hospitals més petits podrà haver-hi UFISS mixtes.	- Intervenció dels equips especialitzats en geriatria (UFISS) en l'atenció a les persones grans als serveis d'urgències dels hospitals d'aguts.
Altres serveis no sanitaris			- Implementar mesures de millora de l'atenció al final de la vida en residències. - Suport sanitari a les escoles d'educació espacial.

Elaboració dels escenaris de desenvolupament i adequació dels serveis en el territori

Els escenaris de desenvolupament i adequació dels serveis a nivell de cada territori, aplicant els criteris de planificació apuntats en l'apartat anterior, s'elaboraran en el context del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, amb una visió global per al conjunt de serveis, i en base a la població actual i les projeccions demogràfiques en l'horitzó de l'any 2015.

Pel que fa a les unitats territorials de referència, els escenaris s'elaboraran per als àmbits dels futurs governs territorials de salut (GTS). D'altra banda, tal com es desprèn dels criteris apuntats anteriorment, cal tenir en compte que es configuren

diferents escenaris territorials en funció de la distribució territorial de la població, amb àrees de menor densitat, les quals hauran de disposar de serveis més polivalents, àrees de major densitat de població i zones de concentració metropolitana, que disposaran de recursos més especialitzats en les diferents línies i subunitats definides. En qualsevol cas, la planificació a nivell territorial ha d'afavorir la consolidació de sistemes integrals d'atenció que posin en relació els diferents tipus de serveis adequats a les necessitats i adaptats a les especificitats.

La planificació de serveis com a procés dinàmic

El Pla director proposa una sèrie de línies d'actuació i projectes demostratius a implantar inicialment en determinats territoris, en el període 2006-2007, que afecten la tipologia de serveis. De l'execució d'aquests projectes se'n derivaran criteris de planificació específics per a l'extensió de nous tipus de serveis al conjunt de Catalunya.

Així mateix, es preveu desenvolupar una sèrie d'estudis epidemiològics i d'avaluació de serveis que han de permetre conèixer millor la realitat actual i les tendències, de manera que en el transcurs del procés de desenvolupament i adequació dels serveis en els propers 10 anys s'introduiran els ajustos necessaris en els criteris i escenaris, entenent que tant el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública com el Pla director són instruments de planificació dinàmics que permeten la reorientació parcial de les actuacions com a resultat de l'observació de l'evolució de la realitat i la pròpia avaluació. En aquest sentit, entre els treballs proposats cal destacar l'estudi epidemiològic sobre les malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat o l'anàlisi d'experiències demostratives territorials existents.

Finalment, el desenvolupament del programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència (PRODEP), així com els avenços en la definició del model d'atenció a la dependència, aportaran nous elements de context, als quals caldrà adaptar els diferents serveis implicats en l'atenció a les persones dependents.

8. Seguiment i avaluació

8. Seguiment i avaluació

Per tal d'avançar en la utilització i en l'anàlisi de la informació disponible, i amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'atenció sanitària a les persones grans, a les persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències, a les persones amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat i a les persones al final de la vida, és necessari fer un recull d'indicadors per avaluar la millora en l'atenció a les persones incloses al PDSS des d'una perspectiva integral, definint intervencions preventives, curatives, rehabilitadores i d'ajuda a morir dignament.

La integració d'aquesta informació pot contribuir a la identificació de marges de millora de l'atenció i suggerir als gestors i planificadors sanitaris noves iniciatives per a la compra i provisió de serveis.
Es presenten un conjunt d'indicadors que ens permeten proporcionar informació que doni suport a la presa de decisions a l'hora de planificar, organitzar, gestionar i avaluar l'avenç del Pla director sociosanitari. El propòsit, per tant, és disposar d'informació fiable, consistent i sistemàtica que en la periodicitat pertinent permeti seguir i avaluar la progressió dels principals objectius estratègics del Pla director i d'aquells objectius operatius de transcendència per la correcta implementació del Pla. Atès que alguns dels projectes de millora que es plantegen en aquest Pla director precisen de la seva avaluació i anàlisi, els indicadors formulats es refereixen només a aquelles intervencions contrastades i incorporades actualment a la pràctica.
L'elecció dels indicadors de seguiment i avaluació s'ha basat en els principis d'objectivitat, validesa, sensibilitat, especificitat i consens. En aquest sentit, cal tenir en compte que els actuals sistemes d'informació no permeten obtenir un conjunt exhaustiu d'indicadors. És per aquesta raó, que amb caràcter de progressivitat i factibilitat, s'aniran perfeccionant els indicadors existents i se n'inclouran d'altres que es consideren necessaris per arribar a disposar d'una bona anàlisi de la situació i evolució de l'atenció sociosanitària a Catalunya i de la resposta assistencial del sistema sanitari català a aquest important aspecte.
Pel que fa a la resta d'objectius que per raons tecnològiques, funcionals o conceptuals no siguin susceptibles de ser avaluats a partir d'indicadors sintètics, s' utilitzaran mecanismes i eines d'avaluació ad-hoc detallades en el present document.
El Pla director sociosanitari utilitzarà, per tant, com indicadors sintètics bàsics de seguiment i avaluació els que es presenten a continuació.

OBJECTIU	Millorar l'atenció a les persones grans, especialment aquelles amb més necessitats sociosanitàries des d'una perspectiva integral, definint intervencions preventives, curatives, rehabilitadores i d'ajuda a morir dignament, d'aplicació des de totes les línies de serveis del Pla director sociosanitari: **Identificar la població > de 75 anys, amb criteris de fragilitat**
Indicador:	% de població atesa de >de 75 anys, amb criteris de fragilitat.
Fita:	80%
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	Diversos estudis demostren que un abordatge preventiu en les persones grans amb major risc permet reduir les seves complicacions, per la qual cosa és molt important tenir identificada a aquesta població.
Construcció de l'indicador:	**Numerador:** Nombre total de població atesa de >de 75 anys identificada com a fràgil per l'EAP. **Denominador:** Nombre de població atesa de >de 75 anys
Font d'informació:	HCAP

OBJECTIU	Millorar l'atenció a les persones grans, especialment aquelles amb més necessitats sociosanitàries des d'una perspectiva integral, definint intervencions preventives, curatives, rehabilitadores i d'ajuda a morir dignament, d'aplicació des de totes les línies de serveis del Pla director sociosanitari: **Conèixer l'aplicació del protocol PREALT en els pacients que ho requereixen.**
Indicador:	% de pacients > de 65 anys en que s'ha comunicat l'alta a l'EAP, d'acord amb el protocol PREALT.
Fita:	90%
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	El canvi de dispositiu i/o nivell d'atenció és un moment crític per el malalt i la seva família, en el qual les accions adreçades a promoure la continuïtat assistencial adquireixen una gran importància.
Construcció de l'indicador:	**Numerador:** Núm. de pacients de > de 65 anys inclosos en el protocol PREALT amb comunicació de l'alta a l'EAP **Denominador:** Núm. de pacients de > de 65 anys inclosos en el protocol PREALT
Font d'informació:	Entitat proveïdora (contracte compra) Unitat responsable: regions sanitàries

