

La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña

A. Salvà-Casanovas, D. Llevadot, M. Miró, M. Vilalta y J.C. Rovira

Divisió d'Atenció Sociosanitària. Programa Vida Als Anys. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut. Barcelona. España.

RESUMEN

En 1986, el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya creó el programa Vida Als Anys, destinado a la atención de las personas mayores enfermas, a los enfermos crónicos y a las personas en situación terminal. Desde entonces se ha producido un crecimiento cuantitativo de los recursos y se ha constituido una red de servicios sociosanitarios de utilización pública; además, se ha llevado a cabo una diversificación de los servicios que responde a criterios de necesidad y de planificación según los cuatro grandes ejes de actividad propia de Vida als Anys: la atención geriátrica, los cuidados paliativos, la atención a personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias y la atención a personas con enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral.

La creación de esta red ha permitido la aplicación de un modelo de atención geriátrica propio basado en la valoración integral y en el trabajo en equipo multidisciplinario, con actuaciones en distintos ámbitos asistenciales que tienen en cuenta la transversalidad necesaria en los procesos de atención para garantizar la continuidad de los cuidados.

En Cataluña hay 91 hospitales o centros sociosanitarios con 88 unidades de larga estancia (5.564 camas) y 90 unidades de media estancia (2.023 camas), 63 hospitales de día (1.516 plazas), 53 equipos de valoración y soporte en el hospital de agudos (UFSS: 25 de geriatría, 20 de paliativos, 8 mixtos), 68 equipos de soporte a la atención domiciliaria (PADES) y 42 equipos de valoración integral ambulatoria en geriatría, cuidados paliativos o deterioro cognitivo.

Palabras clave

Atención geriátrica. Valores socioeconómicos. Cataluña.

Care of the elderly. One of the pillars of medical and social services in Catalonia (Spain)

ABSTRACT

In 1986 the Department of Health and Social Security of the Generalitat of Catalonia created the Vida Als Anys Programme. The

Correspondencia: Antoni Salvà Casanovas.

Divisió de Atenció Sociosanitària. Servei Català de la Salut. Travessera de les Corts, 131-159. 08028 Barcelona. España.

Correo electrónico: 18581asc@comb.es

Recibido el 7-01-04; aceptado el 9-02-04.

aim of this programme was to provide care to elderly individuals with chronic conditions or terminal diseases. Since then, the number of resources has increased, constituting a public network of medical and social services. In addition, the services have been diversified to respond to the needs and planning specified by the Vida Als Anys programme in four areas: geriatric care, palliative care, care of people with Alzheimer's disease and other dementias, and care of individuals with neurodegenerative diseases and brain damage.

This network has allowed a specific model of geriatric care, based on the comprehensive assessment of the patient by a multidisciplinary team, to be put into practice. The team acts at different levels of care, thus guaranteeing continuity of care. In Catalonia there are 91 hospitals or centres with 88 long-stay units (5564 beds), 90 medium-stay units (2023 beds) and 63 day hospitals (1516 places). There are 53 teams that assess the patient and provide support to the acute hospital team (functional interdisciplinary health and social services units: 25 teams for geriatrics, 20 teams for palliative care and 8 mixed teams), 68 teams that provide support to home care services, and 42 outpatient units for comprehensive assessment in geriatrics, palliative care and cognitive impairment.

Key words

Geriatric care. Socioeconomic values. Catalonia.

INTRODUCCIÓN

El 17,4% de la población de Cataluña tiene 65 o más años, lo que representa 1.104.113 personas. El 4,06% tiene más de 79 años y supone 257.934 personas¹.

Según las estimaciones del Instituto de Estadística de Cataluña para los próximos años, estas cifras van a continuar aumentando, de manera que en el año 2015, el porcentaje de mayores de 64 años será del 19,1% y el de más de 79 del 5,86% (378.000 personas)². Esto significa un incremento del 54% sobre la cifra actual.

