

PLAN

DE ACCIONES
SANITARIAS EN

EL ÁMBITO
SOCIOSANITARIO

DEL SERVICIO DE SALUD



**Govern
de les Illes Balears**

Conselleria
de Salut i Consum

Plan de acciones sanitarias en el ámbito socio-sanitario del Servicio de Salud

2010 - 2014

Dirección del plan

Juli Fuster Culebras
Dirección General de Planificación y Financiación

Coordinación

Rosa Maria Adrover Barceló
Adjunta a la Dirección de Curas y Coordinación Sociosanitaria

Autores

Rosa Maria Adrover Barceló
Juli Fuster Culebras
Josep Pomar Reynés
Patricia Gómez Picard
Eusebi Castaño Riera

Aportaciones

Gerencia de GESMA
Gerencia del Hospital Sant Joan de Déu
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

Edición

Consejería de Salud y Consumo
Servicio de Salud

Revisión lingüística

Bartomeu Riera Rodríguez, asesor lingüístico del Servicio de Salud

Diseño gráfico

Estudio Tamarell Negre (NetWebCompany)

Imprenta

Homar S.L.

Primera edición

Abril de 2010

Depósito legal

557-2010

ISBN

978-84-693-3408-9



Índice

PRESENTACIÓN	5
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	7
1.1. Antecedentes en el ámbito español	10
1.2. Antecedentes en el ámbito de las Islas Baleares	12
2. MODELO SOCIO-SANITARIO DE LAS ISLAS BALEARES	13
2.1. Directrices del modelo	13
2.2. Valores y principios	14
2.3. Objetivos	15
2.4. Población a la que van destinadas las actuaciones	16
3. DEFINICIÓN DE LOS RECURSOS SOCIO-SANITARIOS	19
3.1. Atención primaria	19
3.2. Unidades de hospitalización socio-sanitarias	25
3.3. Hospital de día geriátrico	30
3.4. Alternativas de valoración y derivación entre hospitales de agudos y unidades socio-sanitarias	32
4. INDICADORES ESTÁNDAR DE COBERTURA	35
5. ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS DE POBLACIÓN	37
6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS DERIVADOS DE LA ESTRUCTURA DE EDADES	39
7. CÁLCULO DE LAS NECESIDADES DE RECURSOS SANITARIOS DE TIPO SOCIO-SANITARIO	41
8. RECURSOS SANITARIOS EN EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO DE LAS ISLAS BALEARES	43
8.1. Centros socio-sanitarios públicos y concertados en el ámbito sanitario de Mallorca	43
8.2. Centros socio-sanitarios públicos y concertados en el ámbito sanitario de las Pitiusas	47
8.3. Centros socio-sanitarios públicos y concertados en el ámbito sanitario de Menorca	48
8.4. Cálculo comparativo entre recursos y necesidades de Mallorca para el año 2014	49
8.5. Cuadro comparativo entre los recursos y las necesidades de Menorca, Ibiza y Formentera para el año 2014	50
8.6. Actuaciones previstas para dar respuesta a las necesidades	50



9. CIRCUITOS DE DERIVACIÓN	53
9.1. Acceso a los recursos sanitarios en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud	53
9.2. Delimitación de sectores en Mallorca	57
10. GESTIÓN Y FINANCIACIÓN	59
11. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	61
11.1. Mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales	61
11.2. Definir los nuevos servicios según las necesidades de la población	64
11.3. Potenciar el papel de atención primaria	65
11.4. Diseñar un programa de calidad que garantice la excelencia en la prestación de los cuidados	67
11.5. Impulsar la investigación, favorecer la práctica clínica basada en la evidencia y la formación continuada de los profesionales	67
11.6. Asegurar el acceso a los recursos sociosanitarios desde cualquier nivel de la atención sanitaria	68
11.7. Desarrollar la Estrategia nacional de cuidados paliativos en las Islas Baleares	69
11.8. Implantar y difundir el Plan en el ámbito sanitario.....	71
12. ANEXOS	73
12.1. Cuadros comparativos de indicadores de cobertura de diferentes planes sociosanitarios	73
12.2. Datos de población extraídos de los planes sociosanitarios publicados en las Islas Baleares. Incrementos de población (Plan sociosanitario de 2006)	74
12.3. Población asignada a cada hospital de referencia por grupos de edad ..	75
13. BIBLIOGRAFÍA	77



PRESENTACIÓN

Uno de los objetivos de la Consejería de Salud y Consumo ha sido planificar estratégicamente aspectos relevantes para la salud en las Islas Baleares, con perdurabilidad en el tiempo, con una metodología estructurada, basándose en la evidencia científica, alcanzando el consenso de los expertos, buscando la implicación de las asociaciones y las sociedades científicas y, sobre todo, trabajando desde dentro con nuestros profesionales.

En esta línea de trabajo, disponemos del Plan estratégico del Servicio de Salud y de un conjunto de estrategias que se desarrollan en las Islas Baleares áreas como los cuidados paliativos, la diabetes, la cardiopatía isquémica, el cáncer o el ictus, entre otros.

En este ámbito, tengo la satisfacción de presentarles el Plan de acciones sanitarias en el ámbito socio-sanitario del Servicio de Salud 2010-2014.

Afortunadamente, en nuestro país tenemos una expectativa de vida de las más altas del mundo, que es la consecuencia de la mejora del estado de salud de la población. Este hecho viene acompañado del aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y de una mayor comorbilidad, que hacen que el sistema sanitario deba adaptarse a las nuevas necesidades de la población. En este escenario se sitúa el Plan que les presento, que pretende definir las acciones a desarrollar en el ámbito sanitario en los próximos años, las cuales requieren la coordinación con las otras instituciones y con los agentes responsables de la atención socio-sanitaria de las Islas Baleares.

Este Plan pretende definir la operatividad para alcanzar los objetivos que los dos planes socio-sanitarios desarrollados en los últimos años recogían. Esta operatividad fija el eje de las actuaciones en la atención primaria —muy especialmente el papel del colectivo de la enfermería— como vínculo principal de relación entre los pacientes que requieren esa atención y el sistema sanitario público.



En un plazo muy breve quedará redefinido el nuevo mapa de recursos sanitarios de las Islas Baleares con el nuevo hospital de referencia de la comunidad autónoma, el nuevo hospital de Ibiza y la ampliación de la red de centros de salud. Este mapa de recursos se completará con la reorientación de las instalaciones actuales hacia la mejora de la oferta asistencial sociosanitaria, para poder llegar a satisfacer dentro de cinco años las necesidades definidas en este Plan.

Además, con estas líneas aprovecho para agradecer a todas las personas que han participado en la elaboración del Plan su buen trabajo, que espero que se traduzca en acercar las instituciones a las necesidades de la población.

Vicenç Thomàs Mulet
Consejero de Salud y Consumo



1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los adelantos científicos y sociales, un mejor desarrollo de las condiciones de vida en nuestro entorno —especialmente respecto a mejoras en la vivienda, la alimentación, la higiene y el saneamiento— y el desarrollo de los sistemas sanitarios han permitido que las poblaciones de las sociedades avanzadas —entre las cuales la nuestra— hayan conseguido que la esperanza de vida se alargue de manera significativa.

El envejecimiento de la población es un hecho: la esperanza de vida se incrementa y las personas viven cada vez más años, pero muchas con problemas de salud crónicos que, en muchos casos, conducen a una situación de dependencia con una gran necesidad de recursos sanitarios y sociales.

Los servicios sanitarios y sociales tienen que adaptarse a la cronicidad, al envejecimiento y a la dependencia de una parte significativa de la población, lo cual requiere determinar mejoras en la organización y en las prácticas profesionales.

Existe un grupo cada vez más numeroso de personas que presentan un problema sanitario ligado a una problemática social compleja. Ningún sistema puede dar respuesta de manera independiente a sus necesidades, y estas personas, circulan entre el sistema sanitario y social sin que esté delimitado claramente cuáles son los servicios y cuáles son las responsabilidades de cada uno de los dos niveles.

El Plan de acciones sanitarias en el ámbito socio-sanitario del Servicio de Salud (en adelante, Plan) define los recursos y los circuitos para responder a las necesidades desde el ámbito sanitario como primer paso para establecer las bases que tienen que permitir la coordinación y el engranaje con el sistema social.

La aportación de la parte social es fundamental y su implicación será cada vez más necesaria para asegurar una atención adecuada, ya que los cambios sociales hacen prever que la impli-



cación actual que tienen las familias en la atención de estas personas vaya cambiando y pidan más servicios y apoyo para llevar a cabo esta tarea.

En los servicios sanitarios hay que proponer servicios dirigidos a atender a un número cada vez mayor de personas en situaciones de enfermedad crónica y de dependencia. Estos servicios deben tener las condiciones siguientes:

- Han de permitir el acceso universal, equitativo y en condiciones de igualdad.
- Deben abordar la enfermedad y la dependencia con una visión preventiva, desarrollando programas de prevención y de promoción de la salud.
- Las prestaciones deben estar dirigidas a la atención individual de las personas usuarias y tienen que estar ajustadas a su historia de vida y a su entorno familiar y social.
- Los sistemas comunes de evaluación tienen que orientar la elaboración y la gestión de los planes multidisciplinares de cuidados.
- Tener una visión integral de las personas usuarias para garantizar una actuación coordinada de los diferentes niveles de atención del ámbito sanitario y de manera coordinada con los recursos sociales.
- Debe fomentarse que las personas usuarias participen de manera activa y que se mantengan en su entorno habitual, evitando en lo posible su institucionalización.
- Todas las personas usuarias han de tener acceso a una cartera de servicios homogénea, sea cual sea el lugar de residencia.
- Los servicios tienen que ser eficaces, efectivos y eficientes y deben ofrecer una atención basada en la evidencia.
- Desarrollar sistemas de evaluación y mejora continua de la calidad de las prestaciones.

Tenemos un sistema compartimentado por muchos servicios; las personas usuarias perciben sus necesidades como un todo y no distinguen entre las que son responsabilidad del sistema sanitario y las que debería resolver el sistema social, ni tampoco qué parte del sistema sanitario tiene que darles respuesta.

De ahí nace el concepto de coordinación sociosanitaria, que pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar la continuidad de los cuidados entre estos. En España no hay un modelo uniforme de prestaciones ni de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales; hay comunidades autónomas que han desarrollado en los servicios sanitarios un tercer nivel asistencial (llamado sociosanitario) y otras que han optado por incorporar estos servicios a las diferentes redes disponibles, tanto en el nivel de atención primaria como en el hospitalario. En las Islas Baleares, la coordinación debe aplicarse en dos niveles:



- Entre los diversos servicios del mismo sistema sanitario, que es el objetivo fundamental de este Plan y que incluye programas para la atención de esta población frágil en todos los niveles asistenciales.
- Entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, planteado como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar.

En el *Libro blanco sobre la atención a personas dependientes en España*, publicado por el Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales, se plantean los siguientes criterios generales para la coordinación socio-sanitaria:¹

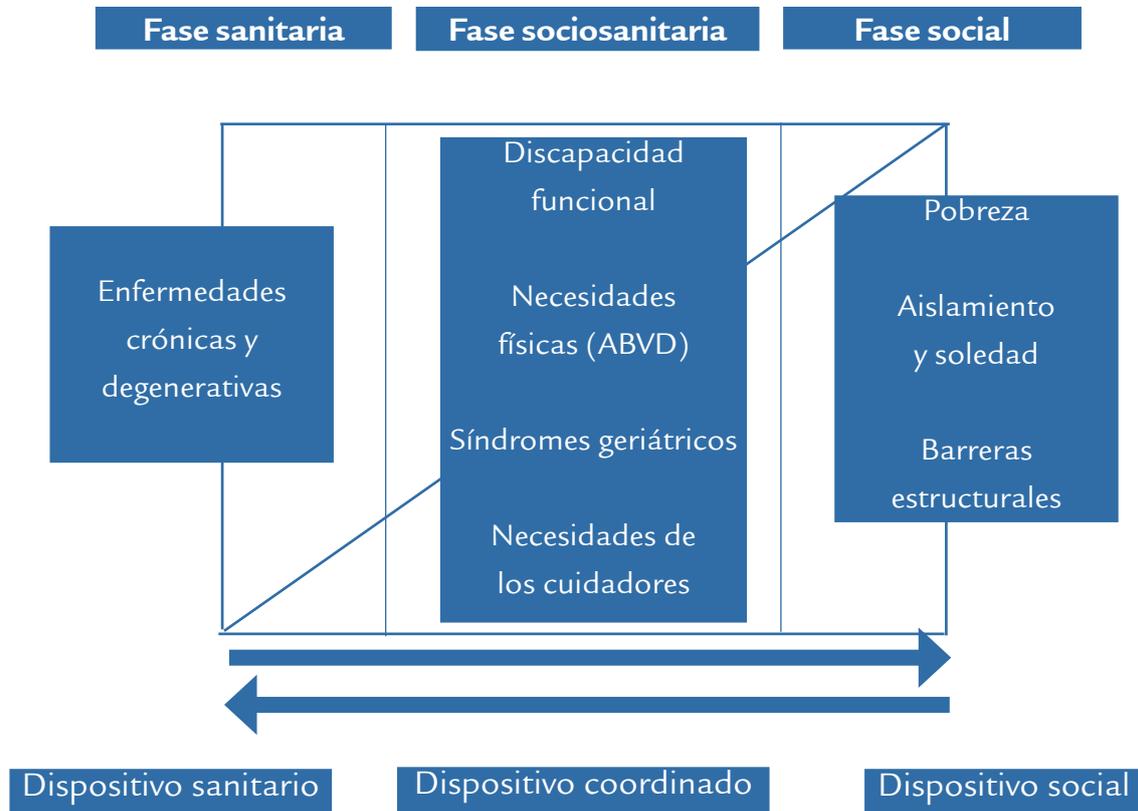
1. La coordinación no puede compensar la falta de recursos.
2. La coordinación nace del reconocimiento de la competencia de cada parte (sanitaria y social) y de la necesidad de una utilización mejor del recurso más adecuado en cada situación.
3. El acceso a los recursos sociales y sanitarios tiene que basarse en una evaluación exhaustiva a cargo de profesionales expertos.
4. La distribución equitativa de los recursos debe ser un objetivo prioritario, según las características de cada territorio.
5. Hay que acceder a los recursos de una manera descentralizada territorialmente (áreas de influencia basadas en la facilidad de acceso, en el uso natural del recurso por parte de la población y en la disponibilidad de recursos).
6. Las estructuras básicas de coordinación han de contar con profesionales expertos y deben tener territorios delimitados.

En nuestro ámbito hay administraciones y organismos diversos implicados, lo cual hace que este proceso sea complejo. Los autores del *Libro blanco*¹ proponen:

- Un modelo que garantice las prestaciones y la continuidad de los cuidados sanitarios y sociales, que se adapte a las variaciones que se produzcan en el estado de la persona usuaria.
- Un modelo de atención multiprofesional que promueva los tratamientos de rehabilitación, mantenimiento y recuperación de la persona usuaria.
- Un modelo que haga que la cooperación y la coordinación entre los gestores con competencias sociales y sanitarias sea imprescindible y que considere los aspectos siguientes:
 - la configuración de un mapa de áreas o de sectores socio-sanitarios;
 - el establecimiento de una cartera de servicios;
 - la regularización de los procedimientos, de los protocolos y de las normas de derivación de tal manera que se garantice la continuidad de los cuidados a las personas usuarias.

1.1. ANTECEDENTES EN EL ÁMBITO ESPAÑOL

- En 1991, la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Comisión Abril) propuso el esquema siguiente:



Fuente: *Fundamentos del modelo de atención socio-sanitaria. Atención en las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Cap. VII, p. 5.*

- En diciembre de 1993, se suscribió un acuerdo marco interministerial con el que se pretendía impulsar programas de actuación conjunta, para la atención a personas mayores y a personas con discapacidades, en diferentes áreas de salud de tres comunidades autónomas (Madrid, Castilla-León y Murcia). Como consecuencia de estas iniciativas, se elaboraron dos documentos de referencia:
 - Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria en personas mayores (1993)
 - Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a personas mayores (1995).
- En 1997, un acuerdo del Congreso de Diputados para la consolidación y la modernización del Sistema Nacional de Salud instó al Gobierno a “instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria”.
- En 1998, la Subsecretaría de Sanidad y Consumo –en colaboración con la Secretaría General de Asuntos Sociales, mediante el IMSERSO– decidió dar un impulso para avanzar hacia un



modelo socio-sanitario que tuviera unas bases comunes: se redactó un informe en el que se estudiaban cuáles eran las personas usuarias socio-sanitarias y las prestaciones socio-sanitarias, los sistemas de información, la clasificación de las personas usuarias, la coordinación socio-sanitaria y la financiación de la atención socio-sanitaria.