OBJECTIU	Millorar l'atenció als malalts terminals, oncològics i no oncològics, introduint aspectes d'equitat, cobertura precoç, atenció continuada i accessibilitat a l'atenció a les persones al final de la vida.
Indicador:	% de pacients no oncològics terminals atesos al final de la vida que reben atenció de les unitats de cures pal·liatives. % de pacients no oncològics terminals atesos al final de la vida que reben atenció de cures pal·liatives a domicili.
Fita:	80%
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	A Catalunya existeix una important xarxa de cures pal·liatives que atén majoritàriament a pacients oncològics, però el Pla director marca com a nova tendència l'atenció al final de la vida també als malalts no oncològics.
Construcció de l'indicador:	**Numerador:** pacients no oncològics atesos al final de la vida que reben atenció de les unitats de cures pal·liatives. **Denominador:** pacients no oncològics terminals atesos a les unitats de cures pal·liatives. **Numerador:** pacients no oncològics atesos al final de la vida que reben atenció de les unitats de cures pal·liatives a través del PADES al seu domicili. **Denominador:** pacients no oncològics terminals atesos al (PADES)
Font d'informació:	HCAP / Unitats de cures pal·liatives/CMBD-ss

OBJECTIU	Millorar l'atenció a les persones, especialment aquelles amb més necessitats sociosànitaries, des d'una perspectiva integral, definint intervencions preventives, curatives, rehabilitadores i d'ajuda a morir dignament, d'aplicació des de totes les línies de servei del Pla director sociosanitari
Indicador:	Nombre de governs territorials de salut (GTS) amb el 90% de recursos sociosanitaris* segons estàndards establerts per a cada línia de serveis.
Fita:	95%
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	L'adequada dotació dels diferents tipus de recursos sociosanitaris té com a conseqüència una bona gestió de llistes d'espera.
Construcció de l'indicador:	**Numerador:** Nombre de serveis sociosanitaris **Denominador:** Nombre de serveis sociosanitaris òptims (segons estàndards) per GTS
Font d'informació:	Cartera de Serveis CAT SALUT

* Llarga estada, mitja estada(CV+CP), mitja estada convalescència, cures pal·liatives, hospital de dia, PADES.

OBJECTIU	Millorar la qualitat de l'atenció a les persones de > de 65 anys amb malaltia crònica, especialment cardíaca i respiratòria, amb una alta freqüentació als serveis d'urgències i ingressos recurrents, organitzant una xarxa de qualitat que inclogui serveis d'internament i ambulatoris de suport a l'AP i a les urgències hospitalàries
Indicador:	% de pacients de > de 65 anys atesos a urgències hospitalàries per malaltia crònica (malaltia respiratòria, cardiovascular).
Fita:	Reducció del 10%
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	Mitjançant els equips de suport a urgències hospitalàries es podrà oferir una millor atenció als pacients i al mateix temps regular la freqüentació.
Construcció de l'indicador:	**Numerador:** nombre de pacients de > de 65 anys atesos a urgències hospitalàries per a malaltia crònica (malaltia respiratòria, cardiovascular). **Denominador:** Nombre de pacients > de 65 anys que acudeixen a urgències hospitalàries.
Font d'informació:	Per contracte: Entitat proveïdora Regions sanitàries

OBJECTIU	Millorar l'accés al tractament de fàrmacs opioids per part del PADES
Indicador:	Dosi diària definida per 1000 habitants i dia (DHD) de fàrmacs opioids prescrits des de l'atenció primària, pel PADES
Fita:	Conèixer l'evolució
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	El consum de fàrmacs opioids és uns dels criteris utilitzats per tal mesurar la bona praxis respecte de l'analgèsia en l'atenció al malalt pal·liatiu.
Construcció de l'indicador:	Fàrmacs opioids prescrits des de l'atenció primària, pel PADES
Font d'informació:	DATAMART Primària

OBJECTIU	Revisar la polimedicació de les persones de > de 65 anys
Indicador:	% mitjà de fàrmacs, prescrits a les persones de > de 65 anys.
Fita:	Reduir la mitjana de fàrmacs prescrits a < de 10 fàrmacs (entre 8-10)
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	Atès que la població de > de 65 anys, a causa dels tractaments que han de seguir per una malaltia crònica, o que més precisen de diversos medicaments, es fa necessari fer una revisió d'aquest tractament, per tal de millorar la qualitat de la prescripció.
Construcció de l'indicador:	Nombre de fàrmacs prescrits amb persones de > de 65 anys.
Font d'informació:	Aplicació informàtica DATAMAR de primària

OBJECTIU	Assolir que els pacients amb demència tipus Alzheimer rebin el tractament adequat a les primeres fases de la malaltia.
Indicador:	Percentatge de pacients amb Alzheimer, amb fase lleu o moderada, que reben tractaments específics (anticolinesteràsics).
Fita:	80% de la prevalença poblacional estimada
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	Amb els nous tractaments de l'Alzheimer, es fa necessari que la prescripció estigui adequada a la fase indicada de la malaltia.
Construcció de l'indicador:	Numerador: Pacients amb Alzheimer, en fase lleu o moderada, que reben tractaments específics (anticolinesteràsics). Denominador: Pacients amb Alzheimer, amb fase lleu o moderada
Font d'informació:	Aplicació informàtica DATAMAR primària.

OBJECTIU	Conèixer les persones > de 70 anys amb demència d'Alzheimer, i altres demències conegudes pel seu EAP.
Indicador:	% de pacients majors de 70 anys dels quals consti en la història clínica de l'EAP el diagnòstic de demència d'Alzheimer % de pacients majors de 70 dels quals consti en la història clínica de l'EAP el diagnòstic d'altres demències
Fita:	Conèixer la prevalença atesa de l'Alzheimer i altres demències.
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	Fer una detecció i seguiment adequat dels pacients amb demència d'Alzheimer i altres demències des dels EAP, per tal d'assegurar tractaments, ATDM, recursos sociosanitaris si s'escau, etc.
Construcció de l'indicador:	**Numerador:** Pacients de 70 anys dels quals consti en la història clínica de l'EAP el diagnòstic de demència d'Alzheimer. **Denominador:** Pacients de 70 anys atesos per l'EAP **Numerador:** Pacients de 70 anys dels quals consti en la història clínica de l'EAP el diagnòstic d'altres demències. **Denominador:** Pacients de 70 anys atesos per l'EAP
Font d'informació:	HCAP

OBJECTIU	Instaurar els programes de valoració de riscos en totes les unitats d'internament sociosanitari
Indicador:	Percentatge de pacients amb valoració de riscos sobre síndromes geriàtriques (caigudes, nafres, nutrició, síndrome confusional aguda) en les unitats d'internament sociosanitari
Fita:	95%
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	La valoració del risc dels sindromes geriàtrics permetrà adequar les mesures assistencials per tal de millorar la qualitat assistencial dels pacients ingressats.
Construcció de l'indicador:	**Numerador:** nombre de pacients amb valoració de riscos sobre síndromes geriàtriques. Denominador: nombre de pacients ingressats.
Font d'informació:	CMBD-SS (RUG)