El fenómeno demográfico del envejecimiento de la población es el reflejo de una sociedad avanzada, con una esperanza de vida elevada, una baja mortalidad infantil y una baja natalidad. Este acontecimiento, nuevo por cuanto es la primera vez en la historia que se presenta, representa un reto para nuestra sociedad y hace evidente y necesario lo que por otra parte deberíamos

demandar sin apoyarnos en este hecho demográfico: una organización asistencial y un modelo de atención adaptado a las necesidades de las personas mayores. Esta demanda debe basarse en 3 hechos fundamentales. La existencia de una población diana bien identificada con necesidades específicas, la existencia de modelos organizativos distintos adaptados y la evidencia científica de estrategias de intervención que son capaces de obtener mejores resultados en términos de mejora funcional y, en definitiva, de calidad de vida. Además de todo ello, en el marco de una sanidad pública, la utilización adecuada de los recursos es necesaria para garantizar un uso sostenible y eficiente del dinero público. El objetivo de este artículo es revisar brevemente la situación actual de los recursos sociosanitarios en Cataluña y, de manera especial, de los dedicados a atención geriátrica.

Objetivos de salud para las personas mayores

Los objetivos de salud para las personas mayores deben adaptarse a las características de cada uno de los subgrupos de población.

1. Promoción de la salud y prevención de la discapacidad para las personas mayores autónomas. Los aspectos preventivos deben iniciarse en etapas jóvenes de la vida, aunque pueden y deben continuar en edades avanzadas.

2. Comprimir la morbilidad y retardar la aparición de la dependencia y la institucionalización, ayudando a mantener a las personas mayores en su domicilio, con la mayor calidad de vida posible y priorizando estrategias de identificación de personas con mayor riesgo de pérdida de autonomía, comorbilidad y síndromes geriátricos que pueden beneficiarse de una intervención rehabilitadora y terapéutica más intensa.

3. Atención en la fase aguda de la enfermedad sin discriminación por criterios de edad, considerando el riesgo-beneficio en las diferentes estrategias terapéuticas.

4. Atención rehabilitadora para conseguir el máximo nivel de autonomía posible en la fase postaguda o de convalecencia y en enfermedades crónicas con tendencia a la discapacidad.

5. Atención a las personas dependientes para las actividades de la vida diaria y en las situaciones de enfermedad avanzada y terminal con objetivos de bienestar, control de síntomas y mejor calidad de vida posible.

Para poder avanzar en la consecución de estos objetivos es necesaria la adaptación de todos los niveles asistenciales de atención primaria y atención hospitalaria, así como la creación de recursos especializados en atención geriátrica y sociosanitaria. Naturalmente, el resultado final también dependerá de la existencia de una red de servicios sociales, tanto institucionales como de soporte a domicilio o en centros diurnos. Su descripción está fuera de los objetivos del presente trabajo.

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN CATALUÑA. EL PROGRAMA VIDA ALS ANYS

En 1986, el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya creó el programa Vida Als Anys destinado a la atención de las personas mayores enfermas, a los enfermos crónicos y a las personas en situación terminal³.

En 1999 se publicó en el Diari Oficial de la Generalitat (DOGC) el decreto 242/1999 de 31 de agosto de creación de la Red de servicios sociosanitarios de utilización pública de Cataluña⁴ y en el 2000 una reorganización del Servei Català de la Salut propició la creación de la División de atención sociosanitaria dentro del Àrea Sanitària⁵. Otras normativas, como la de autorización de centros y establecimientos sociosanitarios⁶, por las que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización o la orden de estándares de calidad servicios⁷, por la que se regulan los estándares de calidad que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública, o el decreto de creación de las unidades de valoración integral ambulatoria en geriatría, trastornos cognitivos o cuidados paliativos (Decreto 163/2002, de 11 de junio, por el cual se regula la actividad de evaluación integral ambulatoria en geriatría, cuidados paliativos y trastornos cognitivos que puede contractar el Servei Català de la Salut) completan y consolidan desde un punto de vista administrativo y normativo los servicios sociosanitarios en Cataluña.

SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

El desarrollo de los servicios sociosanitarios en Cataluña se ha producido en dos sentidos fundamentales: en primer lugar, el crecimiento cuantitativo de los recursos disponibles por la vía de la contratación con entidades proveedoras de titularidad diversa (empresas públicas, consorcios, fundaciones, empresas privadas, etc.), con lo que se ha constituido una red de servicios sociosanitarios de utilización pública. En segundo lugar, la diversificación de los servicios respondiendo a criterios de necesidad y de planificación y, a su vez, sobre la base de los cuatro grandes ejes de competencia de Vida als Anys: la atención geriátrica, los cuidados paliativos, la atención a personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias y la atención a personas con enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral.

En general, los recursos se agrupan en servicios de internamiento de media o larga estancia, de atención ambulatoria y equipos de valoración y soporte (tabla 1). La creación de esta red ha permitido la aplicación de un modelo de atención geriátrica propio basado en la valoración integral y en el trabajo en equipo multidisciplinario⁸ con actuaciones en distintos ámbitos asistenciales que tienen en cuenta la transversalidad necesaria en los

TABLA 1. Cartera de servicios sociosanitarios

<i>Atención ambulatoria</i>	<i>Hospitalización</i>	<i>Equipos de soporte</i>
Hospitales de día	Media estancia	En el hospital
Geriatricos	Convalecencia	UFISS de geriatría
Psicogeriatricos	Cuidados paliativos	UFISS de paliativos
Enfermos crónicos evolutivos	Psicogeriatría	UFISS mixtas
	Polivalente	En atención primaria
Unidades de diagnóstico geriátrico	Larga estancia	PADES
Unidades de diagnóstico de demencias	General	
Unidades de diagnóstico de paliativos	Psicogeriatría	
	Grandes discapacitados	
	Sida	

UFISS: unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria; PADES: programa de atención domiciliaria equipo de soporte.

TABLA 2. Indicadores de recursos por cada servicio

	<i>Larga estancia</i>	<i>Media estancia CV + CP</i>	<i>Media estancia Convalecencia</i>	<i>Cuidados paliativos</i>	<i>Hospital de día</i>	<i>PADES</i>
Camas o plazas por 1.000 habitantes > 64 años	5	2	1,8	–	1,5	–
Equipos/100.000 habitantes	–	–	–	–	–	1
Camas por 1.000 habitantes	–	–	–	0,06	–	–

CV: convalecencia; CP: cuidados paliativos; PADES: programa de atención domiciliaria equipo de soporte.

procesos de atención para garantizar la continuidad de los cuidados. Estos servicios constituyen una parte importante de los recursos necesarios para la atención a personas mayores enfermas y están integrados en el conjunto del sistema sanitario catalán con una buena coordinación con los servicios de agudos y de atención primaria.

En Cataluña hay 91 hospitales o centros sociosanitarios, con 88 unidades de larga estancia y 90 unidades de media estancia. Estas unidades se ubican en su mayoría en centros sociosanitarios (equivalentes a hospitales de media y larga estancia). Hay también unidades sociosanitarias ubicadas en hospitales de agudos y unidades sociosanitarias en hospitales psiquiátricos.

Distribución territorial de los recursos

Para garantizar una distribución equitativa de los recursos se han definido las áreas de influencia sociosanitaria que se encuentran fijadas por los flujos de pacientes en un territorio determinado. Cataluña queda dividida, según estos criterios de planificación, en 37 áreas, 4 de las cuales corresponden a la sectorización de la ciudad de Barcelona. La distribución de los recursos en estas áreas se realiza según 2 criterios principales: la dotación global de recursos necesarios según indicadores

generales previamente definidos (tabla 2) y la distribución de cada tipología de servicio siguiendo el criterio de mayor polivalencia en áreas de menor población, y viceversa (tabla 3).

En las tablas 4 y 5 se resume la dotación de cada uno de los servicios contratados a 31 de diciembre de 2003.