- En 2001, la Subcomisión de Planes Socio-sanitarios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud —en colaboración con la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales— publicó el documento Bases para un modelo de atención socio-sanitaria para propiciar una mayor homogeneización en los diferentes modelos de las diversas comunidades autónomas. En este trabajo se plantea la estrategia de “converger en lugar de coordinar”. Ello implica que el sistema sanitario y social confluyan en un mismo punto y después coordinar sus recursos con la finalidad de alcanzar una atención mejor y más eficaz a las demandas de la población, independientemente de quien aporte el recurso.
- El artículo 14.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud,² define la prestación socio-sanitaria así:

La atención socio-sanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus características especiales se pueden beneficiar de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sociales y sanitarios con el fin de aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

Esta Ley establece que las actuaciones que deben asumirse en el ámbito sanitario son las siguientes:

- los cuidados de larga duración;
 - la atención sanitaria en la convalecencia;
 - la rehabilitación de pacientes con un déficit funcional recuperable.
- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía y de atención a las personas en situación de dependencia,³ representa un cambio importante en el contexto de la atención socio-sanitaria, ya que establece un nuevo derecho universal para los ciudadanos: la protección en las situaciones de dependencia. Este derecho debería reducir la tradicional asimetría entre los servicios sanitarios y los servicios sociales respecto a la generación de derechos y a la disponibilidad de recursos.

En el artículo 21, esta Ley enuncia la necesidad de un desarrollo coordinado de programas entre los servicios sociales y los sanitarios, y actuaciones de promoción, prevención y de rehabilitación destinadas a personas mayores y/o a personas con discapacidades y a las que estén afectadas por procesos complejos de hospitalización.



1.2. ANTECEDENTES EN EL ÁMBITO DE LAS ISLAS BALEARES

En el ámbito de las Islas Baleares, la coordinación sociosanitaria es una cuestión que ya se ha puesto sobre la mesa con diversas iniciativas:

- El artículo 79 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Islas Baleares,⁴ prescribe que los organismos competentes tienen que establecer las medidas adecuadas para garantizar la coordinación y la interrelación entre los diferentes centros y servicios sanitarios, y también que la atención sociosanitaria debe prestarse de manera coordinada de acuerdo con las previsiones del Plan sociosanitario.
- En los últimos años, el Consejo de Gobierno aprobó dos planes sociosanitarios (el primero en 2003⁵ y el segundo en 2006⁶). La información que contienen tiene un valor muy importante para el desarrollo del Plan y representa una base sólida para la construcción de futuro.
- Por otra parte, en 2000 se desarrolló en Menorca el primer plan sociosanitario,⁷ y actualmente se está haciendo una actualización.
- En Ibiza se ha aprobado un nuevo Plan sociosanitario el mes de noviembre de 2009.



2. MODELO SOCIO-SANITARIO DE LAS ISLAS BALEARES

2.1. DIRECTRICES DEL MODELO

El modelo que sigue el Plan mantiene la diferenciación clara entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, pero crea una figura intermedia de coordinación socio-sanitaria, tanto en el ámbito técnico como en el institucional, que ha de ayudar a responder a las necesidades de la población más vulnerable y a favorecer los circuitos de comunicación y de gestión de recursos.

El sistema sanitario articulará los mecanismos necesarios para asegurar una adecuada atención sanitaria a esta población, que se podrá desarrollar con recursos propios o concertados.

Respecto a las actuaciones sanitarias, el modelo que se propone centra la actividad en el paciente y en el entorno donde se encuentra de modo más confortable, más íntimo y donde puede tener un mayor apoyo de sus familiares. Por tanto, partimos del domicilio como punto neurálgico de atención, en torno al cual se articularán la gran mayoría de recursos, y reservaremos los espacios hospitalarios o residenciales para los casos en que la necesidad —tanto de tipo asistencial como puramente social— haga necesarios dichos servicios. En este Plan se entiende el ámbito domiciliario en el sentido más amplio de la palabra: cualquier entorno que no sea hospitalario. Por tanto, en el ámbito del domicilio encontraremos situaciones diversas: personas que viven en el domicilio habitual, personas que conviven con miembros de su familia sin un domicilio estable porque pasan temporadas con diferentes cuidadores, personas que tienen como morada habitual una residencia de personas mayores, etc.

En el ámbito domiciliario adquieren mucha relevancia los equipos de atención primaria, que por su situación, formación y características se convierten en elementos clave de la atención y en el verdadero eje de los servicios a prestar. La longitudinalidad en la atención, la continuidad en los cuidados y la atención en la esfera biopsicosocial que va implícita en la atención primaria de salud se revelan como elementos imprescindibles para garantizar una atención de calidad. La propia composición de los equipos, sus programas de atención, los equipos de apoyo y la



extensión de los servicios que se van a ofrecer en el domicilio (como la rehabilitación) previstos en el Plan son avales suficientes de la importancia de este nivel asistencial.

Para complementar la atención domiciliaria, el modelo apuesta por los hospitales de día, entendidos como instrumentos eficientes que deben permitir desarrollar un plan de tratamiento y rehabilitación a nivel ambulatorio, posibilitando a la persona permanecer en su domicilio.

Para las personas que los necesiten, el Plan define recursos de hospitalización. Son recursos de convalecencia/rehabilitación y cuidados especiales destinados a los pacientes que ya están diagnosticados y que necesitan una gran intensidad de cuidados y/o rehabilitación que difícilmente se pueden ofrecer a domicilio a causa de las características sanitarias del proceso. Por tanto, requieren poca complejidad tecnológica pero un gran componente humano. Por ello los equipos de estas unidades son multidisciplinarios y polivalentes. La característica básica de estas unidades es que se hace imprescindible el **trabajo en equipo** con objetivos comunes y actuando de modo sinérgico para conseguir plantear el mejor plan de atención para las necesidades concretas de cada usuario. El trabajo en equipo que se desarrolla en estas unidades permitirá conseguir mejores resultados y una mejor organización. Las enfermeras y las auxiliares de enfermería tienen un papel clave en la realización y mantenimiento del plan conjunto de atención integral, elaborado por todos los miembros del equipo, ya que son las profesionales que están de manera permanente con las personas. La finalidad de estas unidades es conseguir la mejora o la recuperación del paciente de tal manera que le permita volver a su domicilio en el plazo más corto posible de tiempo

Igualmente en el caso de los cuidados paliativos, el modelo da preferencia a la atención centrada al domicilio y a reservar las unidades hospitalarias para los casos en que se hace imprescindible el ingreso.

2.2. VALORES Y PRINCIPIOS

Los valores y los principios definidos en los planes sociosanitarios aprobados en las Islas Baleares se mantienen vigentes. Destacamos los que han guiado la elaboración de este Plan:^{5,6}

- Atención integral.
- Atención integrada, basada en el trabajo multidisciplinario y en la continuidad asistencial centrada en las necesidades individuales y familiares.
- Atención sanitaria y social basada en criterios de calidad y equidad.
- Promoción de los valores de autonomía, dignidad y calidad de vida.
- Énfasis en las vertientes preventivas y rehabilitadoras.



- Satisfacción y participación de las personas usuarias y de sus cuidadores.
- Marco de sostenibilidad.
- Derecho a recibir una atención humana y de calidad y que las personas que sufren una enfermedad terminal tengan una muerte digna con el menor padecimiento posible.

Estos son los principios organizativos de los recursos socio-sanitarios:

- a) Globalidad: hay que garantizar y mantener la atención, sea cual sea el ámbito (domicilio, residencia, hospital, etc.) y priorizando al máximo posible que la persona usuaria esté en su casa.
- b) Permeabilidad: entre todos los recursos, las personas usuarias y los profesionales.
- c) Integralidad: constitución de un verdadero sistema de atención en vez de un conjunto aislado de servicios individuales.
- d) Combinación: como actuación aconsejable y sinérgica, hay que adoptar simultáneamente medidas generales de adaptación y de mejora de los recursos convencionales disponibles con la implementación de recursos específicos.
- e) Equidad: en la distribución de recursos, asegurando el acceso a todos los servicios, sea cual sea el lugar de residencia.

2.3. OBJETIVOS

Los objetivos del Plan son los siguientes:

- Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de las Islas Baleares que presenten conjuntamente necesidades sanitarias y sociales.
- Definir los flujos entre los diferentes niveles del sistema de salud para asegurar la atención más adecuada a los pacientes en cada momento de su proceso.
- Optimizar la efectividad y la eficiencia del sistema sanitario y la coordinación con el sistema social.
- Progresar en la accesibilidad y la equidad en la distribución de los recursos.
- Alcanzar una mayor satisfacción de las personas usuarias y de sus cuidadores.

En el Plan se definen cuáles son los recursos y se establecen las bases para desarrollar unos protocolos de derivación entre los diferentes servicios, claros y conocidos por todos los profesionales, con el fin de conseguir que las personas usuarias reciban siempre la atención más adecuada a sus necesidades. Tal como apunta el último Plan socio-sanitario (aprobado en 2006),⁶ las personas usuarias deben tener garantizados los recursos, los servicios y las prestaciones durante todo el tiempo que los necesiten. Ello significa disponer de servicios con

sistemas de acceso ágiles y flexibles, en los que hay que priorizar por encima de todo las necesidades de las personas usuarias.

2.4. POBLACIÓN A LA QUE VAN DESTINADAS LAS ACTUACIONES^{5,6}

- Personas mayores frágiles, con diferentes niveles de dependencia (vulnerables, con pluripatología, solas...).
- Personas con trastornos cognitivos y del comportamiento.
- Personas con alguna enfermedad crónica evolutiva (respiratoria, neurológica, cardiovascular, cáncer, sida, enfermedades reumatológicas graves, dolor crónico, etc.).
- Personas con enfermedades degenerativas.
- Personas con necesidad de cuidados paliativos tal como se detalla en la Estrategia autonómica de cuidados paliativos.
- Personas con grandes discapacidades físicas y que necesiten apoyo sanitario.
- Personas que sufran enfermedades raras y discapacitantes.

Los aspectos comunes que presentan estas personas y que las hacen tributarias de este tipo de atención son los siguientes:

- Enfermedad crónica (o diferentes enfermedades crónicas) evolutiva no curable con necesidad de cuidados sanitarios.
- Dependencia asociada (temporal o permanente).
- Impacto emocional.
- Impacto en el entorno familiar y afectivo.
- Tendencia a una gran demanda de cuidados.
- Ubicuidad (presencia en cualquier nivel del sistema sanitario).
- Necesidad de disponer de un tiempo de ingreso, cuando hay una descompensación de su enfermedad o la presencia de otra, para la adaptación a su nueva situación de salud.

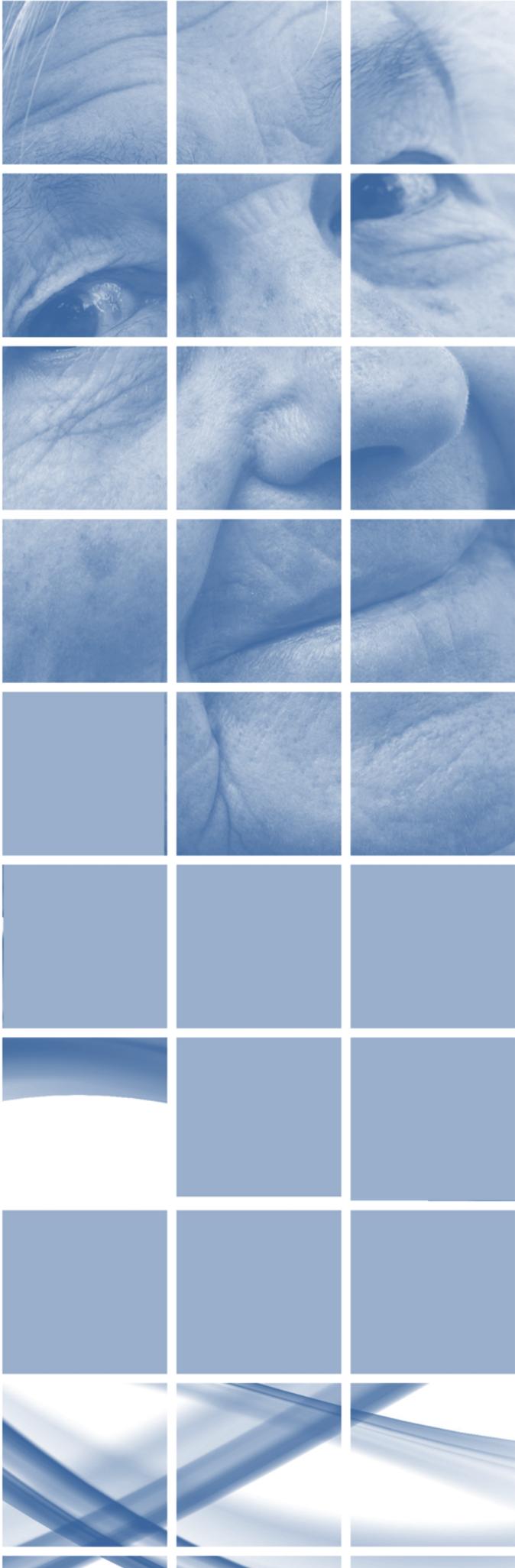
Desde un enfoque integral de las necesidades de las personas a las que se dirige este Plan —en quienes se unen la enfermedad, la discapacidad y a veces los problemas sociales—, hay que tener en cuenta tres premisas básicas:

- La persona debe estar en el nivel más idóneo para ser atendida.
- La derivación lo antes posible de un recurso a otro dependiendo de los cambios en su situación.
- Una red de recursos diversificada, dotada y coordinada.

Tabla 1. Población a la que se destinan las intervenciones y tipo de recurso más adecuado (página siguiente).



Grupos de personas	Utilización de recursos preferente	Atributos de calidad	Líneas de actuación transversales
<ul style="list-style-type: none"> · Ancianos con pluripatología descompensada y discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> - Anciano frágil, que presenta dos o más de estas condiciones: > 75 años, pluripatología crónica, discapacidad para las AVD, polimedicación, deterioro cognitivo, dolor crónico, malnutrición...). - Fracturas en ancianos... 	<p>Unidad de subagudos y/o convalencia (procesos agudos o reagudizaciones de procesos crónicos): geriatría y/o pluripatológicos, ortogeriatría</p> <p>Hospital de día geriátrico</p> <p>Atención domiciliaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Cuidados centrados en el paciente. · Atención integral y personalizada. · Dinámica de orientación geriátrica. · Promoción de la autonomía social y personal. · Alta resolución. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Gravemente incapacitado: > 75 años, discapacidad total por las AVD, deterioro cognitivo, complicaciones de la inmovilidad (UPP, neumonías, infecciones...). 	<p>Unidades de cuidados especiales</p> <p>Atención domiciliaria</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Que sufran trastornos cognitivos y de la conducta, y especialmente enfermos de Alzheimer y otras demencias. 	<p>Unidad de convalencia/rehabilitación y/o centro de psicogeriatría</p> <p>Atención domiciliaria</p>		
<ul style="list-style-type: none"> · Adulto con enfermedad crónica en la fase avanzada o enfermedad degenerativa (cardiopatía, EPOC, insuficiencia renal, cirrosis, etc.), que además presenta no criterios de UCI, transplantes o problema social). 	<p>Unidad de convalencia/rehabilitación: programas respiratorio, pluripatológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Atención integral y personalizada. · Trabajo en equipo y criterios unificados. · Socialización de los pacientes. · Comunicación e información tranquilizadora que refuerce los aspectos positivos, pero sin falsearlos ni minimizar la gravedad. · Apoyo espiritual y psicológico y de voluntariado. 	
<ul style="list-style-type: none"> · Personas en situación de precariedad social con problemas sanitarios. 	<p>Unidades de cuidados especiales a la vez que se gestiona otro tipo de recurso social</p>		
<ul style="list-style-type: none"> · Personas que necesitan cuidados paliativos: <ul style="list-style-type: none"> - neoplasias - paciente geriátrico al final de la vida - enfermedad crónica en el estadio terminal - sida en el estadio terminal 	<p>Unidades de cuidados paliativos</p> <p>ESAD</p> <p>Atención domiciliaria</p>		<ul style="list-style-type: none"> · Atención y apoyo a los cuidadores · Programas de formación para cada grupo profesional y nivel. · Reconocimiento de los profesionales. · Establecer estándares de calidad para la acreditación del servicio. · Investigación en la atención de los diferentes grupos. · Utilización de sistemas de información y valoración comunes que faciliten la coordinación y agilicen las derivaciones.
<ul style="list-style-type: none"> · Paciente con enfermedad neurodegenerativa afectado de secuelas graves por lesiones cerebrales o medulares o en estado vegetativo persistente, permanente o de conciencia mínima. 	<p>Unidades de cuidados especiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Paciente y familia: unidad a tratar. · Valoración y plan terapéutico integral. · Consenso sobre los objetivos terapéuticos. · Actitud de confianza y calidez que favorezca la expresión de los sentimientos. · Ambiente de confort, respeto y comunicación. · Seguimiento del luto. 	
<ul style="list-style-type: none"> · Personas que, después de un proceso neurológico agudo con diversos grados de complejidad clínica y diferentes niveles de dependencia, necesiten recuperación y adaptación: <ul style="list-style-type: none"> · daño cerebral o lesión medular 	<p>Unidades de convalencia/rehabilitación neurorehabilitación, unidad de ictus</p> <p>Hospital de día de rehabilitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Prevención de complicaciones, control de síntomas y cuidados de confort. · Mantenimiento de las capacidades funcionales conservadas. · Apoyo emocional a la familia. 	
<ul style="list-style-type: none"> · Personas que necesiten rehabilitación con déficit funcional recuperable después de politraumatismos. 	<p>Unidades de rehabilitación funcional y adaptación</p> <p>Rehabilitación domiciliaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Valoración y plan integral elaborado con el paciente/familia. · Reuniones del equipo para la evaluación y el seguimiento de los objetivos. · Concepción terapéutica activa con actitud rehabilitadora. · Promoción de la autonomía y la dignidad. 	