OBJECTIU	Potenciar el programa ATDOM
Indicador:	% de població amb criteris de fragilitat de 75 anys o més assignada a l'EAP atesa en el programa ATDOM.
Fita:	80%
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	Les persones fràgils constitueixen un grup especialment vulnerable a l'atenció primària, que ha de tenir un acurat seguiment mitjançant l'ATDOM
Construcció de l'indicador:	**Numerador:** població amb criteris de fragilitat de 75 anys o més assignada a l'EAP atesa en el programa ATDOM **Denominador:** població amb criteris de fragilitat de 75 anys o més assignada a l'EAP
Font d'informació:	HCAP

OBJECTIU	Reduir l'estada mitjana dels pacient ingressats per fractura de fèmur
Indicador:	Estada mitjana de pacients ingressats per fractura de fèmur en hospitals d'aguts. Estada mitjana de pacients ingressats per fractura de fèmur en convalescència
Fita:	Reduir al 5% l'estada mitjana
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	L'estada mitjana de les persones amb fractura de fèmur als hospitals d'aguts s'hauria d'anar reduint i els malats haurien de ser traslladats a unitats de convalescència que garanteixen una atenció contínua en règim hospitalari, però a un cost sanitari menor.
Construcció de l'indicador:	Mitjana de dies d'ingrés
Font d'informació:	CMBD ss

OBJECTIU	Reduir les infeccions nosocomials en els centres sociosanitaris de llarga estada
Indicador:	Prevalença d'infecció nosocomial en els centres sociosanitaris de llarga estada
Fita:	Prevalença global < 7%
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	L'índex d'infecció nosocomail constitueix un bon indicador de qualitat de qualsevol centre d'hospitalització.
Construcció de l'indicador:	**Numerador:** nombre de pacients amb infecció nosocomial **Denominador:** nombre de pacients ingressats
Font d'informació:	CMBD / estudi de prevalença EPINCAT

9. Bibliografia

9. Bibliografia

Casado D, Lopez-Casasnovas G. Vellesa, dependència i atencions de llarga durada. Col. Estudis Socials 6. Barcelona: Fundació "la Caixa"; 2001

Defensor del pueblo. La atención Sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. [Monografia en Internet]*. Madrid: Defensor del pueblo. Informes monogràficos;2000; [accés 10 de novembre de 2005].Disponible en: http://www.defensordelpueblo.es/documentacion/informesmonograficos

Defensor del pueblo. Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario. [Monografia en Internet]*. Madrid: Defensor del pueblo. Informes monogràficos; 2005; [accés 10 de novembre de 2005].Disponible a: http://www.defensordelpueblo.es/documentacion/informesmonograficos/INFORMEDANIO.zip

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

Elvira D, Rodriguez 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. 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; [accés8 de maig 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. 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. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social; 2002

Generalitat de Catalunya. Llibre Blanc de la Gent Gran amb dependència. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social; 2002

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

Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2003

Generalitat de Catalunya. Persones amb discapacitat. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família; 2003

9. Bibliografia

Generalitat de Catalunya. Millorem l'atenció sanitària a les persones grans. Divisió d'Atenció Sociosanitària. 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. 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. 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. 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. 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.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. Barcelona: Institut de l'envelliment. Universitat Autònoma de Barcelona; 2004

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. [ìnternet] Madrid: INE;2000 [accés 8 de maig de 2005]. Disponible a: 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. Barcelona: Document de treball; 2005

Roy P, Ruiz JM (editores) Recomendaciones terapeúticas 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; [accés 10 de juny de 2006].Disponible a:
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]* [accés 8 de juny de 2005]. Disponible a: www.secpal.com/guiacp/index.php

10. Actors del Pla

10. Actors del Pla

EQUIP DEL PLA DIRECTOR SOCIOSANITARI

Maria Luisa de la Puente Martorell
Directora general
Direcció General de Planificació i Avaluació

Manel Balcells Díaz
Secretari
Secretaria d'Estratègia i Coordinació (2004-abril 2006)

Carmen Caja López
Directora
Pla Director Sociosanitari

Antoni Salva Casanovas
Director
Pla Director Sociosanitari

Cristina Minguell Comas
Secretària tècnica

Lluïsa Belmonte Espuña
Administrativa

Anna Codina Ridao
Administrativa

COL·LABORADORS DEL DEPARTAMENT DE SALUT

Secretaria General

Marta Segura Bonet
Secretària general

Maria Josep Borràs Pascual
Assessoria jurídica

Mercè Grau Bonàs
Assessoria jurídica

Direcció General de Planificació i Avaluació

Dolors Costa Sampere
Adjunta de direcció

Ricard Tresserras Gaju
Sotsdirector

Roger Pla Farnós
Oficina de Coordinació Plans Directors i Planificació Operativa

Lluís Bohigas Santasusagna
Oficina d'Anàlisi Econòmica i Estratègies d'Informació

Elena Calvo València
Coordinació Plans Interdepartamentals

David Elvira Martínez
Oficina d'Anàlisi Econòmica i Estratègies d'Informació

Pilar Brugulat Guiteras
Servei del Pla de Salut

Carme Medina Molina
Servei del Pla de Salut

Genís Garcia Lorente
Unitat d'Anàlisi Demanda d'Informació

Salvi Juncà Valdor
Unitat d'Anàlisi Demanda d'Informació

Josep Fusté Sugrañes
Unitat de Mapa Sanitari

Mercè Mercader Menéndez
Unitat de Planificació Operativa

Carme Beni Pardo
Unitat de Planificació operativa

Laura Sampietro-Colom
Unitat de Plans Estratègics

Diana Altabella Arrufat
Oficina de Coordinació de Plans Directors i Planificació Operativa

10. Actors del Pla

Direcció General de Salut Pública

Antoni Plasència Taradach
Director general

Carmen Cabezas Peña
Sotsdirectora general de promoció de la salut

Direcció General de Recursos Sanitaris

Rafael Manzanera López
Director general

Albert Navarro Anadon
Gerència de la direcció

Lluis Josep Torralba Novella
Sotsdirector general

Rosa Gispert Magarola
Servei Informació i Estudis

Delegacions Territorials

Sebastià Barranco Tomás
Regió Sanitària de Lleida

Teresa Elias Aldosa
Regió Sanitària Alt Pirineus i Aran

Ramon Pujol Martínez
Regió Sanitària Alt Pirineus i Aran

Pilar Magrinyà Piñol
Regió Sanitària Camp de Tarragona

Josep Maria Sabaté Guasch
Regió Sanitària Camp de Tarragona

Teresa Rabada Arnau
Regió Sanitària Camp de Tarragona

Ismael Roldan Bermejo
Regió Sanitària Terres de l'Ebre

Josep Faba Piñol
Regió Sanitària Terres de l'Ebre

Ferran Cordon Granados
Regió Sanitària de Girona

Maria Teresa Faixedas Brunsoms
Regió Sanitària de Girona

Antoni Sans Miret
Regió Sanitària Catalunya Central

Teresa Lapiedra Andrés
Regió Sanitària de Girona

Enric Mangas Monge
Regió Sanitària de Barcelona

Remei Juncadella Pianeli
Regió Sanitària Catalunya Central

Josep Ganduxé Soler
Regió Sanitària de Barcelona

Rosa Riera Anguera
Regió Sanitària Catalunya Central

Gerard Ferrer Gadía
Regió Sanitària de Lleida

Alejandro Guarga Rojas
Regió Sanitària de Barcelona

Marta Gabernet Foix
Regió Sanitària de Lleida

Montserrat Puigdollers García
Regió Sanitària de Barcelona

Felip Benavent Viladegut
Regió Sanitària Alt Pirineus i Aran

Servei Català de la Salut

Enric Agustí Fabré
Subdirecció

Francesc Brossa Linares
Gerència compra i avaluació de serveis assistencials

Josep Maria Argimon Pallás
Divisió d'avaluació de serveis

Carme Casas Puig
Divisió compra serveis assistencials

Pau Azpilicueta Aguilar
Divisió compra serveis assistencials

CONSELL ASSESSOR

Gómez Batiste-Alentorn, Xavier
President del Consell Assessor sociosanitari

Caja López, Carmen
Directora del Pla Director Sociosanitari

Salvà Casanovas, Antoni
Director del Pla Director Sociosanitari

Minguell Comas, Cristina
Secretària tècnica del Consell Pla Director Sociosanitari