Cartera de servicios

Hospitalización

Unidades geriátricas de agudos: la red de hospitales de agudos de utilización pública de Cataluña agrupa 64 hospitales con un total de 14.740 camas. El año 2002 se dieron 675.992 altas a cargo del Servei Català de la Salut. La estancia media de estas altas fue de 5,8 días. El 36,2% de las altas fue de personas de 65 y 85 años de edad⁹.

Algunas características, como la presencia de múltiples diagnósticos, la facilidad con que se producen nuevos problemas como la pérdida de autonomía, la desnutrición o el síndrome confusional agudo y la mayor dificultad en la toma de decisiones clínicas complejas frente a personas de edad avanzada con enfermedades crónicas y a menudo con discapacidad, obliga a una

TABLA 3. Criterios básicos de distribución de recursos según tamaño de la población

<i>Servicio</i>	<i>Área de influencia < 50.000 habitantes</i>	<i>Área de influencia 50.000-100.000 habitantes</i>	<i>Área de influencia 100.000-250.000 habitantes</i>	<i>Área de influencia > 250.000 habitantes</i>
N.º áreas	9	8	10	10
Larga estancia	Sí	Sí	Sí	Sí
Larga estancia Alzheimer y otras demencias	No	Sí	Sí	Sí
Larga estancia. Neurodegenerativas y daño cerebral	No	No	Sí/No	Sí
Media estancia. Convalecencia	No	Sí/No	Sí	Sí
Media estancia. Cuidados paliativos	No	Sí/No	Sí	Sí
Media estancia. Alzheimer y otras demencias	No	Sí/No	Sí	Sí
Media estancia polivalente	Sí	Sí	No	Además de la unidad específica
Hospital de día geriátrico	Sí	Sí	Sí	Sí
Hospital de día Alzheimer y otras demencias	No	Sí	Sí	Sí
Hospital de día. Neurodegenerativas	No	No	Sí/No	Sí
Unidad de diagnóstico de demencias	Consulta externa polivalente	Consulta externa polivalente	Referente	Referente
Unidad de valoración geriátrica ambulatoria	Consulta externa polivalente	Consulta externa polivalente	Referente	Referente
Unidad de valoración ambulatoria. Cuidados paliativos	Consulta externa polivalente	Consulta externa polivalente	Referente	Referente
PADES	Sí	Sí	Sí	Sí
UFISS geriatría y UFISS paliativos	En hospitales terciarios y de referencia			
UFISS mixtas	En hospitales generales básicos			
Unidades geriátricas de agudos (UGA)	En hospitales terciarios y de referencia			

PADES: programa atención domiciliaria equipo de soporte; UFISS: unidades funcionales interdisciplinarias socio sanitarias.

TABLA 4. Dotación de servicios socio sanitarios de hospitalización y hospital de día. Tasas calculadas de acuerdo con los datos de población del padrón de 2001

<i>Servicio</i>	<i>Unidades</i>	<i>Camas/plazas</i>	<i>Camas/1.000 habitantes > 64 años</i>
Media estancia	90	2.023	1,7
Convalecencia	45	1.428	1,2
Cuidados paliativos	30	372	0,057 ^a
Polivalentes	15	223	0,2
Larga estancia	88	5.564	4,7
Total internamiento	91 centros socio sanitarios	7,587	6,4
Hospital de día	63	1.516	1,19

^aCamas por 1.000 habitantes.

TABLA 5. Dotación de servicios de atención ambulatoria y equipos de valoración y soporte en 2001

	<i>Geriatría</i>	<i>Paliativos</i>	<i>Mixtos</i>
UFISS	25	20	8
PADES	-	-	68

	<i>Geriatría</i>	<i>Paliativos</i>	<i>Demencias</i>	<i>Polivalentes</i>
Unidades de valoración integral ambulatoria	9	7	21	5

PADES: programa de atención domiciliaria equipo de soporte; UFISS: unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias.

mejor formación de todos los profesionales en atención geriátrica y al desarrollo de unidades específicas de geriatría.