3. DEFINICIÓN DE LOS RECURSOS SOCIO-SANITARIOS

3.1. ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria es el primer nivel de atención, verdadera puerta de entrada al sistema sanitario y el lugar donde es necesario resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población y hacer su seguimiento.

Los equipos de atención primaria son el núcleo básico de la atención sanitaria. Desarrollan su tarea aplicando criterios de atención integral, es decir, tratando los diferentes aspectos que afectan a la salud de las personas de manera longitudinal. Por estas características, son el núcleo privilegiado de información, han de ser el elemento clave de la coordinación de los diferentes recursos sanitarios y sociales. Las personas usuarias tienen contacto con diferentes servicios y recursos del sistema sanitario: el punto estable de contacto y seguimiento es, sin duda, la atención primaria.

El desarrollo de la atención primaria es uno de los objetivos más importantes para los próximos años. Las líneas de actuación sobre las que se trabaja son las siguientes:

- Mejorar las infraestructuras.
- Posibilitar mejoras organizativas, reforzar el papel de las enfermeras y conseguir un equilibrio en las plantillas a fin de poder desarrollar con garantías la atención necesaria.
- Potenciar la atención domiciliaria.
- Favorecer los cambios organizativos que permitan mejorar la calidad de la atención y un mayor desarrollo profesional.
- Posibilitar al equipo de atención primaria como eje central de coordinación y de seguimiento de las personas usuarias entre los diferentes niveles asistenciales.



3.1.1. Programa de atención domiciliaria. Programa de atención al anciano. Protocolo para la educación grupal de los cuidadores

Definición:

Programas destinados a la atención en el domicilio y en el centro de salud de personas mayores y sus cuidadores, de la mayoría de personas con alguna enfermedad crónica evolutiva, con una gran demanda de servicios y un uso de los recursos en función de sus necesidades.

En el Plan hay que integrar tres programas que ya funcionan en la actualidad en atención primaria: 1) el Programa de atención domiciliaria para dar a las personas inmovilizadas o en la fase terminal, una atención integral en su domicilio; 2) el Programa de atención al anciano, con una visión de prevención y promoción de la salud, y 3) el Protocolo para la educación grupal de los cuidadores. La potenciación y la actualización continua de estos programas es una de las estrategias de intervención más importantes de este Plan, ya que es el pilar en el que debe sustentarse la atención a las personas a las que va destinado.

Ubicación:

- Centros de atención primaria.
- Domicilio del paciente o de su entorno familiar.
- Residencias para personas mayores o discapacitadas ubicadas en la zona.

Objetivos:

- **Programa de atención domiciliaria**⁸

La mejora de la atención domiciliaria es un aspecto clave para desarrollar el Plan. Dar atención integral a las personas inmovilizadas y terminales en su casa y también a sus cuidadores.

- Evitar los reingresos y las hospitalizaciones inadecuadas.
- Dar apoyo a los cuidadores informales y a las familias.
- Reducir el número de claudicaciones de las personas cuidadoras.
- Coordinarse con los servicios sociales para obtener los recursos sociales necesarios para cada caso.

- **Programa de atención al anciano**⁹

Los objetivos de este programa son los siguientes:

- Aumentar la captación de ancianos de riesgo.
- Aumentar la proporción de ancianos con estilo de vida saludable.
- Reducir las situaciones de riesgo de enfermedad, las complicaciones y las secuelas de las enfermedades agudas y crónicas de las personas mayores.



- Reducir la incidencia de accidentes y de caídas.
- Reducir la proporción de personas mayores con incapacidad funcional, mental o social secundaria a enfermedades crónicas.
- Aumentar la proporción de personas mayores atendidas de manera continuada en los centros de atención primaria y diseñar un plan de atención para su cuidador principal.
- Disminuir el número de hospitalizaciones y de reingresos innecesarios.
- Reducir la iatrogenia derivada del uso inadecuado y de la prescripción incorrecta de medicamentos en las personas mayores.

Tipología de las personas usuarias:

- Personas mayores frágiles.
- Personas con alguna enfermedad geriátrica compleja y con necesidades especiales.
- Personas con alguna enfermedad crónica evolutiva compleja.
- Situaciones específicas: postalta, subagudos complejos, rehabilitación con tecnología sanitaria.
- Personas con discapacidades graves.
- Niños y adolescentes con alguna discapacidad.
- Personas con nutrición enteral.
- Cuidadores informales de personas dependientes.

Equipo profesional:

Enfermeras, médicos de familia y trabajadores sociales de los centros de atención primaria como parte fundamental de su actividad diaria.

Además de estos dos programas, cabe mencionar el **Protocolo para la educación grupal de los cuidadores**.¹⁰ Esta actividad debe implantarse de manera sistemática entre las actividades que se llevan a cabo habitualmente en los centros de atención primaria. Las enfermeras capitalizan esta actividad, con la colaboración de otros profesionales (trabajadores sociales, médicos y fisioterapeutas).

Objetivos:

- Aumentar la calidad de los cuidados que prestan los cuidadores de pacientes incluidos en el Programa de atención domiciliaria.
- Aumentar el bienestar de los pacientes, de su cuidador principal y de su familia como unidad.
- Reforzar las intervenciones de educación sanitaria y de apoyo realizadas en el domicilio de la familia de manera individual por parte de las enfermeras.

Además de los programas mencionados, se podrán incluir el resto de programas y protocolos actuales y los que se desarrollen y que tengan como población de trabajo el perfil de personas a las que va destinado el Plan.

3.1.2. Equipo de soporte a la atención domiciliaria (ESAD)

Definición:

Equipo multidisciplinar encargado de dar soporte a la atención domiciliaria, especialmente a pacientes terminales —tanto oncológicos como crónicos—evaluar la situación, contribuir a la gestión de camas y recursos más adecuados a las necesidades asistenciales.

Ubicación:

- Equipo vinculado a la atención primaria con conexión con los centros hospitalarios y con una estrecha coordinación con los equipos de soporte hospitalarios.
- Para facilitar la coordinación, debe estar ubicado en un hospital sociosanitario, en un centro de salud o en el hospital del área.
- En los sectores de dimensión poblacional reducida conviene que el mismo equipo desempeñe funciones hospitalarias y domiciliarias.

Funciones:

Según la Orden del director gerente del Servicio de Salud de 13 de diciembre de 2002 de regulación del funcionamiento de los ESAD (BOIB n. o 153/2002, de 21 de diciembre) ,¹¹ estos tienen las funciones siguientes:

- Apoyo y asesoramiento a los profesionales de atención primaria para la atención domiciliaria de pacientes terminales oncológicos o no y con limitación funcional o inmovilizados complejos.
- Intervención asistencial directa de acuerdo con los profesionales de atención primaria.
- Información y educación sanitaria a los pacientes, a los cuidadores y a los familiares.
- Formación para los profesionales de atención primaria y de los centros sociosanitarios.
- Gestión y evaluación de las peticiones de acceso a los hospitales de día.
- Colaboración en la atención de los pacientes ingresados en centros sociosanitarios.
- Valoración integral de los pacientes y gestión de camas y de recursos de la comunidad.
- Reducción de las estancias hospitalarias y del uso de los servicios de urgencias.

Tipología de las personas usuarias:

- Pacientes terminales oncológicos y no oncológicos.
- Personas con alguna enfermedad geriátrica compleja y con necesidades asistenciales especiales.



- Personas con alguna enfermedad crónica evolutiva compleja en la fase de descompensación.
- En general, todas las personas definidas en la Estrategia autonómica de cuidados paliativos.

Equipo profesional:

Médicos de familia, oncólogos, geriatras o internistas, enfermeras, psicólogos, auxiliares administrativos y trabajadores sociales con experiencia y con formación específica en la atención a pacientes terminales y geriátricos complejos.

Circuito de derivación en el ESAD:

- Entrada: solicitud de los equipos de atención primaria (pueden derivar pacientes el médico y la enfermera) para los procedimientos siguientes:
 - Valoración puntual y asesoramiento.
 - Seguimiento conjunto de los pacientes terminales.
 - Derivación a otros recursos: unidades de convalecencia, cuidados paliativos, cuidados especiales, hospital de día, rehabilitación a domicilio, etc.
 - Derivación desde los hospitales de agudos, fundamentalmente servicios de oncología y de medicina interna (mediante la UVASS o la enfermera de enlace).
 - Derivación desde centros socio-sanitarios.
 - Derivación desde residencias geriátricas.
- Salida:
 - Derivación a los hospitales de agudos.
 - Derivación a los centros socio-sanitarios.
 - Derivación para el seguimiento exclusivo de su equipo de atención primaria.
 - En general, cualquier situación que genere el alta del programa.

3.1.3. Rehabilitación a domicilio

Definición:

La rehabilitación domiciliaria es una prestación sanitaria en el ámbito del domicilio que responde a la necesidad de aproximar y personalizar la asistencia a las personas que, a causa de su discapacidad o deficiencia, sufren una pérdida de autonomía como consecuencia de un proceso patológico y presentan problemas graves de movilidad autónoma, tomando en consideración las barreras de su entorno.

Objetivos y funciones:

- Recuperar la funcionalidad y/o mantener las funciones residuales con el fin de conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia.



- Prevenir o minimizar las limitaciones o consecuencias producidas por la inmovilidad y/o la enfermedad, mejorando la función física y psicosocial y previniendo las discapacidades para conseguir el máximo grado de independencia.
- Desarrollar un tratamiento rehabilitador encaminado al mantenimiento y/o la mejora de la amplitud articular y del balance muscular, a la mejora de la mecánica ventilatoria y a la reeducación de las transferencias, del equilibrio y del patrón de la marcha, con o sin ayudas.
- Control de síntomas.
- Educación sanitaria a la persona usuaria y a su cuidador, ayuda a la adaptación del entorno.
- Seguridad del cuidador.

Tipología de las personas usuarias:

- Pacientes agudos:
 - Cuando la enfermedad y su fase evolutiva lo requieran.
 - Dependencia para caminar o para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria con capacidad de recuperación funcional.
 - Necesidad de adaptar el domicilio.
- Pacientes crónicos:
 - Pacientes que, después de un ingreso, necesiten reintegrarse al domicilio o que este sea adaptado.
 - Involución funcional objetivable. Síndrome de inmovilidad.
 - Después de una intervención quirúrgica u ortopédica que necesite reeducación.
 - Tratamiento complementario de la espasticidad.
- En general, cualquier otro perfil que se acuerde.

Criterios de inclusión:

- Deterioro funcional agudo (por ingreso, inmovilidad, intervención quirúrgica, etcétera).
- Dificultad para la marcha y las actividades de la vida diaria (AVD).
- Pluripatología y fragilidad del paciente.
- Dificultad de traslado autónomo.
- Dificultad de traslado en ambulancia.
- Barreras arquitectónicas.

Criterios de exclusión:

- Autonomía para el desplazamiento.
- Independencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).



- Deterioro cognitivo grave (excepto en los casos en que el objetivo de la inclusión en el programa sea la educación sanitaria y/o la evaluación del entorno).
- Trastorno psiquiátrico importante.
- Falta de aceptación del programa.
- Falta de colaboración en las visitas de tratamiento.
- Problemática sociofamiliar excluyente.
- Tratamiento de rehabilitación y fisioterapia en activo en otros niveles asistenciales.

Equipo profesional:

Médico rehabilitador, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas.

Circuito:

- Entrada:
 - Derivación de los hospitales de agudos (médicos rehabilitadores y otros dispositivos de coordinación).
 - Derivación de la atención primaria.
 - Derivaciones de centros socio-sanitarios.
- Salida:
 - Después de que haya finalizado el tratamiento.

3.2. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN SOCIO-SANITARIAS

Los recursos de hospitalización están destinados a las personas que necesitan la continuación de un tratamiento o la supervisión clínica continuada y que, a causa de la complejidad, requieren una gran cantidad de cuidados. Estas unidades se pueden ubicar en hospitales socio-sanitarios o en unidades polivalentes dentro de un hospital de agudos, especialmente en los casos de los hospitales comarcales o de las entidades concertadas. Actualmente, en Mallorca disponemos de los hospitales General y Joan March, destinados monográficamente a este tipo de atención, también tenemos conciertos con los hospitales Sant Joan de Déu y Cruz Roja en Mallorca, con el hospital-residencia Cas Serres en Ibiza y la Residencia Socio-sanitaria Santa Rita en Menorca.

Una de las características básicas de estas unidades ha de ser la polivalencia, aunque se desarrollen programas específicos. Según la organización de cada centro, la persona que lo necesite podrá ingresar en el hospital independientemente de la disponibilidad de cama en el programa específico.

Los profesionales que desarrollen su tarea en este tipo de unidades tienen que ser profesionales capaces de atender cualquier necesidad en este ámbito, deben poder abordar cualquier problema que provoque que una persona necesite un recurso de convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos o cuidados especiales.

3.2.1. Convalecencia y rehabilitación

Recursos hospitalarios con el objetivo rehabilitador, de promoción de la autonomía y de reinserción en la comunidad después de un proceso agudo. Las personas que son atendidas en estas unidades necesitan la continuación de un tratamiento o la supervisión clínica continuada y una gran cantidad de cuidados. A causa de la complejidad de los problemas que presentan necesitan un abordaje desde una perspectiva multidisciplinaria y una valoración integral de sus necesidades.

Se recomienda que un tercio de estas plazas sea destinado a personas con procesos subagudos, con alguna enfermedad crónica evolutiva o a pacientes postagudos complejos en situación de enfermedad previa, ya evaluados y diagnosticados, con necesidades de rehabilitación y con una morbilidad, reagudización y mortalidad altas, que requieran intensidad terapéutica y un tiempo más largo para recuperarse.

Ubicación:

- Hospital sociosanitario.
- Unidades polivalentes en un hospital de agudos.
- Centros concertados.

Funciones y objetivos:

- Atención integral y seguimiento de la evolución de los casos complejos que necesiten un tiempo más largo de ingreso hospitalario para la compensación o la resolución.
- Rehabilitación física y funcional.
- Promoción de la ayuda emocional, prevención terciaria y educación sanitaria.
- Gestión de casos.
- Mejora funcional de los indicadores de la autonomía.
- Control de los trastornos psicológicos y de la conducta, identificando las características del comportamiento y de los síntomas y la repercusión de estos en el paciente y en el cuidador.

Tipología de las personas usuarias:

- Pacientes postagudos.
- Personas con un proceso agudo resuelto y con necesidades de rehabilitación.



- Personas con síndromes geriátricos con descompensación resuelta, pero con acentuación de la dependencia y posibilidades de rehabilitación.
- Personas con alguna enfermedad crónica evolutiva no compleja y con descompensación de la salud.
- Personas con alguna demencia y/o Alzheimer que necesitan un ingreso de duración corta para hacerles una evaluación y/o un diagnóstico, un control o un tratamiento de trastornos del comportamiento.

Equipo profesional:

Médicos internistas, geriatras, rehabilitadores, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, otros médicos especialistas, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales. También pueden estar indicados otros perfiles profesionales, como neurólogos, psiquiatras, logopedas, dependiendo del perfil del paciente que se atienda.