Membres

Abenoza Guardiola, Montserrat
Societat Catalanobalear de Rehabilitació

Agustí Fabré, Enric
Subdirecció del CatSalut

Aguilar Barbera, Miquel
Hospital Mútua de Terrassa

Altimir Losada, Salvador
Societat Catalanobalear de Geriatria i Gerontologia

Andreu Daufi, Lourdes
Associació Catalana de Traumàtics Cranioencefàlics

Aranzana Martínez, Antoni
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Barba Boada, Rafael
Unió Catalana d'Hospitals

Bayés Sopena, Ramon
Universitat Autònoma de Barcelona

Bel Muntada, Xavier
Corporació Sanitària Parc Taulí

Bernabeu Guitart, Montserrat
Institut Guttman

Boixadera Vendrell Mireia
Associació Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya

Bové Padrós, Margarita
Associació de pares de fills amb espina bífida

Bret Garriga, Montserrat
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

10. Actors del Pla

Cabanes Duran, Concepción
Associació Catalana d'Infermeria

Calvo López, Antonio
Departament de Benestar i Família

Campistol Plana, Jaume
Hospital Sant Joan de Déu

Casas Puig, Carmen
Servei Català de la Salut

Cegri Lombardo, Francisco
Institut Català de la Salut

Cervera Alemany, Antoni Ma
Institut d'atenció Geriatrica i Sociosanitària-IMAS

Corrales Baz, Esther
Institut Català d'Oncologia

Cucurella Fabregat, Eulàlia
Alzheimer Catalunya

Cugat Leserus, Mario
Federació d'Associacions de Persones Grans de Catalunya

Escarrabill Sanglas, Joan
Institut Català de la Salut

Figueras Masip, Emili
Associació Paraplèjics i Grans Minusvalies a Catalunya

Fontanals de Nadal, Maria Dulce
Fundació SAR

Garcia Navarro, José Augusto
Consorci Hospitalari de Catalunya

Giner Quiñonero, Maria Rosa
Federació d'Associacions de Malalts d'Alzheimer

Grande Cabezas, Emili
Federació ECOM

Grenzner Fonoll, Vicens
Institut Català de la Salut

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

Limón Ramírez, Esther
Institut Català de la Salut

Llambés Morera, Antoni
Institut Català de la Salut

Loncan Vidal, Pilar
Societat Bioètica ACMB

López Pousa, Secundi
Institut d'Assistència Sanitària Girona

Minguell Comas, Cristina
Associació de Titulats en Salut Pública de Catalunya (AMASPUB)

Nabal Vicuña, Maria
Hospital Arnau de Vilanova

Pascual, Antoni
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Picaza Vila, Josep Maria
Institut Català de la Salut

Pifarré Matas, Gemma.
Departament de Benestar i Família

Póo Argulles, Pilar
Hospital Sant Joan de Déu

Puig Ustrell, Francesc
Associació Catalana de Residències Assistencials

Ramírez Ribas, Josep Mª
Fundació Institut Guttmann

Reñé Ramírez, Ramon
Societat Catalana de Neurologia

Rios Capella, Núria
Grup d'Afectats d'Esclerosi Múltiple

Riquelme Olivares, Mercè
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Roca Casas, Jordi
Hospital de la Santa Creu de Vic

Roca i Roger, Montserrat
Ajuntament de Granollers

Rodríguez Mesa, Dulce
Societat Catalanobalear de Cures Pal·liatives

Roman Lopez, José
Associació Catalana d'Establiments Sanitaris

Rosell Simon, Mireia
Corporació Parc Taulí

Rovira Campos, Esther
Departament de Benestar i Família

Sala Rovira, Carme
Fundació Hospital Sant Llàtzer

Sánchez Ferrín, Pau
Consorci Sanitari Integral

Sánchez i Sánchez, Ana
Federació Catalana de Malalties Neurològiques Poc Freqüents

Santacruz Saura, Víctor
Hospital de la Santa Creu de Tortosa

Santos Gallego, Carme
Clínica Barceloneta

Sastre Garriga, Jaume
Fundació Esclerosi Múltiple –FEM

Solans Mestre, Mercè
Institut Guttman

Tàrraga Mestre, Lluís
Fundació ACE

Tarruella Tomas, Conxita
Federació ECOM

Trelis Navarro, Jordi
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Trias Jover, Assumpta
Institut Català de la Salut

Tudela Fernández, Jordi
COCARMI

Vaqueiro Subirats, Montserrat
Corporació Sanitària Parc Taulí

Vernet Aguiló, Fina
Societat Espanyola d'Infermeria Geriàtrica i Gerontològica

COMISSIÓ PERMANENT

Caja López, Carmen
Directora del Pla Director Sociosanitari

Salvà Casanovas, Antoni
Director del Pla Director Sociosanitari

Minguell Comas, Cristina
Secretària Tècnica Consell Pla Director Sociosanitari

Gómez Batiste-Alentorn, Xavier
President del Consell Assessor

Barba Boada, Rafael
Unió Catalana d'Hospitals

Bret Garriga, Montserrat
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Rovira Campos, Esther
Departament de Benestar i Família

López Pousa, Secundi
Institut Assistència Sanitària Girona

Roca Casas, Jordi
Hospital de la Santa Creu de Vic

Trelis Navarro, Jordi
Institut Català Oncologia

Tries, Assumpta
Institut Català de la Salut

Ramírez Ribas, Josep Maria
Fundació Institut Gutmann

Sánchez Ferrín, Pau
Consorci Sanitari Integral

Vernet Aguiló, Josefina
Societat Espanyola d'Infermeria Geriàtrica

GRUPS DE TREBALL

Demències i geriatria

Altimir Losada, Salvador
Societat Catalanobalear de Geriatria i Gerontologia

Aranzana Martí, Antonio
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Cervera Alemany, Antoni Ma
Institut d'atenció Geriàtrica i Sociosanitària-IMAS