En Cataluña hay actualmente 6 unidades de geriatría de agudos. Forman parte de la cartera de servicios de hospitalización de agudos y no de la cartera de servicios de atención sociosanitaria.

Unidades de media estancia

Convalecencia-subagudos: los cuidados de media estancia y subagudos son los prestados por un equipo multidisciplinario orientados a tratar, inmediatamente después de un proceso agudo, uno o más problemas médicos complejos o a administrar uno o más tratamientos técnicamente complejos, a menudo en el contexto de una persona con problemas crónicos de larga duración y que no necesita previsiblemente alta tecnología, aunque sí atención médica y alta intensidad de cuidados de enfermería y de rehabilitación¹⁰. La recuperación en las capacidades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria es uno de los objetivos más importantes. Estas unidades están ubicadas en hospitales de agudos o en centros sociosanitarios con las características necesarias para ofrecer el servicio. Los diagnósticos más prevalentes en este tipo de unidades son las fracturas de fémur, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades cardiorespiratorias¹¹. En la figura 1 se resumen los principales diagnósticos de los pacientes dados de alta.

Actualmente hay 45 unidades con un total de 1.428 camas (media de 31,7 camas por unidad). Entre éstas se encuentran las camas de las unidades de media estancia para enfermedad de Alzheimer y otras demencias, agrupadas en 10 unidades puestas en funcionamiento a partir del año 2000. Además, hay 15 unidades de media estancia polivalente que atienden a pacientes de convalecencia y de cuidados paliativos, indistintamente, en zonas geográficas de menor concentración poblacional.

En las unidades de media estancia-convalecencia se atendió en el año 2002 a 12.074 pacientes, con 10.884

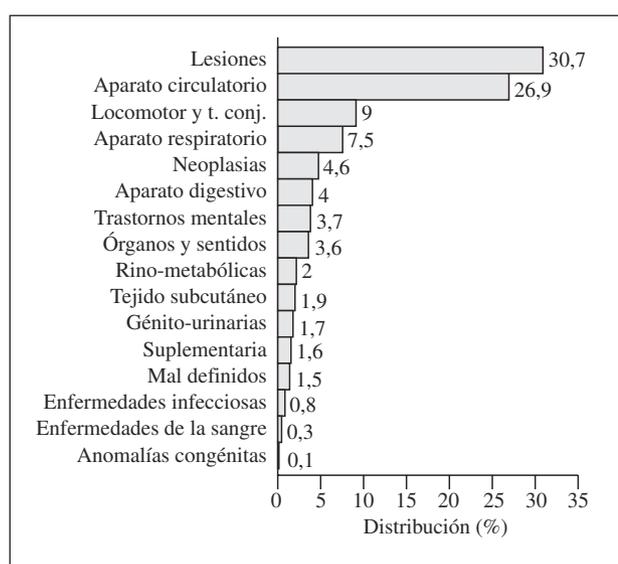


Figura 1. Diagnósticos principales en las unidades de convalecencia-subagudos. Datos del conjunto mínimo básico de datos sociosanitario (sobre 4.431 altas).

altas y una estancia media de 40,8 días. La mortalidad en los pacientes dados de alta en unidades de convalecencia es del 12%. Los pacientes ingresan en las unidades de convalecencia sobre todo desde los servicios hospitalarios (83,9%), en el 54,3% de los casos después de la valoración de una UFISS (unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria). El resto procede del domicilio remitido por atención primaria o por un equipo PADES (programa de atención domiciliaria equipo de soporte). El 64% de las altas son a domicilio, mientras que el 23% van a una unidad de larga estancia o a una residencia.

Cuidados paliativos

Se trata de unidades destinadas a pacientes en situación avanzada o terminal, con el objetivo de favorecer el bienestar y la calidad de vida.