Circuito:

- Entrada:
 - Hospitales de agudos.
 - Atención primaria.
- Salida:
 - Domicilio con o sin apoyo de otros recursos (hospital de día y/o rehabilitación a domicilio).
 - Residencia geriátrica.
 - Unidad de cuidados especiales.

3.2.2. Cuidados paliativos

Servicios destinados a promover el confort, la personalización de la atención y la calidad de vida de las personas en una situación avanzada o en proceso de muerte, que necesitan un control de síntomas o algún tratamiento continuado en régimen de hospitalización.

Ubicación:

- Hospitales socio-sanitarios o los mismos hospitales de agudos (especialmente en hospitales comarcales o alejados de los hospitales socio-sanitarios).
- Estas unidades tienen que disponer de espacios comunes de confort y deben adecuarse a las necesidades de intimidad, preferentemente con habitaciones individuales y fomentando la presencia permanente de la familia (o de personas próximas).
- Centros concertados.



Funciones y objetivos:

- Atención integral destinada a mejorar la calidad de vida y el confort de las personas en situación terminal.
- Control de síntomas.
- Apoyo psicológico a la persona y su familia y afrontamiento del proceso de duelo.
- Todas las funciones definidas en la Estrategia autonómica de cuidados paliativos, que sigue las directrices de la Estrategia nacional de cuidados paliativos.

Tipología de las personas usuarias:

- Personas con alguna enfermedad crónica terminal y con complicaciones del tratamiento o control de síntomas.
- Pacientes con alguna enfermedad avanzada y con complejidad clínica y estados agónicos.
- Todos los pacientes que defina la Estrategia autonómica de cuidados paliativos.

Equipo profesional:

Equipo formado por oncólogos, internistas y/o médicos de familia, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales con formación en cuidados paliativos.

Circuito:

- Entrada:

- ESAD / atención primaria: Pacientes que están incluidos en el Programa de atención domiciliaria. Desde Historia de Salud hay que llevar un registro centralizado de estos pacientes, aunque el seguimiento lo haga exclusivamente el equipo de atención primaria, a fin de mejorar la coordinación entre los niveles y evitar que estos pacientes tengan que utilizar los servicios de urgencia de los hospitales de agudos.
- Hospitales de agudos: hay que evitar que estas personas pasen por los servicios de urgencia.

- Salida:

- Domicilio.
- Residencia geriátrica.
- Cualquier motivo que genere el alta.

3.2.3. Unidades hospitalarias de cuidados especiales

Atención continuada a personas con procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia, que necesitan recursos técnicos o profesionales que no se pueden proporcionar en el domicilio o en una residencia geriátrica a causa del grado de complejidad clínica y/o asistencial.



Otra característica importante de estas unidades es que el personal de referencia es el de enfermería. Ya se ha comentado que son pacientes con poca necesidad diagnóstica y, en cambio, con mucha necesidad de cuidados y/o rehabilitación. Por tanto, en este caso el médico adquiere un papel consultor y de seguimiento.

Ubicación:

- Hospitales socio-sanitarios.
- Centros concertados.

Funciones y objetivos:

- Atención integral de larga duración a personas con una gran complejidad de cuidados.
- Planificación y educación sanitaria a la familia y a los cuidadores con la finalidad de volver al domicilio.
- Agilización de la gestión de los recursos residenciales sociales si el paciente no puede volver a su casa.

Tipología de las personas usuarias:

- Personas mayores con una gran complejidad clínica y una gran dependencia temporal o permanente.
- Personas con discapacidades graves: lesiones medulares, enfermedades degenerativas que necesiten una gran cantidad de cuidados.
- Pacientes con úlceras por presión o vasculares que necesiten cuidados continuados de complejidad alta.
- Pacientes con enfermedad neurodegenerativa con secuelas muy graves por lesiones cerebrales en estado vegetativo persistente, permanente o de conciencia mínima.

Perfil profesional:

Enfermeras, neurorehabilitadores, geriatras, médicos de familia, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, internistas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales. Según el perfil de los usuarios, puede ser necesario introducir a otros profesionales, como logopedas.

Circuito:

- Entrada:
 - Derivación directa de los hospitales de agudos después de una valoración integral cuando se prevé que la estancia superará los 60 días.
 - Derivación desde las unidades de convalecencia/rehabilitación.



- Desde la atención primaria, en los casos excepcionales en que el paciente sea dependiente y no tenga ninguna posibilidad de tener cuidador, siempre después de la evaluación del ESAD.
- Salida:
 - Residencia asistida si se cumplen los criterios.
 - En el domicilio si hay cambio en la situación familiar y hay un cuidador.
 - Mejora de su capacidad funcional.

3.3 HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Unidades dedicadas específicamente a las funciones de evaluación y de diagnóstico, seguimiento o de terapéutica específica (técnicas o rehabilitación).

Es un recurso asistencial diurno destinado a pacientes frágiles o pacientes geriátricos con alguna discapacidad física o deterioro cognitivo leve , que tienen potencial de recuperación parcial o total, o bien para casos en que hay que realizar un proceso diagnóstico. Permite una evaluación geriátrica integral y recibir el tratamiento y/o la intervención más adecuados para el estado de salud.

Hay que hacer a cada persona una valoración integral y multidisciplinaria al ingreso y al alta, momento en el que debe hacerse evidente la mejora de los aspectos clínicos y funcionales que han justificado su ingreso.

Estos centros están abiertos entre 7 y 8 horas al día y los pacientes asisten a dos o tres sesiones semanales. La duración máxima de la estancia acordada ha de ser de tres meses, prorrogable siempre que sea necesario y se justifique mediante un informe.

Este recurso debe mantener permanentemente la comunicación con los centros de día y con los equipos de atención primaria. Las instalaciones deben tener un área de terapia ocupacional, un área de fisioterapia, un comedor, una sala de cuidados y una consulta de valoración.

Ubicación:

- Hospital sociosanitario.
- Hospitales comarcales de agudos.
- Centros concertados.



Funciones y objetivos:

- Evaluación integral interdisciplinaria de las necesidades, con acciones terapéuticas específicas, indicación de recursos, educación, apoyo familiar y conexión con las especialidades y los recursos del hospital de agudos que sean necesarios.
- Control de síndromes geriátricos.
- Rehabilitación y mantenimiento de la capacidad funcional.
- Mejora de la autonomía.
- Tratamiento psicológico, si es necesario.
- Mecanismos de facilitación de exploraciones complementarias e interconsultas con los diferentes especialistas.

Tipología de las personas usuarias:

Personas mayores frágiles o pacientes geriátricos que necesiten una valoración geriátrica y/o un seguimiento intensivo y continuado a cargo de un equipo sanitario.

Perfil profesional:

Equipo multidisciplinario formado por médico, trabajador social, fisioterapeuta, enfermera, auxiliar de enfermería, psicólogo, terapeuta ocupacional y apoyo administrativo.

Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 65 años que necesiten recuperación funcional con criterios de reversibilidad:
 - Síndrome de inmovilidad: personas con ingresos prolongados que han perdido masa muscular y personas con poca capacidad de movilización en su domicilio.
 - ACV en la fase de recuperación funcional.
 - Fracturas óseas en la fase posquirúrgica.
 - Amputaciones.
 - Patología cardiorrespiratoria: EPOC, cardiopatías, etc.
 - Trastornos metabólicos: obesidad, diabetes, patología tiroidea con complejidad de tratamiento.
- Personas con síntomas complejos que necesiten seguimiento:
 - Polifarmacia.
 - Parkinson y otras enfermedades neurológicas desmielinizantes.
 - Caídas.
- Trastornos mentales y cognitivos.
 - Valoración y tratamiento de las depresiones.
 - Valoración de demencias incipientes.

- Inicio de tratamiento y control de las demencias leves.
- Personas mayores que necesiten la valoración, el seguimiento y la educación para la salud de manera intensiva y continuada a cargo de personal de enfermería para adaptarse al nuevo estado de salud.
- Personas mayores que necesiten reeducación para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.
- Apoyo al cuidador y cuidados sociales.

Criterios de exclusión:

- El paciente se niega a participar.
- Deterioro funcional grave y crónico previo.
- Paciente con deterioro cognitivo moderado o grave (GDS > 4).
- Alteraciones psíquicas que cursen con alteración del comportamiento.
- Intolerancia al proceso de recuperación funcional intensivo.
- El paciente se niega a seguir el proceso de recuperación funcional.
- Persona mayor sin apoyo social o familiar.
- La familia, el cuidador o el paciente no aceptan los periodos pactados.

3.4 ALTERNATIVAS DE VALORACIÓN Y DERIVACIÓN ENTRE HOSPITALES DE AGUDOS Y UNIDADES SOCIO SANITARIAS

En estos momentos, la valoración es realizada por las unidades de valoración sociosanitaria (UVASS), ubicadas en los hospitales de Son Dureta y Son Llàtzer (no hay unidades específicas en el resto de los hospitales de las Islas Baleares).

En general, los profesionales que atienden a los pacientes en los diferentes niveles asistenciales descritos en cada apartado de este Plan han de ser responsables de asegurar que el paciente se encuentre en el recurso más adecuado a su estado de salud y deben conocer los diferentes recursos y los mecanismos de derivación. Una vez más, el papel de las enfermeras es clave en esta valoración; concretamente, el desarrollo de las enfermeras gestoras de casos puede ser de gran valor.

3.4.1 Unidades de valoración sociosanitaria (UVASS)

Equipo interdisciplinario especializado en funciones de atención y evaluación de pacientes complejos que necesitan recursos sanitarios en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud.



Ubicación:

- Hospital de agudos.

Funciones y objetivos:

- Conseguir que los pacientes susceptibles ingresados en los hospitales de agudos, una vez completado el diagnóstico, reciban el tratamiento en el nivel más adecuado a sus características.
- Valoración integral de los pacientes susceptibles ingresados en las unidades de agudos.
- Derivación al recurso más adecuado en un plazo inferior a 48 horas.
- Seguimiento y control de los pacientes desde la valoración hasta el traslado.
- Mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes y de su familia.
- Asegurar a los pacientes el recurso más adecuado para responder a sus necesidades, evitando al máximo la frecuentación a los servicios de urgencias y los reingresos hospitalarios.
- Participar en la coordinación de los recursos de ámbito extrahospitalario.

Tipología de las personas usuarias:

- Personas ingresadas en los hospitales de agudos ya diagnosticadas y descompensadas que necesitan el seguimiento de su patología y cuidados complejos durante un tiempo para conseguir que se recuperen o mejoren.
- Personas con alguna enfermedad crónica evolutiva diagnosticadas y que, a causa de sus características, tienen una intensidad terapéutica baja y una necesidad de cuidados alta.
- Personas con algún trastorno cognitivo que necesitan seguimiento y cuidados.
- Personas con alguna necesidad de cuidados paliativos.

Equipo profesional:

- Médico internista, médico de familia, geriatra, oncólogo (en los casos de pacientes oncológicos), enfermera, asistente social, psicólogo y administrativo.
- Las UVASS deben estar compuestas por personal cualificado y reconocido como experto por los profesionales del hospital de agudos.

3.4.2 Enfermera gestora de casos

La enfermera gestora de casos nace como la figura que garantiza la atención y la coordinación adecuada de los recursos, para ayudar en la valoración y la gestión de casos complejos o tributarios de atención sanitaria en el ámbito socio-sanitario del sistema de salud, así como elemento de coordinación con los servicios sociales.



Ubicació:

- Hospital de agudos.
- Atención primaria.
- Hospitales sociosanitarios.

Funciones y objetivos:

- Garantizar al paciente y a su familia la obtención de los recursos más adecuados de acuerdo con las características de su proceso.
- Hacer una valoración integral del paciente y de su cuidador con la colaboración de los profesionales médicos y de enfermería que atienden al paciente.
- Gestión para el traslado al centro sociosanitario si el paciente tiene necesidad de una cama de convalecencia y rehabilitación en los centros que no dispongan de UVASS. Las enfermeras gestoras de casos tienen que usar la misma documentación consensuada con las UVASS y seguir los mismos criterios para la derivación a los centros sociosanitarios.
- Planificar y mejorar la atención al alta domiciliaria garantizando la continuidad de los cuidados en colaboración con la enfermera de atención primaria y el ESAD.
- Identificar las necesidades de material ortoprotésico e iniciar los trámites necesarios para obtenerlo.
- Movilizar junto con el trabajador social del centro los recursos sociales necesarios para el paciente, tanto de apoyo a domicilio como residenciales.
- Educación y apoyo al cuidador y a la familia.

Tipología de las personas usuarias:

- Personas ingresadas en los hospitales de agudos o en su domicilio, ya diagnosticadas y descompensadas, que necesitan seguimiento de la patología y de los cuidados.
- Personas con alguna enfermedad crónica evolutiva diagnosticadas cuyas necesidades son básicamente de cuidados.
- Personas con algún trastorno cognitivo que necesitan seguimiento y cuidados.
- Personas con alguna necesidad de cuidados paliativos.



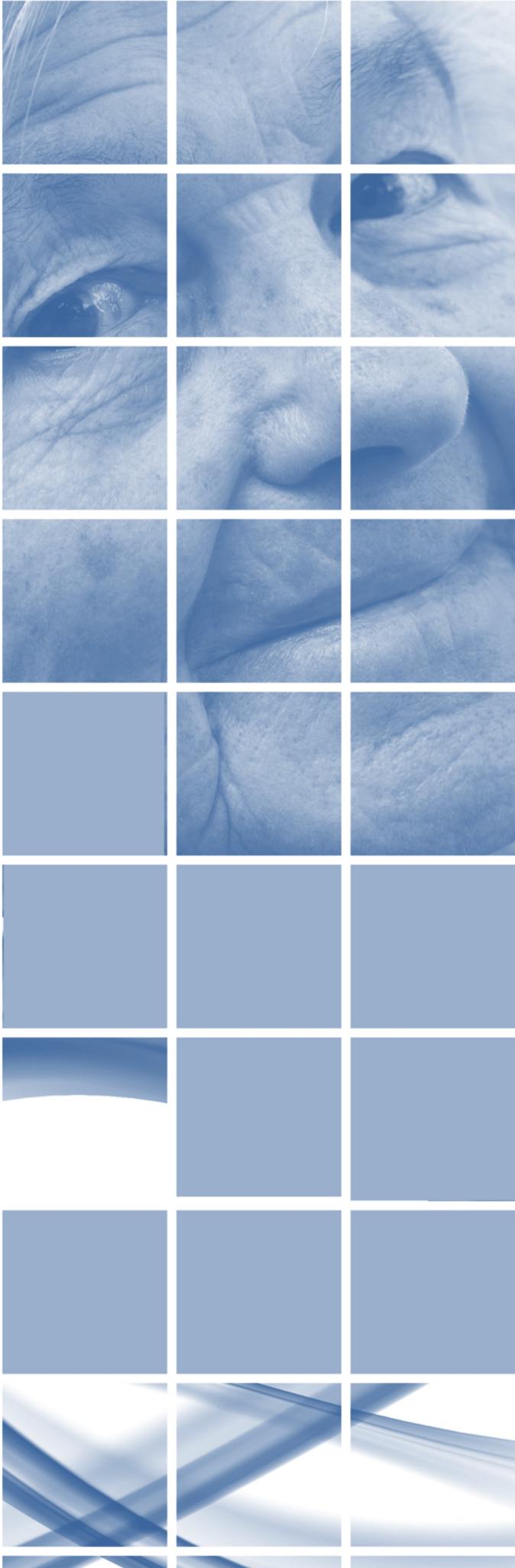
4. INDICADORES ESTÁNDAR DE COBERTURA

Revisados los diferentes planes socio-sanitarios publicados (anexo 1), tanto del ámbito balear como del estatal, se ha decidido usar estos indicadores estándar de cobertura de recursos socio-sanitarios, para calcular las necesidades actuales y las del futuro inmediato.

Tabla 2. Indicadores estándar de cobertura.

Hospital de día ¹²	1,5 plazas por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años
Cuidados especiales ⁵	El 3,5 % de la población de más de 65 años necesitará recursos de larga estancia (de ésta, la sanitaria se estima entre el 2 % y el 3,5 %)
Convalecencia y rehabilitación ⁶	20-25 camas por cada 100.000 habitantes (de la población total)
Unidades polivalentes CV+ CP* ¹²	2,3 camas por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años
Cuidados paliativos ¹⁴	8-10 camas por cada 100.000 habitantes
ESAD ^{6,12}	1 equipo por cada 100.000 habitantes

*Las unidades polivalentes se utilizarán solo para áreas de población pequeñas, donde no es eficiente tener recursos diferenciados.





5. ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS DE POBLACIÓN

Para calcular las necesidades, se han utilizado datos de población de la tarjeta sanitaria individual (TSI), ya que los datos de población de los otros planes publicados en las Islas Baleares han quedado desfasados a causa del crecimiento de la población (anexo 2).