García Navarro, José Augusto
Consorci Hospitalari Catalunya

López Pousa, Secundi
Institut Assistència Sanitària Girona

Limón Ramírez, Esther
Institut Català de la Salut

Bulbena Vilarrassa, Antoni
Institut d'atenció Psiquiàtrica - IMAS

Malalties neurològiques

Abenoza Guardiola, Montserrat
Societat Catalanobalear de Rehabilitació

Aguilar Barbera, Miquel
Mútua de Terrassa

Andreu Daufi, Lourdes
Associació Catalana de Traumàtics Cranioencefàlics – TRACE

Bel Muntada, Xavier
Corporació Sanitària Parc Taulí

Bernabeu Guitart, Montserrat
Institut Gutmann

Tàrraga Mestre, Lluís
Fundació ACE

Minguell Comas, Cristina
Departament de Salut

Picaza Vila, Josep Maria
Institut Català de la Salut

Reñé Ramírez, Ramon
Societat Catalanobalear de Neurologia

Sánchez Ferrín, Pau
Consorci Sanitari Integral

Trias Jover, Assumpta
Institut Català de la Salut

Vernet Aguiló, Fina
Societat Espanyola d'Infermeria Geriàtrica

Cegri Lombardo, Paco
Institut Català de la Salut

Bret Garriga, Montserrat
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Campistol Plana, Jaume
Hospital Sant Joan de Déu

Illa Sendra, Isabel
Hospital Santa Creu i Sant Pau

Llambés Morera, Antoni
Institut Català de la Salut

Loncan Vidal, Pilar
Societat de Bioètica ACMB

Minguell Comas, Cristina
Departament de Salut

Pifarré Matas, Gemma
Departament de Benestar i Familia

Ramírez Ribas, Josep Maria
Fundació Institut Gutmann

Roca Roger, Montserrat
Ajuntament de Granollers

Rosell Simon, Mireia
Corporació Sanitària Parc Taulí

Solans Mestre, Mercé
Institut Guttmann

Tarruella Tomás, Conxita
Federació ECOM

Vaqueiro Subirats, Montserrat
Corporació Sanitària Parc Taulí

Roca Roger, Montserrat
Ajuntament 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
Societat Catalano Balear de Cures Pal.liatives

Sastre Garriga, Jaume
Fundació Esclerosi Múltiple-FEM

Cures pal·liatives

Bayés Sopena, Ramon
Universitat Autònoma de Barcelona

Corrales Baz, Esther
Institut Català d'Oncologia

Gómez-Batista Alentorn, Xavier
Servei Cures Pal·liatives
Institut Català Oncologia

Grenzner Fonoll, Vicens
Metge de família

Limón Ramírez, Esther
Institut Català de la Salut

Loncan Vidal, Pilar
Societat de Bioètica ACMB

Minguell Comas, Cristina
Departament de Salut

Nabal Vicuña, Maria
Hospital Arnau de Vilanova

Pascual, Antoni
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Riquelme Olivares, Mercè
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Roca Casas, Jordi
Hospital de la Santa Creu de Vic

Rodríguez Mesa, Dulce
Societat Catalano Balear de Cures Pal.liatives

Sala Rovira, Carme
Fundació Hospital Sant Llàtzer

Santacruz Saura, Víctor
Hospital de la Santa Creu de Tortosa

Trelis Navarro, Jordi
Institut Català Oncologia Germans Trias i Pujol

Trias Jover, Assumpta
Institut Català de Salut

11. Annex

11. Annex

11.1. Llistat d'acrònims

ABS: Àrea Bàsica de Salut
AP: Atenció Primària
APS: Atenció Primària de Salut
CAP: Centre d'atenció primària
CatSalut: Servei Català de la Salut
CCHPR: Classificació clínica per a la recerca de polítiques sanitàries d'hospitalització
CMBD: Registre del conjunt mínim bàsic de dades
CMBDAH: Registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'atenció hospitalària
CMBDSS: Registre del conjunt mínim bàsic de dades sociosanitàri
CSSS: Centre Sociosanitàries
CV: Convalescència
DAFO: Debilitats, amenaces, fortaleses i oportunitats
DGPA: Direcció General de Planificació i Avaluació
DOGC: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
EAP: Equip d'atenció Primària
EAIA: Equip d'Avaluació Integral Ambulatòria
EBS: Esperança de Vida en Bona Salut
ESCA: Enquesta de Salut de Catalunya 2002
EV: Esperança de vida
EVLI: Esperança de Vida Lliure d'Incapacitat
GTS: Governs de territorials de salut
ICS: Institut Català de la Salut
LLE: Llarga estada
MEP: Mitja estada polivalent
OMS: Organització Mundial de la Salut
MND: Malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat
PADES: Programa d'Atenció Domiciliària Equips de Suport
PIUC: Pla Integral d'Urgències de Catalunya
PRODEP: Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència
PVAA: Programa Vida als Anys
RCA: Registre Central d'Assegurats
RS: Regió sanitària
TCE: traumatisme cranioencefàlic
UCP: Unitat de cures pal·liatives
UFISS: Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries
UGA: Unitats d'aguts de geriatria als hospitals d'aguts

11.2. Decret

Decret de creació per el qual es crea el Pla director sociosanitari i el seu Consell Assessor (Decret 39/2006 DOGC 4594 data 16-03-2006).

12350 Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 4594 – 16.3.2006

la delegació prèvia, per un altre càrrec electe del mateix consistori.

6.2 Els òrgans de govern dels consorcis, i en especial el seu consell rector, informaran periòdicament de les activitats del consorci als consells de representants locals que preveu l'apartat anterior, als quals se'ls donarà coneixement, igualment, sobre el procés d'ordenació del territori en l'àmbit de la salut pel que fa a les funcions que tinguin encomanades.

Disposicions addicionals

—1.1 En el moment que entrin en funcionament, els governs territorials de salut iniciaran l'exercici de la seva activitat, de conformitat amb les directrius del Departament de Salut i del Servei Català de la Salut i en funció de les característiques i requeriments dels seus territoris de referència, en els àmbits de treball que s'indiquen a continuació:

a) Pla de salut del territori: coneixement del diagnòstic de salut del territori i dels objectius de salut en relació amb els diversos nivells (salut pública, atenció especialitzada, primària, sociosanitària i de salut mental) i qualsevol altre àmbit que es consideri necessari.

a) Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública i pla de serveis del territori que identifiqui els recursos disponibles i previsibles (econòmics, humans, tecnològics, operatius, etc.).

b) Establiment dels objectius anuals, orientacions i/o prioritats en relació amb el pressupost assignat basant-se en la població.

c) Establiment dels criteris i instruments de mesura de les activitats dutes a terme i els resultats obtinguts respecte a la qualitat, l'equitat i la satisfacció de les persones usuàries dels serveis de salut.

d) Avaluació de resultats i elaboració d'una memòria anual que inclogui conclusions i recomanacions i que es presentarà al Consell de Direcció del Servei Català de la Salut.

1.2 Aquests instruments conformaran el pla estratègic plurianual, que s'avaluarà anualment.

—2 Els governs territorials de salut, dins del seu abast geogràfic, assumiran els encàrrecs que les diverses administracions que hi participen considerin oportú conferir-los.

—3 Els governs territorials de salut estan facultats per exercir activitats d'ordenació vinculades als serveis assistencials a la ciutadania i, especialment, si s'escau, respecte a les matèries que plantegin punts de connexió entre els àmbits sanitari i social. En aquest supòsit, en els consorcis hi haurà de participar el Departament de Benestar i Família, que alhora n'esdevindrà l'interlocutor pel que fa a les competències que estan sota la seva responsabilitat.