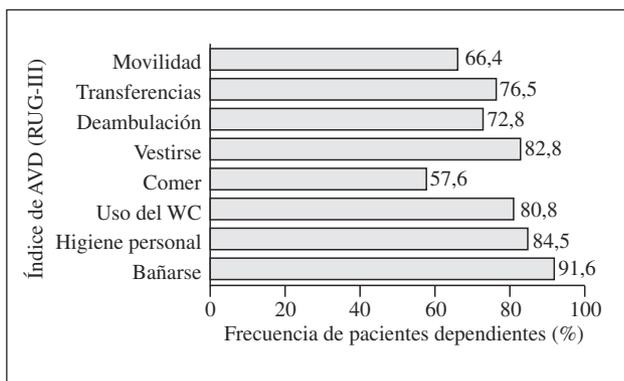


Figura 2. Dependencia para las actividades de la vida diaria en las unidades de larga estancia. Datos del conjunto m3nimo b3sico de datos socio sanitario (sobre 9.392 altas).

Atienden sobre todo a enfermos de c3ncer. Muchos de ellos presentan en la fase terminal necesidades espec3ficas de valoraci3n y tratamiento de los s3ntomas (dolor, anorexia, debilidad, n3useas, estreñimiento, disnea, etc.), as3 como el abordaje del soporte emocional al paciente y a las familias.

Est3n ubicadas en centros socio sanitarios o en hospitales de agudos.

Actualmente hay 30 unidades de cuidados paliativos con contrato socio sanitario de media estancia. Adem3s, hay 2 unidades en hospitales con contrato de agudos.

En el a3o 2002 se atendió a 4.974 pacientes en las diferentes unidades de cuidados paliativos, con una estancia media de 21,4 d3as. Los pacientes provienen tanto de los hospitales de agudos como de atenci3n primaria. La mortalidad en estas unidades es del 68%.

Media estancia polivalente

Destinada a la atenci3n de convalecencia y cuidados paliativos en unidades que, por su dimensi3n y criterios de planificaci3n, no pueden realizar estas actividades de una manera espec3fica.

Unidades de larga estancia

Son unidades ubicadas en los centros socio sanitarios o en los hospitales de agudos destinadas a la atenci3n de personas con enfermedades cr3nicas o secuelas de enfermedades agudas, con frecuencia con elevados grados de dependencia para las actividades de la vida diaria y una situaci3n medico social que no permite su mantenimiento en el domicilio. Sus objetivos m3s importantes son el bienestar, la calidad de vida y el control de los s3ntomas proporcionado mediante cuidados de enfermer3a, m3dicos y de rehabilitaci3n de mantenimiento. Estas unidades, que deben tener una cierta rotaci3n (entre 2 y 4 pacientes/a3o/cama), tienen per3odos de estancias

muy variables entre sus usuarios ya que, si bien cualquier paciente puede ser dado de alta si la situaci3n se estabiliza y puede ser atendido en su domicilio o en una residencia, una buena parte de los pacientes necesitan una atenci3n continuada y no es posible su alta durante el curso de su enfermedad.

Hay 88 unidades de larga estancia con un total de 5.511 camas, con una media de 62,6 camas por unidad (adem3s de 4 unidades para pacientes con sida, con 53 camas). En su conjunto se atendió en el a3o 2002 a 12.829 pacientes y se dieron 7.811 altas, con una estancia media de 174,5 d3as⁹.

Seg3n datos obtenidos del CMBDSS-2001 en 9.392 pacientes, 3stos tienen al ingreso en las unidades de larga estancia importantes porcentajes de dependencia para las actividades b3sicas de la vida diaria (fig. 2).

Dentro de las unidades de larga estancia podemos distinguir unidades espec3ficas para la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, de psicogeriatr3a para personas mayores de 65 a3os y enfermedad mental cr3nica, unidades para grandes discapacitados y unidades para personas con sida.

Atenci3n ambulatoria

Hospitales de d3a

Est3n destinados a personas mayores con enfermedad o a enfermos cr3nicos que requieren medidas integrales de soporte, rehabilitaci3n, tratamiento, o diagn3stico y seguimiento especializado en r3gimen ambulatorio. Tambi3n en el hospital de d3a podemos diferenciar los hospitales de d3a para pacientes con enfermedad de Alzheimer u otras demencias. En este caso, son el lugar adecuado para establecer programas de estimulaci3n cognitiva, est3mulo y mantenimiento para las actividades de la vida diaria, y soporte y formaci3n de la familia. Finalmente, hay hospitales de d3a orientados espec3ficamente a la atenci3n de personas con enfermedades neurodegenerativas, como la esclerosis m3ltiple, la corea de Huntington o las enfermedades neuromusculares que requieren una rehabilitaci3n integral y continuada.