Tabla 3. Población según la TSI (2009).

	Población total	Población mayor de 65 años	Porcentaje
Islas Baleares	1.015.123	143.001	14,0 %
Mallorca	800.133	116.381	14,5 %
Menorca	86.853	12.353	14,2 %
Ibiza	120.878	13.416	11,0 %
Formentera	7.259	851	11,7 %

En estas tablas se presentan las proyecciones corregidas de la población (2002-2017) según la edad, el sexo y el año de referencia. Las proyecciones trabajadas son las que plantea el Instituto Nacional de Estadística (INE) como escenario 1.

Tabla 4. Total Islas Baleares escenario 1. Proyección INE corregida.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total proyección	1.025.932	1.045.981	1.064.860	1.082.612	1.100.252	1.117.713	1.135.014	1.152.082	1.168.893	1.185.474
Proyección corregida	1.050.862	1.071.398	1.090.736	1.108.919	1.126.988	1.144.873	1.162.595	1.180.078	1.197.297	1.214.281

Tabla 5. Proyección INE mayores de 65 años para las Islas Baleares escenario 1.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total proyección ambos sexos	143.209	147.188	151.536	156.152	161.086	166.121	171.184	176.285	181.564	186.782
Proyección corregida	145.029	149.058	153.461	158.135	163.130	168.229	173.355	178.520	183.866	189.149
Total proyección hombres	62.168	64.123	66.251	68.498	70.895	73.327	75.754	78.193	80.727	83.232
Proyección corregida	62.846	64.822	66.973	69.245	71.668	74.126	76.580	79.045	81.607	84.139
Total proyección mujeres	81.041	83.065	85.285	87.654	90.191	92.794	95.430	98.092	100.837	103.550
Proyección corregida	82.184	84.236	86.488	88.890	91.463	94.102	96.776	99.475	102.259	105.010



6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS DERIVADOS DE LA ESTRUCTURA DE EDADES

Tabla 6. Envejecimiento (> 65 años / < 20 años).

	2008			2009		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Hospital Universitari Son Dureta	57,9 %	85,9 %	71,6 %	59,4 %	87,8 %	73,63%
Hospital Son Llätzer	55,5 %	79,5 %	67,1 %	55,9 %	78,4 %	66,8 %
Hospital de Manacor	65,8 %	89,2 %	77,2 %	65,8 %	88,7 %	77,0 %
Hospital Comarcal de Inca	61,6 %	88,2 %	74,4 %	61,0 %	88,3 %	74,0 %
Hospital Mateu Orfila	57,5 %	78,4 %	67,7 %	58,0%	79,1 %	68,3 %
Hospital Can Misses	47,1 %	61,7 %	54,2 %	48,2 %	62,7 %	55,2 %
Hospital de Formentera	47,0 %	68,3 %	57,2 %	48,0 %	67,4 %	57,2 %
Total Islas Baleares	57,5 %	81,3 %	69,1 %	58,1 %	81,8 %	69,6 %

Tabla 7. Sobreenvejecimiento (> 85 años / > 65 años).

	2008			2009		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Hospital Universitari Son Dureta	11,3 %	18,8 %	15,7 %	11,3 %	18,4 %	15,5 %
Hospital Son Llätzer	10,9 %	18,1 %	15,0 %	10,6 %	17,9 %	14,8 %
Hospital de Manacor	15,0 %	19,6 %	17,6 %	14,7 %	19,6 %	17,5 %
Hospital Comarcal de Inca	12,0 %	18,1 %	15,4 %	12,3 %	17,8 %	15,4 %
Hospital Mateu Orfila	11,6 %	16,6 %	14,4 %	11,3 %	16,7 %	14,3 %
Hospital Can Misses	10,3 %	16,0 %	13,5 %	10,4 %	15,8 %	13,3 %
Hospital de Formentera	10,9 %	17,6 %	14,8 %	11,8 %	15,9 %	14,1 %
Total Islas Baleares	11,8 %	18,2 %	15,5 %	11,7 %	18,0 %	15,3 %

Tabla 8. Juventud (< 20 años / total).

	2008			2009		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Hospital Universitari Son Dureta	19,5 %	17,8 %	18,6 %	19,8 %	18,1 %	18,9 %
Hospital Son Llàtzer	20,8 %	19,2 %	20,0 %	21,6 %	19,9 %	20,7 %
Hospital de Manacor	20,8 %	20,1 %	20,4 %	21,6 %	20,7 %	21,1 %
Hospital Comarcal de Inca	21,7 %	20,1 %	20,9 %	22,2 %	20,4 %	21,3 %
Hospital Mateu Orfila	20,4 %	19,3 %	19,8 %	21,6 %	20,1 %	20,8 %
Hospital Can Misses	20,1 %	19,5 %	19,8 %	20,4 %	19,8 %	20,1 %
Hospital de Formentera	20,5 %	19,5 %	20,0 %	21,0 %	19,9 %	20,5 %
Total Islas Baleares	26,2 %	24,2 %	25,2 %	21,0 %	19,5 %	20,2 %

Tabla 9. Dependencia (< 20 años + > 65 años / 20 a 64).

	2008			2009		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Hospital Universitari Son Dureta	44,4 %	49,3 %	46,9 %	46,3 %	51,3 %	48,8 %
Hospital Son Llàtzer	47,9 %	52,7 %	50,3 %	50,7 %	55,1 %	52,9 %
Hospital de Manacor	52,7 %	61,1 %	56,8 %	55,8 %	64,2 %	59,9 %
Hospital Comarcal de Inca	54,1 %	61,1 %	57,5 %	55,5 %	62,5 %	59,0 %
Hospital Mateu Orfila	47,4 %	52,4 %	49,9 %	51,7 %	56,3 %	54,0 %
Hospital Can Misses	41,9 %	46,0 %	43,9 %	43,3 %	47,5 %	45,3 %
Hospital de Formentera	43,1 %	48,9 %	45,9 %	45,3 %	49,9 %	47,5 %
Total Islas Baleares	47,5 %	52,9 %	50,1 %	49,6 %	54,9 %	52,2 %



7. CÁLCULO DE LAS NECESIDADES DE RECURSOS SANITARIOS DE TIPO SOCIO-SANITARIO

Las tablas siguientes reflejan las necesidades de recursos socio-sanitarios usando los indicadores estándar de cobertura, por islas y por sectores.

Tabla 10. Cálculo de las necesidades teóricas de recursos por islas (con datos de población de TSI de 2009).

		Mallorca	Menorca	Ibiza	Formentera
Hospital de día	1,5 plazas por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años	175	19	20	1
Cuidados especiales	El 3,5% de la población de más de 65 años necesitará recursos de larga estancia residencial. De ésta, la sanitaria se estima entre el 2 % y el 3,5 %	De 81 a 143	De 9 a 15	De 9 a 16	—
Convalecencia y rehabilitación	20-25 camas por cada 100.000 hab. de la población total	De 160 a 200	De 17 a 22	De 24 a 30	—
Unidades polivalentes CV + CP*	2,3 camas por cada 1.000 hab. mayores de 65 años	—	28	31	2
Cuidados paliativos	8-10 camas por cada 100.000 habitantes	De 64 a 80	De 7 a 9	De 10 a 12	—
ESAD	1 equipo por cada 100.000 habitantes	8	1	1	0

* Las unidades polivalentes son unidades por zonas menos pobladas e incluyen todos los recursos de ingreso hospitalario (convalecencia/rehabilitación, cuidados paliativos y cuidados especiales).

Tabla 11. Cálculo de las necesidades teóricas de recursos por sectores (con datos de población de TSI de 2009).

	Ponent	Migjorn	Llevant	Tramuntana	Menorca	Ibiza	Formentera
Hospital de día	66	49	33	27	19	20	1,2
Cuidados especiales	31-54	23-40	15-27	13-22	9-15	9-15	—
Convalecencia y rehabilitación	63-79	48-59	27-34	23-28	De 17 a 22	De 24 a 30	—
Unidades polivalentes CV + CP	—	—	50	41	28	31	2
Cuidados paliativos	25-31	19-24	11-13	9-11	De 7 a 9	De 10 a 12	—
ESAD	3	3	1	1	1	1	0

Tabla 12. Cálculo de las necesidades de recursos con las proyecciones de población (Islas Baleares, año 2014).

Necesidades en las Islas Baleares	Año 2014
Hospital de día	260
Cuidados especiales	121-212
Convalecencia y rehabilitación	233-291
Cuidados paliativos	93-116
ESAD	11

Tabla 13. Cálculo de las necesidades de recursos con las proyecciones de población, por islas (año 2014).

	Mallorca	Menorca	Ibiza	Formentera
Hospital de día	212	22	23	2
Cuidados especiales	99-173	10-18	11-19	1
Convalecencia y rehabilitación	183-229	20-25	28-35	1-2
Cuidados paliativos	73-92	8-10	11-14	1
ESAD	9	1	1	0



8. RECURSOS SANITARIOS EN EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO DE LAS ISLAS BALEARES

8.1. CENTROS SOCIO-SANITARIOS PÚBLICOS Y CONCERTADOS EN EL ÁMBITO SANITARIO DE MALLORCA

Actualmente, la red de atención primaria de Mallorca está constituida por cuarenta y cuatro centros de salud y ochenta y ocho unidades básicas de salud. También depende de ella el ESAD, compuesto en Mallorca de cinco microequipos para dar apoyo en la atención domiciliaria.

En Mallorca, los recursos públicos de convalecencia, rehabilitación, cuidados paliativos y cuidados especiales están concentrados en el Hospital General, en el Hospital Joan March y en una unidad de subagudos dependiente del Hospital Universitario Son Dureta.

Centros públicos	Número de camas	Unidad	Programas
Hospital Joan March (96 camas)	19	Paliativos	Cuidados paliativos
	28	Convalecencia	Respiratorio crónico avanzado
	25	Rehabilitación	Ortogeriatría
	24	Convalecencia	Pluripatológicos
Hospital General (69 camas)	20	Paliativos	Cuidados paliativos
	19	Rehabilitació	Ortogeriatría / ictus
	30	Convalecencia	Pluripatológicos
Hospital Universitari Son Dureta	20	Subagudos	—

Los hospitales General y Joan March enmarcan su actividad en diversos programas asistenciales que, con un abordaje multidisciplinar, están destinados a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas con necesidades de reevaluación de la evolución y del tratamiento de éstas, sobre la base de unos objetivos terapéuticos definidos, una rehabilitación funcional, una pro-



visión de cuidados de enfermería individualizada y un apoyo social orientado especialmente a la atención a la dependencia o a las necesidades asociadas a la cronicidad.

8.1.1. Programa de cuidados paliativos

El programa va dirigido a atender a los pacientes en la fase final de la enfermedad (oncológica o no oncológica) mediante la prevención de complicaciones y paliando el sufrimiento.

El objetivo de este programa es mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares que afrontan los problemas asociados al último periodo de una enfermedad incurable.

8.1.2. Programa del enfermo respiratorio crónico

El programa se centra en las necesidades del paciente respiratorio crónico avanzado, actuando en los ámbitos de la convalecencia, la rehabilitación y la atención paliativa, buscando la continuidad y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Prevé la investigación focalizada en un abordaje completo de la enfermedad respiratoria crónica.

El objetivo es mejorar la calidad de vida y la autonomía de los enfermos respiratorios crónicos, mediante una atención integral, accesible y coordinada.

8.1.3. Programa de ortogeriatría

Este programa relaciona la ortopedia, la geriatría y la rehabilitación de los pacientes mayores mediante la valoración integral.

Los objetivos de estas unidades son el tratamiento de la patología basal, el tratamiento de las complicaciones posquirúrgicas o derivadas de la patología ortopédica, la recuperación funcional, la reintegración social, la prevención de nuevas caídas y el tratamiento de la osteoporosis.

8.1.4. Programa de pluripatológicos

El programa desarrolla su actividad abordando las enfermedades crónicas avanzadas que provocan el deterioro progresivo y la disminución gradual de la autonomía mediante una reeducación funcional y fomento de las actividades básicas de la vida diaria.

El objetivo general de este programa es ofrecer una atención integral y continuada a los enfermos crónicos avanzados, orientada especialmente al diagnóstico, al tratamiento, a los cuidados y a la reeducación funcional después de una descompensación de la enfermedad.



8.1.5. Programa de ictus

El programa desarrolla su actividad relacionando la enfermedad cerebrovascular y la reeducación funcional del paciente. El objetivo general de este programa es conseguir la máxima recuperación clínica funcional, emocional y social mediante la atención integral de la persona que ha sufrido un ictus y el apoyo a su familia.

Además de las plazas para ingreso, estos hospitales atienden a pacientes ambulatorios en su **programa de rehabilitación y fisioterapia**, que consiste en la rehabilitación funcional por medio de tratamientos intensivos y/o ayudas técnicas que buscan la máxima recuperación posible de las capacidades anteriores y la adaptación de la persona afectada a la nueva situación. El objetivo general de este programa es recuperar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

También disponemos de dos unidades de valoración y apoyo hospitalario (UVASS), ubicadas en los dos grandes hospitales de agudos, una en Son Dureta y la otra en Son Llàtzer.

	Centro	Tipo de unidad
UVASS	Fundación Hospital Son Llàtzer	Unidad de valoración hospitalaria
	Hospital Universitario Son Dureta	Unidad de valoración hospitalaria

Aparte de los recursos públicos, hay convenios de colaboración con dos centros concertados con una amplia experiencia en la atención a las personas con necesidades de tipo socio-sanitario. En estos hospitales hay las únicas plazas de cuidados especiales de que disponemos actualmente en las Islas Baleares.

Centros concertados	Unidades	Número de camas/plazas
Hospital Sant Joan de Déu	Hospital de día	25
	Geriatría Agudos/subagudos Convalecencia y ortogeriatría	30 para subagudos 6 para convalecencia/rehabilitación
	Neurorehabilitación	34 para convalecencia/rehabilitación
	Cuidados especiales	20 para paliativos 30 para cuidados especiales + 11 para daño cerebral irreversible
Cruz Roja	Hospital de día	20
	Cuidados especiales	25

El Hospital Sant Joan Déu desarrolla su tarea en estas líneas fundamentales:

a) Neurorehabilitación

Rehabilitación integral de las personas que han sufrido una lesión medular, daño cerebral adquirido u otra gran discapacidad de origen neurológico; pacientes con lesión medular completa o incompleta, ya sea de origen traumático, congénito (con tetraplejía o paraplejía) u otro; personas con daño cerebral debido a un traumatismo craneoencefálico, una patología tumoral o a enfermedades neurodegenerativas con secuelas funcionales, físicas, cognitivas y/o de la conducta.

b) Geriatría y ortogeriatría

Programa dirigido a la atención de personas mayores que presentan una enfermedad aguda o descompensación de una enfermedad crónica, o persona mayor frágil con dos o más de las características siguientes:

- Pluripatología relevante y descompensada (> 3 enfermedades crónicas: EPOC; cardiopatía, enfermedad de Parkinson, enfermedad osteoarticular, dolor crónico y polifarmacia).
- Patología mental asociada (deterioro cognitivo, depresión, síndrome confusional agudo....).
- Síndrome de inmovilismo, deshidratación, insuficiencia renal aguda, intoxicación medicamentosa.



- Personas que necesitan una recuperación de cirugía o patología médica, con inmovilismo, deterioro funcional o incapacidad potencialmente reversible.
- Fractura de cadera en la fase de recuperación.
- Amputaciones en la fase de tratamiento protésico y rehabilitador.

c) Cuidados paliativos

Unidad destinada a la atención de personas con enfermedades terminales (cardiopatía, broncopatía, enfermedad neurológica en el estadio final) que necesitan cuidados paliativos para controlar los síntomas, confort y apoyo emocional.

d) Cuidados especiales

Unidades destinadas a atender a personas con las características siguientes:

- Incapacitadas gravemente con una enfermedad crónica avanzada degenerativa e incurable con una falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento.
- Con úlceras por presión o vasculares que necesitan cuidados muy complejos.
- Pacientes con una enfermedad neurodegenerativa, lesiones cerebrales y medulares, personas afectadas por secuelas muy graves en estado vegetativo persistente, permanente o de conciencia mínima.

8.2. CENTROS SOCIO-SANITARIOS PÚBLICOS Y CONCERTADOS EN EL ÁMBITO SANITARIO DE LAS PITIUSAS

Ibiza dispone de cinco centros de salud y de once unidades básicas de salud, Formentera tiene un equipo de atención primaria. Ibiza también cuenta con un equipo de apoyo a la atención domiciliaria, que atiende a pacientes paliativos oncológicos a domicilio.