—4 La participació en l'òrgan de govern territorial de salut dels agents socials s'adaptarà a la regulació general que faci la Generalitat de Catalunya en aquestes matèries. En qualsevol cas, la participació a la qual es fa referència no haurà de ser més tard d'un termini de sis mesos comptador des de la publicació d'aquest Decret.

—5 La prestació de la cartera de serveis de salut pública, en especial pel que fa als àmbits específics de la protecció de la salut i de la monitorització i vigilància epidemiològica, es durà a terme de manera congruent amb el desplegament de l'Agència de Protecció de la Salut i, si escau, en el moment que se'n materialitzi la creació, l'Agència de Salut Pública. En aquest sentit, els governs territorials de salut s'adaptaran a l'estructura organitzativa i a les funcions encomanades a aquestes agències, amb les quals establiran els mecanismes de coordinació oportuns.

—6 L'abast geogràfic dels governs territorials de salut s'haurà d'adaptar a les modificacions de l'organització territorial que estableixi la Generalitat de Catalunya.

Disposicions finals

—1 Aquest Decret entrarà en vigor als 20 dies de la publicació al DOGC.

—2 El present Decret respectarà el règim propi del Consorci Sanitari de Barcelona, articulat de conformitat amb el que determinen la disposició addicional 14 de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya i l'article 61.7 de la Llei 22/1998, de 29 de desembre, de la Carta Municipal de Barcelona, així com el del territori de Era Val d'Aran, atès el contingut del Decret 354/2001, de 18 de desembre, de transferència de competències de la Generalitat de Catalunya al Conselh Generau dera Val d'Aran en matèria de sanitat (DOGC núm. 3544, de 2.1.2002).

Barcelona, 14 de març de 2006

Pasqual Maragall i Mira
President de la Generalitat de Catalunya

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

(06. 061. 064)

DECRET
39/2006, de 14 de març, pel qual es crea el Pla director sociosanitari i el seu Consell Assessor.

La Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, així com la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, preveuen que el sistema sanitari ha d'estar orientat a la promoció de la salut i a la prevenció de la malaltia. Així mateix, la disposició addicional cinquena de la Llei 15/1990, precitada, estableix que s'ha de procedir a enllestir el desplegament gradual i harmònic dels recursos institucionals sanitaris, d'acord amb els barems internacionalment reconeguts, tot desenvolupant un model d'atenció i organització específica per a les persones grans amb malalties invalidants i malalties terminals.

Al seu torn, l'article 62 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, va crear el Pla de Salut de Catalunya com l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria, en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya. Així mateix, l'article 64 d'aquesta Llei estableix que correspon al Departament de Salut formular els criteris generals de la planificació sanitària i també fixar els objectius, els índexs i els nivells bàsics a assolir en les matèries que s'inclouen en el Pla de Salut de Catalunya.

L'estructura demogràfica de la població de Catalunya tendeix, des de fa anys, al progressiu envelliment i en una expectativa de vida que actualment és de les més altes del món. Cal, per tant, adequar els dispositius assistencials a les necessitats de salut específiques del col·lectiu de gent gran per tal d'afavorir un envelliment confortable i reduir la morbiditat associada a l'edat.

Des d'aquesta perspectiva, és una prioritat per al Departament de Salut fixar les directrius de l'atenció a la salut de la gent gran mitjançant instruments de planificació específics que, en el context global dels objectius i intervencions del Pla de Salut de Catalunya per a l'atenció a l'envelliment, defineixi les estratègies de salut adreçades a aquest col·lectiu.

Així, els serveis d'atenció primària adreçats a la gent gran s'orienten a adequar la resposta assistencial, en aquest estadi de l'atenció sanitària, a les necessitats de salut d'aquest grup de població, amb l'objectiu últim de prevenir la malaltia i la discapacitat i retardar la dependència associada a l'envelliment.

El Pla director sociosanitari haurà de dedicar també especial atenció a les malalties neurodegeneratives i el dany cerebral i definir les estratègies que permetin organitzar una atenció que tingui en compte les necessitats especials de les persones afectades.

Amb aquesta finalitat com a instrument de planificació singular, que defineixi les estratègies de prevenció i lluita de les malalties que afecten les persones incloses en els grups abans esmentats, es crea el Pla director sociosanitari, que haurà de fixar, amb una periodicitat de tres anys, els objectius de l'atenció sociosanitària i determinar les actuacions a realitzar per assolir-los.

La planificació de l'atenció sociosanitària ha de comptar també, per ser més eficaç, amb la col·laboració i el suport d'experts en aquesta matèria, que s'articularà a través del Consell Assessor sociosanitari, que es crea amb aquest Decret.

Per articular territorialment el Pla director sociosanitari i partint de l'estructura de descentralització organitzativa del sistema sanitari de Catalunya, s'ha previst la vinculació del pla director a les estructures per a la governabilitat territorial que es constitueixin en l'àmbit de la salut per adaptar els objectius del Pla a les especificitats del seu territori de referència i vetllar per la seva aplicació en aquest àmbit. En aquesta mateixa vessant de vertebració del Pla a la realitat assistencial, al Servei Català de la Salut, com a ens responsable de la contractació de serveis de salut, li correspon garantir que les entitats proveïdores de serveis assumeixin els objectius del Pla i executin actuacions assistencials concretes per fer-lo efectiu.

A l'empara del que preveu l'article 61 de la Llei 13/1989, de 14 de desembre, d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat de Catalunya, d'acord amb el dictamen de la Comissió Jurídica Assessora, a proposta de la consellera de Salut, i amb la deliberació prèvia del Govern,

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 4594 – 16.3.2006 12351

DECRETO:

Article 1

1.1 Es crea el Pla director sociosanitari com a instrument d'informació, estudi i proposta mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions a desenvolupar en els àmbits de les cures pal·liatives, la malaltia d'Alzheimer i altres demències, l'atenció geriàtrica, l'atenció a persones amb malalties neurodegeneratives i el dany cerebral.

1.2 El Pla director sociosanitari ha de definir les estratègies que es tinguin en compte en la determinació dels objectius de salut i operacionals que ha de fixar el Pla de Salut de Catalunya en els àmbits assenyalats en l'apartat anterior.

1.3 Els objectius del Pla director sociosanitari s'han d'adaptar a la realitat del territori de referència de les estructures per a la governabilitat territorial que es constitueixin en cada moment en l'àmbit de la salut, que vetllaran pel desenvolupament d'aquests objectius, d'acord amb les directrius que fixi el Departament de Salut.

1.4 El Servei Català de la Salut mitjançant els convenis i contractes de gestió de serveis sanitaris que formalitzi amb les entitats proveïdores de serveis sanitaris haurà de vetllar per tal que aquestes entitats duguin a terme les actuacions preventives, assistencials i organitzatives necessàries per donar resposta als objectius del Pla director sociosanitari.