En conjunto hay actualmente 63 unidades con 1.516 plazas. En el a3o 2002 se atendió a 5.190 pacientes y dieron 3.453 altas. La estancia media fue de 49,8 d3as⁹.

Unidades de valoraci3n integral ambulatoria en geriatr3a, trastornos cognitivos y cuidados paliativos

Est3n constituidas por equipos multidisciplinarios especializados, con capacidad para realizar un diagn3stico etiol3gico e integral de las necesidades y proponer un programa terap3utico. Deben estar ubicadas en hospitales de agudos o en centros socio sanitarios con estructura de personal y tecnol3gica para realizar el proceso diag-

nóstico. Deben conocer o estar muy vinculadas al resto de los recursos sociosanitarios para poder desempeñar un verdadero papel de gestor de casos si la situación lo requiere.

A poder ser, deben organizarse de forma que el proceso diagnóstico se realice con el mínimo número de desplazamientos posibles por parte del paciente (concepto de hospital de día evaluador). Como su nombre indica, se diferencian según su actividad en unidades de geriatría, de cuidados paliativos o de trastornos cognitivos.

Equipos de valoración y soporte

Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias

De geriatría, de cuidados paliativos o mixtas: desempeñan un papel importante en la introducción y promoción de la atención geriátrica o de los cuidados paliativos en el hospital. El equipo básico está formado por un médico especialista en geriatría o, en su caso, con formación avanzada en cuidados paliativos, enfermería y trabajador social. Realizan actividades de atención directa de casos complejos y ejercen un importante papel como coordinadores de recursos entre distintos niveles de atención. Hay 25 UFISS de geriatría, 20 de cuidados paliativos y 7 UFISS mixtas. Las unidades funcionales de geriatría o las mixtas con atención geriátrica son fundamentales en la introducción y promoción de la atención geriátrica o paliativa en el hospital. Su actividad debe complementarse con actividad de diagnóstico y seguimiento ambulatorio. La actuación de los equipos de valoración y soporte hospitalarios (UFISS) debe estar perfectamente coordinada con la de los otros servicios del hospital, pero también con los servicios de media, larga estancia y de continuidad, tanto institucionales como en la comunidad, para garantizar la continuidad asistencial y el cumplimiento de las propuestas terapéuticas.

Programa de atención domiciliaria equipo de soporte

Se trata de equipos de atención especializada que dan soporte a la atención primaria para la atención de casos complejos en geriatría y cuidados paliativos. Además, desempeñan un papel muy importante en la coordinación de recursos con otros niveles asistenciales y con los servicios sociales. Los PADES están formados por un profesional médico, 2 enfermeros y un trabajador social, y realizan una actividad compartida con la atención primaria. Deben estar bien coordinados con el resto de la red de atención especializada sociosanitaria.

Actualmente disponemos de 68 equipos del PADES. En 2002 se atendió a 14.497 pacientes⁹. Según datos obtenidos del CMBDSS sobre 9.904 pacientes, el 44% de los pacientes atendidos por los equipos PADES son oncológicos y el resto, geriátricos. El alta del equipo PADES es, en el 42% de los pacientes, por fallecimiento, el 50,2% de los datos de alta continúa siendo atendido por aten-

ción primaria, el 22% de los datos de alta ingresa en un centro sociosanitario y el 16% de los datos de alta ingresan en un hospital de agudos.