Actualmente, el Hospital Can Misses (Ibiza) dispone de ocho plazas de convalecencia/rehabilitación y cuatro de cuidados paliativos mediante un convenio con la residencia asistida Cas Serres, que depende del Consejo Insular de Ibiza.

Centros concertados	Unidades	Número de camas/plazas
Hospital residencia Cas Serres	Convalecencia y rehabilitación	16 plazas (8 concertadas)
	Cuidados paliativos	4 plazas

Los programas que se desarrollan en Cas Serres respecto a las plazas concertadas son los siguientes:



a) Convalecencia y rehabilitación

En estas plazas son atendidas personas mayores frágiles con un problema de salud resuelto, de carácter médico, quirúrgico o traumático con complejidades variables que influyen sobre el grado de dependencia.

Personas con enfermedad geriátrica que han sufrido una descompensación de su enfermedad ya resuelta y que han acentuado su dependencia a causa de este proceso, personas con una enfermedad crónica evolutiva o compleja con descompensación.

Los objetivos son la rehabilitación física y funcional de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la promoción del ajuste emocional del cuidador y del entorno, la prevención terciaria, la educación sanitaria, la gestión del caso y la indicación de recursos alternativos.

b) Cuidados paliativos

Este programa ofrece atención a personas con cáncer terminal y otras enfermedades evolutivas, así como a pacientes geriátricos terminales que presentan complejidad clínica (dolor de difícil control, disnea, estado confusional), agónicos, crónicos y situaciones emocionales complejas.

También son atendidas personas con alguna enfermedad avanzada que requieren un abordaje combinado curativo/paliativo o tratamientos intensivos de síntomas, o apoyo emocional y familiar.

Los objetivos son la atención individualizada, el control de los síntomas, el apoyo emocional, y la atención y el apoyo a la familia.

Además, el plan funcional del Hospital Can Misses permitirá obtener las plazas sociosanitarias necesarias para la atención de los ciudadanos ibicencos.

8.3. CENTROS SOCIOSANITARIOS PÚBLICOS Y CONCERTADOS EN EL ÁMBITO SANITARIO DE MENORCA

La red de atención primaria de Menorca está compuesta por cinco centros de salud y siete unidades básicas. Asimismo, cuenta con un equipo de cuidados paliativos, constituido por dos microequipos que realizan la atención a los pacientes en la fase terminal, tanto en el Hospital Mateu Orfila como en asistencia domiciliaria.



Además de los recursos propios, hay plazas concertadas de convalecencia/rehabilitación y cuidados paliativos con el Centro Sociosanitario Santa Rita, que dispone de los recursos siguientes, entre otros:

Centro concertado	Unidades	Número de camas/plazas
Centro Sociosanitario Santa Rita	Convalecencia y rehabilitación	12 plazas (3 concertadas)
	Cuidados paliativos	4 plazas (2 concertadas)

a) Convalecencia y rehabilitación

Esta unidad está destinada a personas que requieren un trabajo profesional y constante para restablecer las capacidades que hayan podido quedar afectadas, totalmente o parcialmente, por alguna enfermedad.

Por medio de una atención personalizada e integral se trabaja para restablecer las funciones o actividades que hayan sido afectadas, totalmente o parcialmente, por diferentes patologías, reeducar las actividades de la vida diaria y ayudar en la adaptación de los cambios que se han producido por la enfermedad.

b) Cuidados paliativos

Servicio de atención especializada para pacientes en la fase terminal, en procesos oncológicos o en situaciones irreversibles. Los objetivos son la atención individualizada con control de síntomas y la comunicación, el apoyo emocional y el apoyo a la familia.

8.4. CÁLCULO COMPARATIVO ENTRE RECURSOS Y NECESIDADES DE MALLORCA PARA EL AÑO 2014

En la tabla siguiente se detallan las plazas actuales (datos de junio de 2008) de diferentes centros públicos y concertados, las necesidades calculadas según los indicadores de cobertura y las necesidades de crecimiento necesarias de cada recurso para 2014.



	Hospital Universitari Son Dureta	Hospital General	Joan March	Sant Joan de Déu	Cruz Roja	Total	Necesidades para 2014	Necesidades de crecimiento para 2014
Hospital de día		25*		25	20	70	212	142
Cuidados especiales				30 (+11 daño cerebral)	25	66	99-173	33-108
Convalecencia / rehabilitación	20	49	77	70		216	183-229	0-13
Cuidados paliativos		20	19	20		59	73-92	14-33

* Previsión para 2010

8.5. CUADRO COMPARATIVO ENTRE LOS RECURSOS Y LAS NECESIDADES DE MENORCA, IBIZA Y FORMENTERA PARA EL AÑO 2014

	Menorca		Ibiza		Formentera*	
	Necesidades para 2014	Recursos	Necesidades para 2014	Recursos	Necesidades para 2014	Recursos
Hospital de día	22	—	23	—	2	—
Cuidados especiales	10-18	—	11-19	—	1	—
Convalecencia / rehabilitación	20-25	3	28-35	8	1	—
Cuidados paliativos	8-10	2	11-14	4	1	—
Unidad polivalente**	34	—	36	—	2	—

* Para la población que tiene Formentera, no hace falta la dotación de recursos específicos.

** 2,3 camas por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años.

8.6. ACTUACIONES PREVISTAS PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES

8.6.1. En Mallorca:

- Recursos propios: aumento del número de plazas del Hospital General. El nuevo plan director prevé el inicio inminente de obras que permitirán que el Hospital complete su estructura como hospital de convalecencia y rehabilitación y cuidados especiales con un hospital de día y una planta de hospitalización.
- Recursos concertados: el Hospital Sant Joan de Déu tiene previsto ampliar sus instalaciones con el fin de aumentar el número de plazas que ofrece actualmente.



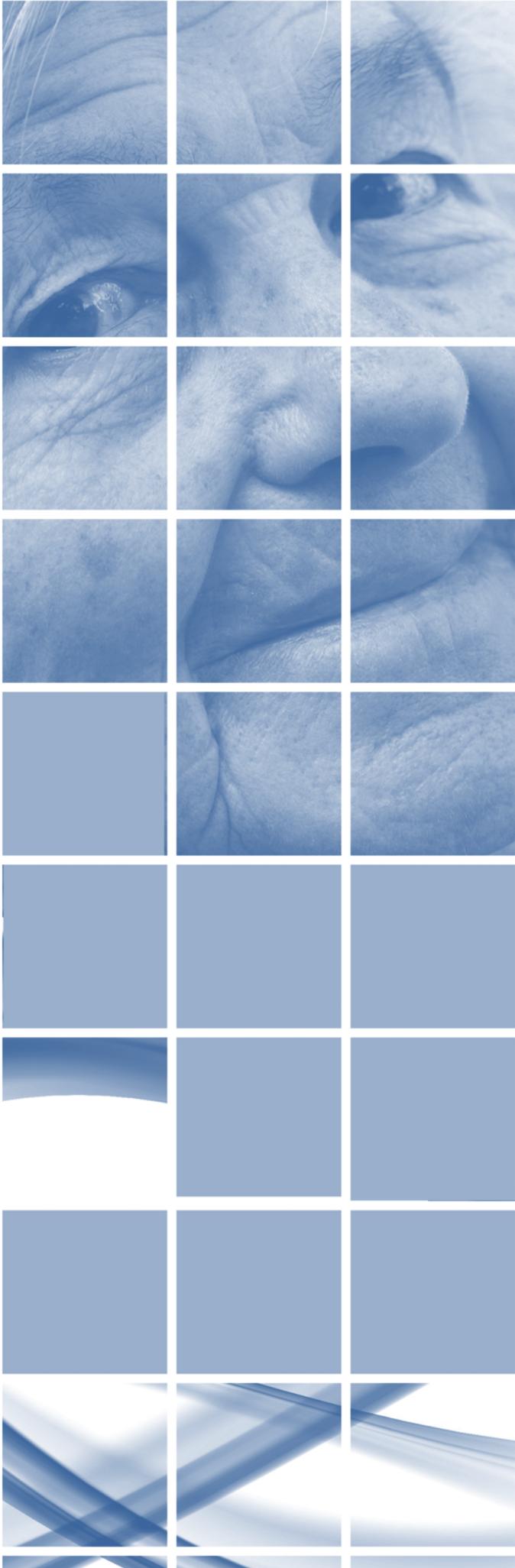
- Las necesidades evidenciadas en este plan se irán cubriendo en los próximos años con recursos propios o concertados.

8.6.2. En Menorca

- Disponibilidad de plazas en el Hospital Mateu Orfila.
- Concerto de plazas en la Residencia Sociosanitaria Santa Rita.
- Reserva de espacios en el antiguo Hospital Verge del Toro.

8.6.3. En las Pitiusas

- En el nuevo Hospital Can Misses hay una reserva de espacios para camas de convalecencia y cuidados especiales.
- Disponibilidad de camas en el Hospital de Formentera.





9. CIRCUITOS DE DERIVACIÓN

9.1. ACCESO A LOS RECURSOS SANITARIOS EN EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO DEL SERVICIO DE SALUD

Las características que definen estos circuitos son la **adecuación** en el uso de recursos a las necesidades de atención que presenta la persona y la **flexibilidad**; el núcleo sobre el cual se vertebra la derivación son los equipos de atención primaria.

En el ámbito sanitario, el papel más importante para conseguir una coordinación correcta debe desarrollarlo la **atención primaria**, ya que es la puerta de entrada al sistema y, además el recurso más próximo a la población.

Se articularán circuitos para que, desde atención primaria, las personas tributarias de un abordaje socio-sanitario puedan ser remitidas directamente a los hospitales socio-sanitarios y a otros servicios de soporte, como la rehabilitación a domicilio o los hospitales de día geriátricos.

El equipo de soporte a la atención domiciliaria (ESAD) tiene que ser el motor para la mejora continua de la atención domiciliaria. Como experto en la materia, recaen sobre él —además de la actividad asistencial directa— las funciones de coordinación con el resto de los niveles asistenciales con el fin de asegurar que las personas tengan un acceso sencillo al nivel de atención más adecuado a sus necesidades y no necesiten utilizar otros recursos, como los servicios de urgencias de los hospitales de agudos.

Los profesionales de la atención primaria de salud deben determinar cuáles son las estrategias de comunicación y coordinación con los servicios de atención primaria sociales y con el sistema de dependencia, con el fin de mejorar la calidad de la atención que se ofrece a los usuarios.

Los **hospitales de agudos** tienen que plantear estrategias claras de abordaje de las personas mayores con pluripatologías y periodos de recuperación por las descompensaciones de sus enfermedades, ya que este es un segmento de población que está en una fase de crecimiento

muy importante a causa del aumento de la esperanza de vida y el consiguiente incremento del número de personas mayores.

Se diseñará un programa de atención a los pacientes pluripatológicos para asegurarles una atención integral y evitar que un gran número de especialistas tengan que hacer un seguimiento de los pacientes y de sus cuidadores.

Es necesario llevar a cabo una tarea importante de formación de los profesionales para evitar que personas que podrían ser tratadas en un recurso más adecuado por sus problemas de salud alarguen su estancia innecesariamente y para que, mediante un proceso ágil, tengan acceso a los hospitales sociosanitarios de referencia o a los hospitales de día.

Tiene una importancia vital la coordinación con la atención primaria para detectar casos complejos y para asegurar una continuidad adecuada de los cuidados mediante la enfermera gestora de casos y las UVASS en los centros que dispongan de estos recursos.

Los **hospitales sociosanitarios** deben ser el recurso de elección para el seguimiento y el ingreso sanitario de la población que es el objeto de este Plan. Su visión holística de los pacientes, sus actividades encaminadas a la recuperación funcional y los cuidados integrales son lo que puede dar mejores resultados para tratar a estos pacientes. Hay que trabajar para alcanzar una organización basada en la intensidad de los cuidados y las camas de estos hospitales deben tener un uso polivalente. En ámbitos geográficos más pequeños —como Menorca e Ibiza, que actualmente no disponen de camas específicas en el sistema sanitario—, se plantea la posibilidad de crear unidades polivalentes en los hospitales de agudos para responder a las necesidades de este segmento de la población.

Los hospitales sociosanitarios y la atención primaria trabajan para mantener vías de comunicación permanente y clara, para todos los profesionales y desarrollan guías clínicas de actuación compartida. En estos casos tiene una importancia especial la comunicación entre el equipo que ha tratado al paciente en el centro sociosanitario y el equipo de atención primaria. Por tanto, es básico el informe integral del proceso del paciente emitido por el equipo que lo ha atendido durante su proceso de hospitalización y que incluya como mínimo el informe del médico y la enfermera referente del paciente.

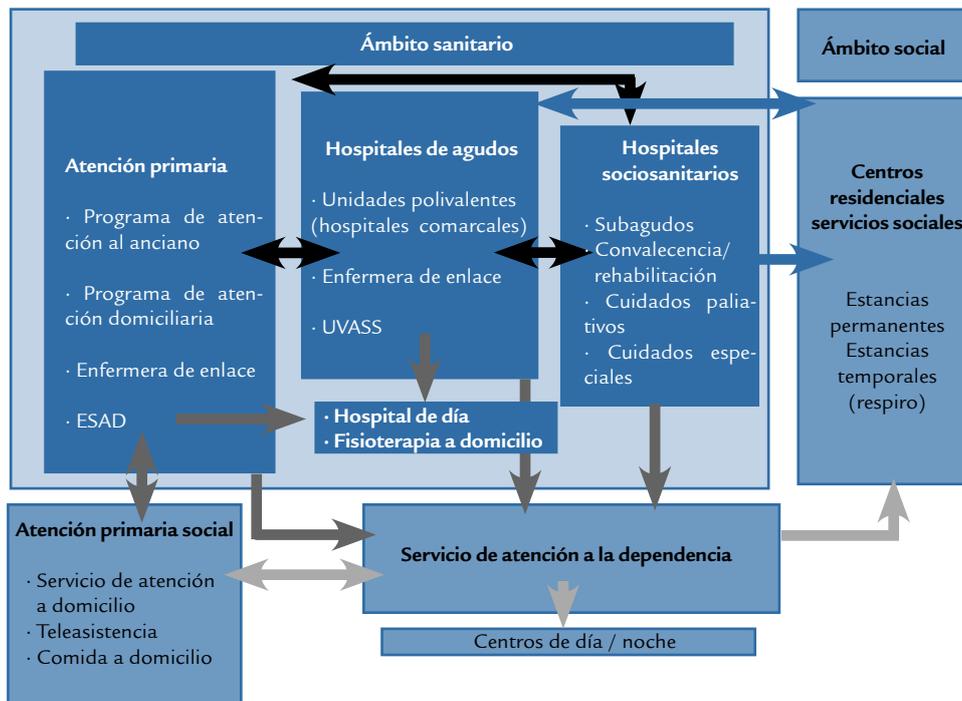
Tanto en los hospitales de agudos como en los sociosanitarios hay que valorar desde el primer momento qué cuidados necesitará el paciente una vez finalizado su proceso de hospitaliza-



ción; si tiene cuidador, hay que asegurar que participe en la toma de decisiones. En cambio, si no tiene cuidador, es necesario articular vías ágiles para solicitar la valoración de su grado de dependencia y demandar un recurso residencial al sistema de servicios sociales.

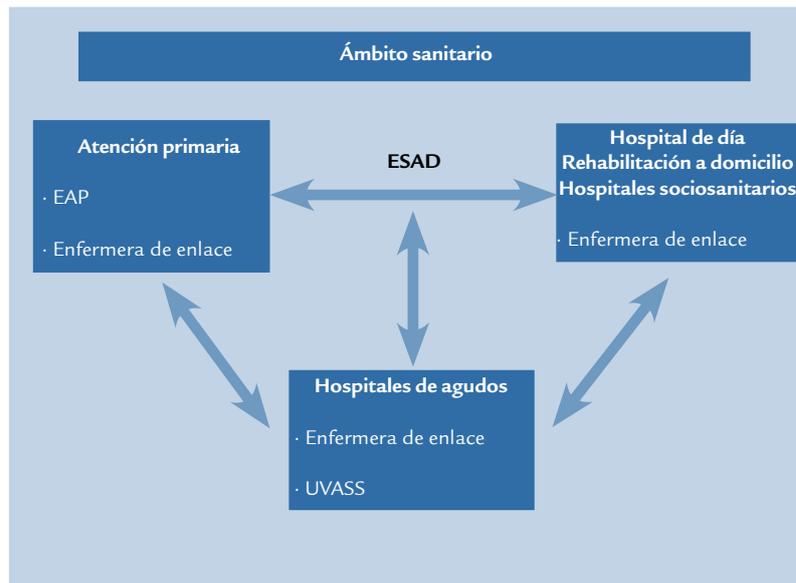
Todos los niveles del sistema sanitario deben tener contactos con el sistema de atención a la dependencia de los servicios sociales y han de informar a las personas usuarias sobre los derechos que tienen, así como orientarlas para que soliciten las prestaciones sociales a las que puedan tener acceso.