Article 2

2.1 El Pla director sociosanitari té per funcions:

a) Analitzar i revisar les necessitats de salut específiques del col·lectiu de gent gran.

b) Proposar àrees prioritàries d'actuació en l'àmbit de l'assistència de les malalties cròniques, de les malalties terminals, de la malaltia d'Alzheimer i altres demències o trastorns cognitius, de les síndromes geriàtriques i de les malalties neurodegeneratives i el dany cerebral.

c) Definir les mesures que cal adoptar des del punt de vista de la planificació, l'ordenació i l'avaluació dels serveis sociosanitaris per tal d'adequar els dispositius assistencials a les necessitats de salut específiques del col·lectiu de gent gran.

d) Proposar mesures perquè l'assistència d'aquestes malalties es dugui a terme d'una forma coordinada entre els diferents nivells assistencials i promoure l'atenció integral.

e) Desenvolupar guies de pràctica clínica sobre problemes prevalents en l'àmbit de l'atenció sociosanitària.

f) Desenvolupar mesures que permetin analitzar si les disponibilitats dels professionals i les professionals de l'àmbit sociosanitari, tant des d'una perspectiva qualitativa com quantitativa s'ajusta a les necessitats socials i potenciar mecanismes de motivació dels i les professionals.

g) Desenvolupar estàndards de qualitat d'atenció d'aquestes malalties.

h) Dissenyar plans d'actuació per fomentar la recerca i la docència en l'àmbit sociosanitari.

i) Formular propostes per desenvolupar el marc normatiu que potenciï la prevenció i l'atenció de qualitat d'aquestes malalties.

2.2 En el desenvolupament d'aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant de les seves necessitats.

Article 3

El Pla director sociosanitari serà aprovat pel Govern de la Generalitat de Catalunya, a proposta del conseller o la consellera de Salut i tindrà una vigència de 3 anys.

Article 4

4.1 La direcció del Pla director sociosanitari s'assumirà, en règim de codirecció, per dues persones professionals expertes en l'àmbit sociosanitari amb vinculació, funcionària, estatutària de serveis de salut o laboral del Departament de Salut o dels ens i organismes que hi són adscrits, les quals seran nomenades pel conseller o la consellera de Salut a proposta conjunta del secretari o la secretària d'Estratègia i Coordinació i del director o la directora general de Planificació i Avaluació. Les designacions per desenvolupar les funcions de codirecció del Pla no suposen l'accés a nous llocs de treball, ni donen lloc, per tant, a la consolidació de drets a aquest respecte.

4.2 Corresponen als codirectors o codirectores del Pla director sociosanitari les funcions següents:

a) Impulsar, dirigir i coordinar els treballs tècnics del Consell Assessor, a què fa referència l'article 5 d'aquest Decret, en el procés d'elaboració del Pla, fixar-ne els objectius generals i específics i les prioritats, la programació d'actuacions i els calendaris d'execució.

b) Proposar els criteris per a la coordinació dels aspectes principals del procés d'elaboració del Pla director sociosanitari.

c) Formular la proposta de Pla director sociosanitari en cadascun dels camps d'actuació assenyalats a l'article 2 d'aquest Decret i elevar-la al secretari o la secretària d'Estratègia i Coordinació i al director o la directora general de Planificació i Avaluació, per a la seva proposta conjunta al conseller o la conseller/a de Salut.

d) Definir i concretar les actuacions a executar sobre la base dels objectius fixats i proposar-les als òrgans competents.

e) Impulsar i fer el seguiment de la implantació del Pla en les diferents regions sanitàries de Catalunya.

f) Efectuar l'avaluació del procés d'aplicació del Pla.

4.3 Per desenvolupar les funcions que té encomanades, la codirecció del Pla comptarà amb el suport tècnic i administratiu del Departament de Salut i amb l'assessorament del Consell Assessor al qual fa referència l'article 5.

Article 5

Es crea el Consell Assessor Sociosanitari com a òrgan assessor del Departament de Salut en l'àmbit de l'atenció sociosanitària, i s'adscriu a la Direcció General de Planificació i Avaluació, la qual donarà el suport administratiu i de gestió al Consell Assessor, actuant en coordinació amb la Secretaria d'Estratègia i Coordinació.

Article 6

6.1 Corresponen al Consell Assessor Sociosanitari les funcions següents:

a) Prestar el seu assessorament en totes les actuacions que es derivin del procés d'elaboració i d'implantació del Pla.

b) Revisar i valorar la documentació necessària per a l'elaboració del Pla.

c) Elaborar i elevar a la codirecció del Pla director sociosanitari les propostes i suggeriments que consideri oportuns i els informes tècnics que recullin les recomanacions del Consell Assessor en cadascun dels camps d'actuació que d'acord amb l'article 2 d'aquest Decret integren el Pla director sociosanitari.

d) Donar assessorament científic i tècnic en les tasques d'implantació, avaluació i actualització del Pla director sociosanitari.

e) Avaluar l'evolució dels plans directors sociosanitaris i emetre informes prospectius sobre noves necessitats que orientin la seva evolució futura i actualització.

6.2 La producció científica del Consell Assessor ha de tenir en compte, si escau, les guies de pràctica clínica i els protocols generats per altres institucions i per la mateixa Administració sanitària.

Article 7

7.1 El Consell Assessor Sociosanitari es compon dels membres següents:

a) President/a.

b) Vicepresident/a: un/una representant del Departament de Benestar i Família.

c) Coordinadors o coordinadores: els directors o les directores del Pla director sociosanitari, que tenen assignades les funcions de coordinar el desenvolupament de les funcions del Consell Assessor i de garantir el suport tècnic i administratiu d'aquest òrgan.

d) Vocals: fins a un màxim de 60 persones, totes elles expertes i de reconeguda solvència en l'àmbit sociosanitari vinculades a les universitats catalanes, a centres sanitaris, a l'àmbit de l'atenció primària, a col·legis professionals de l'àmbit de les ciències de la salut, a institucions i centres de recerca biomèdica, a societats científiques, a associacions de pacients i familiars, a associacions d'usuaris i usuàries, a entitats o grups de dones amb activitat en l'àmbit de salut de les dones i a les administracions sanitàries.

7.2 Les persones vocals són nomenades pel/per la conseller/a de Salut, a proposta dels òrgans rectors de les entitats respectives. El/la president/a és nomenat o nomenada lliurament pel conseller o la consellera de Salut. En la composició del Consell Assessor es procurarà assolir la presència d'un nombre de dones que representi un mínim del 50% del total de persones membres d'aquest òrgan col·legiat.

7.3 Assumirà la secretaria del Consell, amb veu i sense vot, un tècnic o tècnica del Departament de Salut.

7.4 Les persones membres del Consell Assessor Sociosanitari podran rebre les dietes i les indemnitzacions que els corresponguin, d'acord amb la normativa vigent.

Article 8

El funcionament i el règim d'adopció d'acords del Consell Assessor Sociosanitari s'han d'ajustar a les disposicions generals reguladores dels òrgans col·legiats.

Article 9

Per a un millor funcionament, el Consell Assessor Sociosanitari pot exercir les seves funcions en Plenari i en Comissió Permanent.

Article 10

10.1 Correspon, en tot cas, al Plenari proposar a la codirecció del Pla criteris per a la coordinació dels principals aspectes d'elaboració del Pla, fixar un calendari de reunions del Consell Assessor i determinar propostes d'objectius a executar per la Comissió Permanent.