La atención geriátrica en la comunidad

La mayor parte de las personas mayores vive en su domicilio. La reorientación de la atención primaria para la atención de una población que envejece descansa en 3 aspectos fundamentales:

- Las actividades preventivas. La atención primaria ya ha incorporado los principales hábitos preventivos para la prevención de enfermedades cardiovasculares, que son la primera causa de morbimortalidad en las personas mayores. También se ha avanzado en la generalización de las vacunas recomendadas (virus de la gripe, neumococo y antitetánica). Sin embargo, debe añadirse otros aspectos propios de las necesidades de las personas mayores, como las recomendaciones para mantener una alimentación saludable, la realización de ejercicio físico, la prevención de caídas o el mantenimiento de una actividad social estimulante, entre otras¹².
- Detección temprana de las enfermedades más frecuentes, como las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, así como de los síndromes geriátricos prevalentes, como desnutrición, caídas de repetición, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, depresión, etc. La presencia de comorbilidad, dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria o de síndromes geriátricos configuran al grupo de personas frágiles que requerirá nuestra atención con el objetivo de realizar intervenciones tempranas eficaces para disminuir la pérdida de autonomía, principal reto durante el envejecimiento.
- Potenciación de la atención domiciliaria que favorezca el papel de la enfermera y del trabajo en equipo, y mejore la coordinación con los servicios sociales.

A estos 3 aspectos cabría añadir el necesario acceso por parte de la atención primaria a la interconsulta especializada, sea en el domicilio por parte de equipos de valoración y soporte, o ambulatoria en unidades de valoración o diagnóstico geriátrico ambulatorio.

Un documento presentado recientemente y realizado en conjunto con la división de atención primaria resume los principales aspectos a desarrollar en los próximos años en el ámbito de atención primaria¹³. También el Pla de Salut de Catalunya para el período 2002-2005 recoge los principales objetivos a abordar en relación con las personas mayores en este período¹⁴.

ATENCIÓN INTEGRAL

Uno de los principales retos de la asistencia a las personas mayores es la necesidad de funcionamiento coor-

dinado de los recursos sanitarios y sociales para su correcta utilización en función de las necesidades de los pacientes y de sus familias. Es imprescindible que para cada ámbito territorial, área de influencia en nuestro caso, los profesionales de los diferentes servicios conozcan cada uno de los recursos disponibles y sus posibilidades, y establezcan protocolos consensuados que garanticen el flujo de pacientes entre niveles y entre servicios. Ello deberá redundar en una mejor percepción de la calidad de la asistencia, así como en una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cens Població 2001 per Catalunya. Barcelona: INE, 2001.
2. Projeccions de població de Catalunya 2010-2030. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya, 1998.
3. Ordre del 29 de maig de 1996, de creació del Programa Vida Als Anys d'atenció sociosanitària a la gent gran amb llarga malaltia (DOGC núm. 694, del 18.7.1994)
4. Decret 242/ 1999, de 31 d'agost, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments sociosanitaris d'utilització pública de Catalunya.
5. Decret 260/ 2000, de 31 de juliol pel qual es despleguen l'estructura i l'organització del Servei Català de la Salut.
6. 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.
7. Ordre de 7 de maig de 2001, per la qual es regulen els estàndards de qualitat que han de complir els centres, serveis i establiments sociosanitaris d'utilització pública.
8. El Model Sociosanitari a Catalunya. Pla de Salut. Quadern núm. 5. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1994
9. Memòria d'activitat del Servei Català de la Salut 2002. La Xarxa sanitària d'utilització pública.
10. Salvà A, Martínez F, Llobet S, Vallès E, Miró M, Llevadot D. Las unidades de media estancia-convalecencia en Catalunya. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35(Supl 6):31-7.
11. Fontanals MD, Martínez F, Vallès E. Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30:189-98.
12. Salleras LL, Taberner JL, Tresserras R, Salvà A, Morera R, Martín-Zurro A, et al. Actividades preventivas en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2001;116(Supl 1):153-7.
13. Millorem l'atenció sanitària a les persones grans. Pla d'actuacions prioritàries de l'atenció primària de salut per al període 2003-2005. *CatSalut*, 2003.
14. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Estratègies de salut per a l'any 2010.