En todos los puntos del sistema sanitario el trabajo multidisciplinar es el elemento clave, y consigue dar salida a las necesidades de estos pacientes; hay que tener en cuenta esta premisa básica a la hora de plantear y diseñar estrategias de intervención.

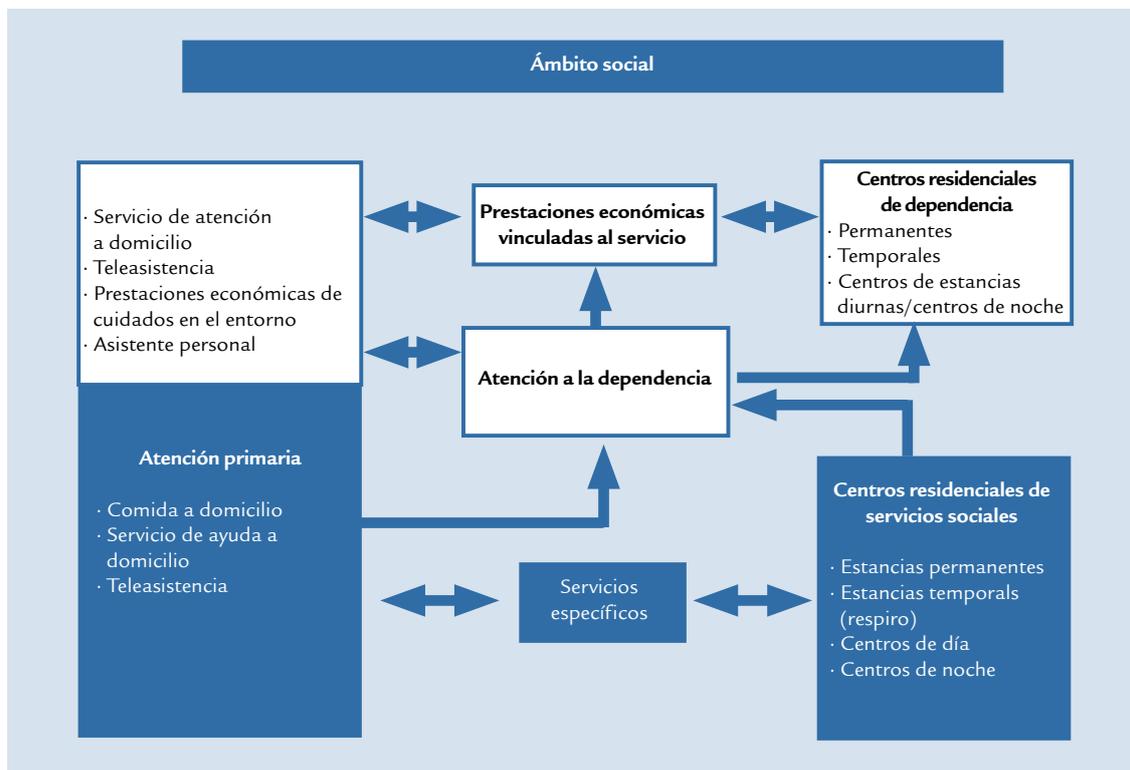


El cuadro anterior muestra los diferentes recursos de los que se dispone actualmente en las Islas Baleares para dar respuesta a las necesidades de la población diana de este Plan. Hay dos tipos de recursos:

- Los sanitarios, que son el objeto fundamental de la elaboración de este Plan.



– Los sociales, que —aunque no son el objetivo del Plan— son imprescindibles para atender de manera adecuada a estas personas, ya que muchas necesitarán recursos sociales además de los sanitarios, y por ello es necesario poder ofrecerles los recursos más adecuados a sus necesidades en cada momento. Eso hace imprescindible trabajar de manera coordinada, con profesionales en los dos sistemas, que conozcan los recursos de que disponen tanto al ámbito sanitario como el social. La acción sinérgica de los dos sistemas es imprescindible.





Estos dos cuadros se complementan con el gráfico en que se detallan los circuitos de la comisión operativa gestora de casos.

9.2. DELIMITACIÓN DE SECTORES EN MALLORCA

Esta propuesta tiene la finalidad de definir circuitos más ágiles y asegurar a las posibles personas usuarias el acceso adecuado a los recursos, sea cual sea su lugar de residencia. Actualmente esta delimitación no existe, pero puede ser necesaria en el futuro.

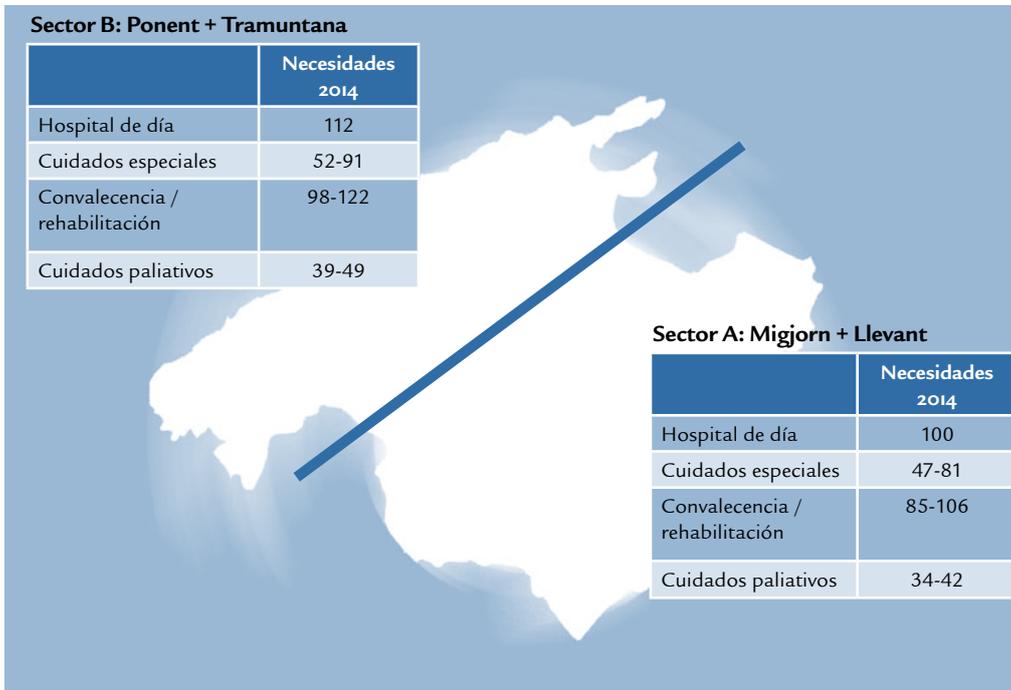
Por ello se divide la isla en dos sectores. Aun así, esta propuesta de sectores es orientativa y se puede modificar en cualquier momento para adaptarla a las necesidades reales de la población en cada momento.

El Sector A incluiría los sectores de Migjorn (zona de influencia del Hospital Son Llàtzer) y de Llevant (zona de influencia del Hospital de Manacor). En el Sector A, las necesidades de futuro son las siguientes:

- *Hospital de día*: las necesidades estimadas para el año 2014 son de 100 plazas.
- *Cuidados especiales*: la necesidad teórica estimada para 2014 de este tipo de plaza es de 47-81.
- *Convalecencia/rehabilitación*: la necesidad teórica de este tipo de plaza para 2014 se calcula entre 85 y 106.
- *Cuidados paliativos*: las necesidades estimadas de camas de cuidados paliativos para 2014 en este sector están entre 34 y 42.

El Sector B incluiría los sectores actuales de Ponent (zona de influencia del Hospital Universitario Son Dureta) y de Tramuntana (Hospital Comarcal de Inca):

- *Hospital de día*: la necesidad teórica de este tipo de plaza para 2014 es de 112.
- *Cuidados especiales*: la necesidad teórica de este tipo de plaza que se calcula para 2014 está entre 52 y 91.
- *Convalecencia/rehabilitación*: la necesidad teórica de este tipo de plaza se calcula para 2014 entre 98 y 122.
- *Cuidados paliativos*: la necesidad teórica de este tipo de plaza para 2014 se calcula entre 39 y 49.





10. GESTIÓN Y FINANCIACIÓN

Corresponde a la Consellería de Salud y Consumo asegurar la financiación del Plan de acciones sanitarias dentro del ámbito socio-sanitario del Servicio de Salud, que tendrá que quedar integrado en los presupuestos anuales del Servicio de Salud. Incluirá las partidas correspondientes a personal, gastos corrientes, inversiones y transferencias corrientes. Se repartirá entre las diferentes entidades de provisión implicadas en el despliegue del plan y de los propios servicios centrales del Servicio de Salud.

El origen de las partidas podrá ser a partir de recursos propios, derivados de transferencias económicas procedentes del Gobierno Central, derivadas de acuerdos con otras instituciones o cualquier otro sistema de financiación que el Gobierno decida.

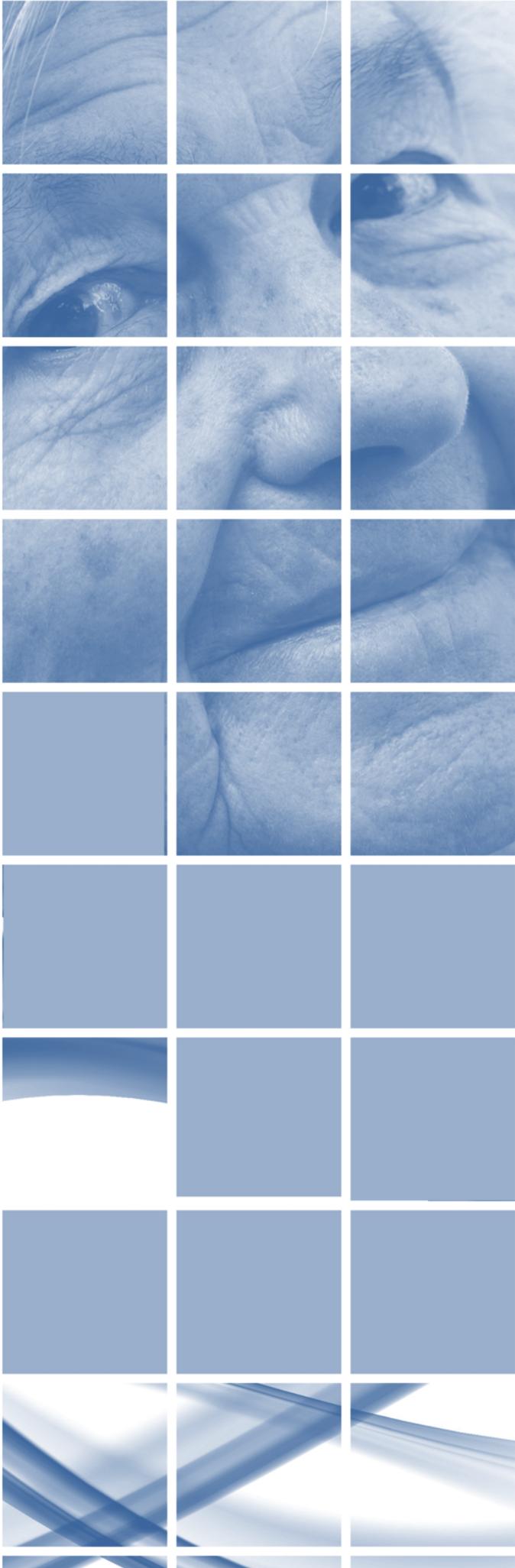
La gestión del Plan corresponde al Servicio de Salud de las Islas Baleares, mediante las diferentes gerencias que lo integran y/o de las entidades en las que participa en cogestión y/o con actividad concertada. El instrumento a utilizar será al igual que en la totalidad de centros, el contrato de gestión. Se definirán el presupuesto y los objetivos para el año en curso, y también los indicadores de evaluación.

En el caso de servicios propios, corresponderá al Servicio de Salud la aprobación de las plantillas que el desarrollo del plan genere.

Por lo que a las inversiones, que la aplicación de este Plan pueda generar, serán definidas por la Consellería de Salud y Consumo, mediante la Dirección General de Planificación y Financiación, aprobadas en el Consejo de Dirección de la Consellería y desarrolladas por el Servicio de Salud, con medios propios o de concesión administrativa.

En las actividades derivadas de la puesta en marcha de las diferentes comisiones que incluye el Plan, especialmente a las que hacen referencia a la coordinación con otras instituciones dependientes de otros organismos, Gobierno, Consejos Insulares, Ayuntamientos o entidades privadas, participará la Consellería de Salud y Consumo y/o el Servicio de Salud y asegurará la financiación de la parte que se acuerde, en caso de que sea necesario.

La gestión de los recursos domiciliarios se hará mediante las gerencias de Atención Primaria de Mallorca, Menorca, Ibiza y Formentera.





11. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

11.1. MEJORAR LA COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LOS SOCIALES

11.1.1. Justificación

Uno de los cambios más importantes de la práctica profesional ha sido la evolución de la práctica fundamentalmente individual hacia formas de intervención basadas en los equipos multidisciplinares. Los problemas que presentan los usuarios de los sistemas socio-sanitarios son muy complejos para que sean abordados por un solo profesional o por un solo sistema.

Uno de los retos más importantes es crear un espacio de relación donde estén representados los organismos, las entidades y los servicios que necesitan una colaboración y coordinación estrechas para dar una salida real a las necesidades de los usuarios.

Nuestra realidad demuestra que en la práctica diaria son necesarios los contactos entre los profesionales del mundo sanitario y los del mundo social, pero que se padece la indefinición de las vías formales para llevar a cabo estos contactos y que el voluntarismo es lo que resuelve muchas de estas situaciones. Ello hace difícil alcanzar la máxima efectividad en la atención de los problemas que presentan las personas.

Por tanto, existe la necesidad de establecer servicios de salud y sociales capaces de trabajar juntos y tener como centro de atención a las personas, y capaces también de estimular la cooperación multiprofesional y asegurar la continuidad de los cuidados, con la finalidad de evitar los solapamientos y las carencias en la obtención de servicios, así como compartir los sistemas de información.

En consecuencia, necesitamos definir claramente las competencias de cada uno de los ámbitos, establecer canales de comunicación y diseñar una estrategia de difusión de estos entre los profesionales. En el diseño de todo el sistema hay que tener en cuenta la opinión de las personas usuarias y de sus asociaciones.

11.1.2. Objectivos

- Establecer circuitos y contactos estables y permanentes a nivel directivo entre los servicios sociales y los sanitarios.
- Evaluar de manera conjunta los recursos sociosanitarios actuales y planificar nuevos recursos después de analizar las necesidades.
- Definir sistemas de información compartidos.
- Establecer el sistema de seguimiento y la evaluación permanente de los circuitos.
- Contribuir a mejorar la resolución de los casos con necesidad de servicios sociales y sanitarios y dar una respuesta coordinada que asegure a los usuarios que obtendrán el recurso más adecuado a sus necesidades.
- Analizar mediante el estudio de casos reales las dificultades de coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios.
- Hacer propuestas de mejora y de adecuación de los circuitos.
- Unificar la documentación necesaria y adecuada para la gestión de casos y para la comunicación entre los servicios.

11.1.3. Acciones

a) Crear una comisión sociosanitaria institucional:

- Su finalidad debe ser velar por el desarrollo correcto del Plan y disponer de la información necesaria para hacer el seguimiento y garantizar la asignación adecuada de recursos.
- Esta comisión tiene que desarrollar proyectos conjuntos y definir circuitos y competencias, y también el contenido de la información a compartir.
- En esta comisión deben aprobarse las iniciativas conjuntas y ha de plantearse crear un sistema de control de calidad de los circuitos y de las relaciones en el nivel institucional entre los dos sistemas.

b) Crear una oficina gestora de casos

- Esta oficina ha de ser un verdadero instrumento de coordinación y de resolución de casos, tiene que ser operativa y debe estar formada por profesionales expertos, con personal del Servicio de Salud y de los Servicios Sociales.
- En esta comisión hay que valorar y resolver casos concretos que han presentado dificultades para su resolución usando las vías establecidas en la actualidad. Se pretende que queden patentes las dificultades que se presentan en la práctica diaria de los servicios sociales y sanitarios y conseguir hacer un seguimiento adecuado de los casos en ambos sistemas.