10.2 En qualsevol cas, el Plenari s'ha de reunir en sessió ordinària almenys una vegada a l'any i en sessió extraordinària sempre que el convoqui la presidència, per iniciativa pròpia o a petició d'un mínim d'un terç dels seus membres.

Article 11

Correspon a la Comissió Permanent que es creï executar les funcions de l'article 6 que li siguin delegades pel Plenari.

Article 12

12.1 La Comissió Permanent que es creï la componen el/la president/a, els coordinadors o coordinadores i un nombre màxim de 20 vocals, designats pel conseller o consellera de Salut d'entre els membres del plenari.

12.2 Assumirà la secretaria de la Comissió Permanent que es creï un tècnic o tècnica del Departament de Salut.

12.3 En qualsevol cas, la Comissió Permanent que es creï s'ha de reunir en sessió ordinària almenys tres vegades a l'any i en sessió extraordinària sempre que el convoqui la presidència, per iniciativa pròpia o a petició d'un mínim d'un terç dels seus membres.

Article 13

13.1 En el Consell Assessor Sociosanitari es constituiran els grups de treball que el president o la presidenta del Consell, a proposta de la codirecció del pla, a proposta de qualsevol vocal o, per iniciativa pròpia, consideri necessari per al millor desenvolupament de les funcions d'aquest òrgan.

13.2 Els grups de treball estan constituïts per membres del Consell Assessor, i, si s'escau, per persones expertes externes en l'àmbit material específic que es tracti.

13.3 Al capdavant de cada grup de treball hi ha una persona responsable que ha de ser membre de la Comissió Permanent que es creï, amb les funcions de dirigir i coordinar el grup, de fixar el pla de treball i la proposta d'actuacions els quals s'hauran d'ajustar als continguts i al calendari de treball que determini el plenari.

13.4 Les propostes que cada grup de treball elabori s'han de recollir en un informe tècnic, que s'elevarà al plenari per a la seva aprovació.

Disposició addicional

Única

El Departament de Salut haurà de sotmetre a l'aprovació del Govern el primer Pla director sociosanitari en el termini màxim de 6 mesos a partir de l'entrada en vigor d'aquest Decret.

Disposició final

Única

Aquest Decret entrarà en vigor l'endemà de la seva publicació al DOGC.

Barcelona, 14 de març de 2006

Pasqual Maragall i Mira
President de la Generalitat de Catalunya

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

(06.052.119)

DECRET

40/2006, de 14 de març, pel qual es crea el Pla director d'immigració i cooperació en l'àmbit de la salut i el seu Consell Assessor.

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

Al seu torn, l'article 62 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, va crear el Pla de salut de Catalunya com l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria, en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya. Així mateix, l'article 64 d'aquesta Llei estableix que correspon al Departament de Salut formular els criteris generals de la planificació sanitària i també fixar els objectius, els índexs i els nivells bàsics que s'han d'assolir en les matèries que s'inclouen en el Pla de salut de Catalunya.

La presència de població immigrant a Catalunya és un fenomen creixent i que, probablement, s'incrementarà significativament els propers anys. Sovint es tracta de persones que provenen de països amb estructures sanitàries amb deficiències, i la seva atenció requereix la necessària previsió en la planificació sanitària, que contingui les seves necessitats i especificitats culturals singulars, per afavorir un accés en condicions d'igualtat real amb la resta de la població.

Des d'aquesta perspectiva, correspon al Departament de Salut fixar les directrius de l'atenció a la salut de la població immigrant mitjançant un instrument específic de planificació que, en el context global de les actuacions de la Generalitat adreçades a la població immigrant estrangera resident a Catalunya, incloent-hi la participació de les associacions i entitats d'immigrants, i tenint en compte els objectius i intervencions del Pla de salut de Catalunya, defineixi les estratègies de salut adreçades específicament a aquest col·lectiu.

D'altra banda, en el marc general de les actuacions de cooperació en el desenvolupament que du a terme el Govern de la Generalitat, l'atenció a les necessitats de salut de la població i la col·laboració en el desenvolupament de xarxes de serveis d'atenció sanitària autòctons, sens dubte, té un paper preponderant, com a element indispensable per millorar la qualitat de vida i reduir la mortalitat en els països menys desenvolupats. El Departament de Salut, de manera consensuada amb l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (ACCD), les organitzacions de cooperants, els professionals i el món científic, ha d'elaborar els criteris que han de regir les actuacions de cooperació sanitària i fixar-ne els objectius.

Amb aquesta finalitat es crea el Pla director d'immigració i cooperació en l'àmbit de la salut, que haurà de fixar, amb una periodicitat de tres anys, els objectius de l'atenció a la població immigrant estrangera i de la cooperació sanitària en el desenvolupament i establir les actuacions per assolir-los.

El Departament de Salut, en aquesta tasca de planificació, ha de tenir el suport i la col·laboració d'experts en aquest àmbit, que s'articularà a través del Consell Assessor d'Immigració i Cooperació en l'Àmbit de la Salut, que es crea amb aquest Decret.

Per articular territorialment el Pla director d'immigració i cooperació en l'àmbit de la salut i partint de l'estructura de descentralització organitzativa del sistema sanitari de Catalunya, s'ha previst la vinculació del Pla director a les estructures per a la governabilitat territorial que es constitueixin en l'àmbit de la salut per adaptar els objectius del Pla a les especificitats del seu territori de referència i vetllar perquè s'apliqui en aquest àmbit. En aquesta mateixa vessant de vertebració del Pla a la realitat assistencial, al Servei Català de la Salut, com a ens responsable de la contractació de serveis de salut, li correspon garantir que les entitats proveïdores de serveis assumeixin els objectius del Pla i executin actuacions assistencials concretes per fer-lo efectiu.

A l'empara del que preveu l'article 61 de la Llei 13/1989, de 14 de desembre, d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat de Catalunya, d'acord amb el dictamen de la Comissió Jurídica Assessora, a proposta de la consellera de Salut, i amb la deliberació prèvia del Govern,

Decreto:

Article 1

1.1 Es crea el Pla director d'immigració i cooperació en l'àmbit de la salut com a instrument d'informació, estudi i proposta mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per impulsar, planificar coordinar i avaluar les actuacions que s'han de desenvolupar per tal de donar resposta als problemes de salut específics de la població immigrant i l'atenció a la diversitat. Així mateix, és objecte d'aquest Pla elaborar els criteris que han de regir les actuacions de cooperació sanitària i fixar-ne els objectius.

1.2 El Pla director d'immigració i cooperació en l'àmbit de la salut ha de definir les estratègies que s'han de tenir en compte en la determinació del Pla de salut de Catalunya en l'àmbit dels problemes de salut específics de la població immigrant.

1.3 Els objectius i les actuacions que es fixin en el marc del Pla director d'immigració i cooperació en l'àmbit de la salut s'hauran d'elaborar en coordinació amb la Comissió Interdepartamental d'Immigració, la Secretaria per a la Immigració i, si s'escau, l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament.

1.4 Els objectius del Pla director d'immigració i cooperació s'han d'adaptar a la realitat del territori de referència de les estructures per a la governabilitat territorial que es constitueixin en cada moment en l'àmbit de la salut, que vetllaran pel desenvolupament d'aquests objectius,

www.gencat.cat/salut