11.2. DEFINIR LOS NUEVOS SERVICIOS SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN

11.2.1. Justificación

Es imprescindible convertir a los pacientes y a su familia en el centro del sistema sociosanitario; por tanto, hay que garantizarles un acceso adecuado a los recursos. La planificación sanitaria en materia de recursos —hospital de día, rehabilitación a domicilio, convalecencia/rehabilitación, cuidados especiales y cuidados paliativos— prevé un incremento en los próximos años.

Según los indicadores de cobertura utilizados en el diseño de este Plan, ha quedado patente la necesidad de planificar nuevos servicios para dar salida a las demandas actuales y futuras de la población.

El envejecimiento de la población y, sobre todo, el fenómeno del sobrevejecimiento provocan una gran demanda de los servicios de rehabilitación y de los servicios de atención a las personas mayores con enfermedades crónicas y muchas veces incapacitantes.

Las personas frágiles necesitan servicios próximos a su casa y facilidades para circular entre los diferentes servicios para que su calidad de vida no empeore: el paciente frágil y pluripatológico necesita un abordaje integral y multidisciplinario.

Nuestro sistema valora el esfuerzo que en la actualidad hacen las familias y los cuidadores, en la mayoría de los casos son los que asumen la parte más importante de los cuidados y los que resuelven la mayor parte de las situaciones, por lo que es imprescindible apostar fuerte para facilitarles su tarea al máximo posible. El objetivo de estas intervenciones es que la persona enferma y dependiente pueda estar el máximo tiempo posible en su casa o en el entorno habitual, y ayudar al cuidador principal a hacer su tarea evitándole molestias innecesarias y mejorando la eficiencia de nuestras intervenciones.

11.2.2. Objetivos

- Determinar los recursos necesarios en las Islas Baleares para responder a las necesidades y a las demandas de la población.
- Determinar la previsión de aumento de los recursos en base a las proyecciones de crecimiento de la población.
- Una vez evaluado el pilotaje y definido como una necesidad en las Islas Baleares, asegurar el acceso progresivo a los programas de rehabilitación a domicilio.



- Garantizar los recursos necesarios y determinar estrategias para crear nuevos recursos con una distribución equitativa en el territorio.
- Asegurar el acceso adecuado a las prestaciones ortoprotésicas necesarias
- Mejorar la atención a los cuidadores informales y contribuir a mejorar su calidad de vida.
- Identificados como problemas de salud y necesidades de nuestra población, nos planteamos:
 - Desarrollar el Plan de atención temprana.
 - De acuerdo con la Estrategia nacional, impulsar la Estrategia de las Islas Baleares de actuación ante las enfermedades raras.

11.2.3. Acciones

- a) Definir, implantar y evaluar el programa de rehabilitación a domicilio.
- b) Ampliar los recursos socio-sanitarios en las Islas Baleares según las previsiones del Plan.
- c) Impulsar las acciones que se deriven de la aprobación de la Estrategia de las Islas Baleares de actuación ante las enfermedades raras.

11.3. POTENCIAR EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

11.3.1. Justificación

La atención primaria es el servicio sanitario más próximo a la población y es el que asume la atención de las personas a lo largo de su vida. Es en la atención primaria donde hay que desarrollar el máximo número de estrategias de promoción de la autonomía y atención a las personas que la han perdido. Los servicios sanitarios de atención primaria conocen a sus usuarios y pueden ayudar a prevenir situaciones que podrían llegar a ser complejas y que comportan un alto grado de sufrimiento a las personas y a sus cuidadores. Si queremos mejorar la calidad de vida y la atención de este colectivo, el modo de llegar a un número más alto de personas y de tener un impacto mayor es mejorar la atención que reciben de los servicios de atención primaria, tanto en los centros de salud como en su domicilio.

En atención primaria hay que fomentar dos vías de atención: una visión de promoción y prevención de problemas a las poblaciones más vulnerables –como las personas mayores, mediante el Programa de atención al anciano– y otra vertiente dedicada a la atención a las personas que ya presentan problemas y situaciones de dependencia, con una mención especial al Programa de atención domiciliaria y al Protocolo de educación a cuidadores, tal como apuntábamos al definir los recursos de la atención primaria. Estos programas se fomentarán de forma importante y hay que mantenerlos actualizados para adaptarlos a las necesidades, no deben tener en cuenta solo a la persona enferma, sino incluir a la persona cuidadora como una parte más del proceso de atención a domicilio. En esta misma línea, es necesario incluir la formación a



los cuidadores (tanto individuales como grupales) como una actividad prioritaria de la cartera de servicios de atención primaria.

Una de las estrategias descritas como elemento de coordinación para mejorar la cobertura y la calidad de la atención domiciliaria es la figura de la enfermera de enlace experta en atención domiciliaria dentro de los equipos de atención primaria. Se trata de la persona de referencia en el centro para asegurar la continuidad de los cuidados entre los centros hospitalarios y los centros de atención primaria, y también tiene un papel importante como elemento de formación en temas de metodología enfermera y de consultoría en casos complejos. Junto con el trabajador social, es la persona de referencia para los servicios sociales y para los otros niveles asistenciales; además, participa en la formación de los cuidadores. Otra función que puede tener es mantener el contacto con los equipos de soporte, con los centros residenciales de la zona para colaborar en el seguimiento de las personas ingresadas y con los organismos y las entidades del barrio con actividades destinadas a este colectivo y a sus cuidadores.

11.3.2. Objetivos

- Mejorar la coordinación y la atención de los pacientes entre la atención primaria y los hospitales sociosanitarios.
- Impulsar y revisar periódicamente el Programa de atención domiciliaria y el Programa de atención al anciano.
- Fomentar las relaciones entre los equipos de atención primaria y las asociaciones de enfermos y personas mayores.
- Impulsar programas de atención y formación a los cuidadores en todos los centros de salud.
- Mejorar la accesibilidad de los usuarios al material de apoyo ortoprotésico, a los complementos alimenticios, etc., y facilitarles la indicación por parte de los profesionales de atención primaria y el procedimiento de dispensación.

11.3.3. Acciones

- a) Crear una comisión interinstitucional entre atención primaria y los centros sociosanitarios públicos.
- b) Potenciar el Programa de atención al anciano y el Programa de atención domiciliaria con la inclusión de los cuidadores como un elemento más de atención.
- c) Mejorar los canales de comunicación y de derivación de pacientes entre los centros de atención primaria y los hospitales sociosanitarios, y definir programas clínicos conjuntos.
- d) Potenciar el papel de las enfermeras como personas de referencia para el seguimiento de la atención domiciliaria.



- e) Establecer programas de formación continuada para el personal médico y de enfermería de atención primaria en relación a la atención domiciliaria.
- f) Implantar la figura de la enfermera experta en atención domiciliaria o enfermera de enlace.

11.4. DISEÑAR UN PROGRAMA DE CALIDAD QUE GARANTICE LA EXCELENCIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS CUIDADOS

11.4.1. Justificación

Establecer los indicadores de evaluación en la prestación de servicios que permitan medir las buenas prácticas y conseguir una asistencia integral y adaptada a las necesidades de la población, teniendo en cuenta las particularidades del sistema (tanto las profesionales como las estructurales).

11.4.2. Objetivos

- Definir indicadores de calidad en el ámbito socio-sanitario, en los hospitales públicos y en atención primaria.
- Colaborar con atención primaria y con atención especializada en la definición y en la gestión de procesos clínicos.
- Que los centros sanitarios utilicen el contrato de gestión con el Servicio de Salud como una herramienta de mejora.

11.4.3. Acciones

- a) Elaborar indicadores de calidad para cada uno de los servicios que pertenecen a la red sanitaria con prestaciones socio-sanitarias.
- b) Elaborar un plan de medida de los indicadores ligados a los contratos de gestión.
- c) Elaborar una estrategia de intervención cuando se sospeche de maltratos a personas mayores dependientes.

11.5. IMPULSAR LA INVESTIGACIÓN, FAVORECER LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA Y LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES

11.5.1. Justificación

El artículo 12 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias¹⁸, establece claramente como una obligación de los profesionales la actualización continua de sus conocimientos mediante la formación continuada —como un derecho y como un deber—, y también como un principio rector de la actuación formativa el desarrollo de



herramientas que permitan evaluar el grado de conocimientos y la adaptación profesional al puesto de trabajo.

Por otra parte, los adelantos de las ciencias sanitarias implican dirigir la práctica clínica hacia la evidencia científica: crear evidencia e impulsar los cuidados excelentes son dos de los objetivos de este Plan.

11.5.2. Objetivos

- Identificar las necesidades de formación y establecer las intervenciones conjuntas desde los servicios sociales y sanitarios.
- Asegurar la formación constante y actualizada de los profesionales sanitarios en el ámbito sociosanitario.
- Incorporar la visión de los usuarios a los proyectos de investigación.

11.5.3. Acciones

- a) Diseñar un plan de formación continuada bienal para los profesionales que trabajan en el ámbito sociosanitario.
- b) Utilizar la metodología de investigación acción participativa para desarrollar proyectos de investigación.

11.6. ASEGURAR EL ACCESO A LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS DESDE CUALQUIER NIVEL DE LA ATENCIÓN SANITARIA

11.6.1. Justificación

Los circuitos de acceso desde cualquier dispositivo sanitario al hospital de día, a la unidad de paliativos, convalecencia/rehabilitación o cuidados especiales deben ser conocidos por todos los servicios del ámbito sanitario. Agilizar, definir y difundir claramente los circuitos es una de las prioridades máximas de este Plan.

El Programa de atención al anciano y el Programa de atención domiciliaria permiten conocer qué población tiene necesidades de recursos sociosanitarios. Se pretende evitar que estas personas tengan que pasar por los servicios de urgencia hospitalaria para resolver sus problemas de salud.

Las personas tributarias de estos recursos son personas frágiles y, por ello, las demoras para recibir una atención adecuada a menudo pueden empeorar su estado de salud y hacerles perder capacidad funcional.



La coordinación entre todos los dispositivos permitirá también el ingreso desde cualquier ámbito asistencial y garantizar la continuidad asistencial.

11.6.2. Objetivos

- Mejorar la atención a los potenciales usuarios del sistema socio-sanitario y a sus cuidadores.
- Asegurar a los usuarios un acceso racional a los recursos socio-sanitarios.
- Homogeneizar y racionalizar los criterios de derivación a cada uno de los recursos.
- Garantizar la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales.

11.6.3. Acciones

- a) Definir los circuitos entre los diferentes recursos: atención primaria, hospital de día, fisioterapia a domicilio, unidades de agudos, unidades de convalecencia/rehabilitación y cuidados especiales.
- b) Crear la figura de la enfermera gestora de casos en los hospitales de agudos.
- c) Revisar los circuitos y los protocolos de derivación del ESAD y de las UVASS.
- d) Implantar el programa de gestión de pacientes pluripatológicos en todos los niveles asistenciales.
- e) Determinar las estrategias para conseguir la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles.

11.7. DESARROLLAR LA ESTRATEGIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS ISLAS BALEARES

11.7.1. Justificación

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida del paciente y de su familia, que se enfrentan a los problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida, mediante la prevención y la mejora del sufrimiento, a través de la detección y la evaluación correcta del tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psíquicos y espirituales. Esta definición se complementa con los principios siguientes:

- Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida aliviando el dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso.
- No intentan acelerar la muerte ni retrasarla.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos en la atención de los pacientes.
- Ayudan a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ayudan a la familia a adaptarse durante la enfermedad y en el duelo.
- Dan apoyo emocional en el duelo cuando es necesario.
- Se pueden aplicar conjuntamente con tratamientos que pueden alcanzar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia.

Esta estrategia está enmarcada en la Estrategia nacional de cuidados paliativos, son un conjunto de directrices y líneas de trabajo que forman parte del Plan nacional de salud y que tienen como objetivo mejorar la atención de los pacientes en situación avanzada y/o terminal y de sus familias. Los cuidados paliativos son un derecho y una prestación más de la asistencia sanitaria, recogido en la legislación española.

11.7.2. Objetivos

El objetivo principal de esta estrategia es proporcionar a los pacientes en la fase avanzada y/o terminal de la enfermedad y a sus familiares una valoración y una atención integral adaptada a cada situación, en cualquier nivel asistencial y durante todo el proceso, basada en el reconocimiento del derecho de cada persona a recibir en este periodo el mejor tratamiento y siempre siguiendo criterios de eficiencia, equidad y calidad.

11.7.3. Objetivos específicos

- Asegurar la máxima cobertura poblacional y garantizar los circuitos de atención.
- Asegurar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y entre las diversas instituciones.
- Implicar a todos los profesionales en la atención en cuidados paliativos. Este servicio debe darse en todos los niveles asistenciales (hospitales de agudos, centros de atención primaria, sociosanitarios y residencias). Ello refuerza la polivalencia y la continuidad en la asistencia y permite la optimización de los recursos humanos durante todo el proceso para el mismo equipo asistencial.
- Asegurar una atención humanizada, integral y de calidad.
- Asegurar que se cumplen los derechos de los pacientes y los principios de la bioética.
- Impulsar el uso del documento de voluntades anticipadas.
- Asegurar el registro y garantizar la evaluación de la atención asistencial.
- Favorecer una atención de calidad promoviendo la formación profesional y la investigación como herramientas de mejora e innovación en este ámbito.
- Asegurar la evaluación mediante el desarrollo y el seguimiento de los indicadores de la estrategia.

11.7.4. Acciones

- a) Los equipos de atención primaria serán los responsables de los cuidados paliativos con el apoyo del ESAD y en coordinación con la atención hospitalaria.
- b) Los equipos de atención primaria tendrán un equipo de soporte de cuidados paliativos de referencia.
- c) Dar cobertura a los pacientes con necesidades de cuidados paliativos ingresados en otras instituciones no sanitarias.
- d) Garantizar el acceso a programas de intervención psicológica disponibles.



- e) Dar cobertura durante las 24 horas del día y los siete días de la semana.
- f) Informar a la población sobre los recursos disponibles.
- g) Identificar a los pacientes en cualquier nivel asistencial.
- h) Instaurar un sistema de coordinación entre las diferentes instituciones sanitarias y sociales.
- i) Impulsar programas de ayuda a los cuidadores en colaboración con los servicios sociales.
- j) Asegurar que los cuidados paliativos se darán en todos los niveles asistenciales.
- k) Disponer de un plan de atención completo, individualizado y coordinado con los diferentes profesionales sanitarios.
- l) Dar valoración y apoyo al cuidador.
- m) Implantar guías integradas de práctica clínica según los criterios de calidad del Sistema Nacional de Salud.
- n) Dar atención especial en la fase de agonía, respetando las últimas voluntades.
- o) Establecer pautas de intervención específicas basadas en la evidencia en pacientes con enfermedades crónicas evolutivas en fase terminal.
- p) Informar a los pacientes de acuerdo con sus necesidades y preferencias y actuando y respondiendo de acuerdo con los principios básicos de la bioética, así como ayudarles en el proceso de toma de decisiones.
- q) Publicar y difundir el documento de voluntades anticipadas.
- r) Disponer de un sistema de registro y evaluación sistemática de resultados clínicos.
- s) Elaborar un plan de formación continuada para los profesional sanitarios.
- t) Potenciar las líneas de investigación sobre cuidados paliativos.
- u) Establecer indicadores de cobertura y calidad para medir los resultados

11.8. IMPLANTAR Y DIFUNDIR EL PLAN EN EL ÁMBITO SANITARIO

11.8.1. Justificación

La definición de servicios, políticas de coordinación, acceso a los recursos, etc., será una realidad cuando los profesionales que intervienen en todos los procesos tengan la información oportuna a la hora de tomar las decisiones.

Antes de la fase de implantación del Plan es imprescindible hacer una campaña de difusión que llegue a los profesionales de todos los ámbitos y sectores.

11.8.2. Objetivo

Dar a conocer la estructura actual de los recursos y de las necesidades socio-sanitarias en el ámbito sanitario.



11.8.3. Acciones

- a) Publicar el Plan durante el primer semestre de 2010.
- b) Presentarlo a los órganos institucionales de las Islas Baleares.
- c) Difundirlo en el ámbito hospitalario y en el de atención primaria.
- d) Establecer los indicadores de evaluación anual.
- e) Presentar una memoria anual de resultados.



12. ANEXOS

12.1. CUADROS COMPARATIVOS DE INDICADORES DE COBERTURA DE DIFERENTES PLANES SOCIO-SANITARIOS

Indicadores estándar de cobertura	Plan socio-sanitario de 2006 ⁶	Plan socio-sanitario de Catalunya ¹²
Hospital de día	Opcional	1,5 plazas cada 1.000 habitantes > 64 años
Larga estancia / cuidados especiales	3,5 % población > 65 años (1-2 % compleja)	5 camas cada 1.000 habitantes > 64 años
	5 camas cada 1.000 habitantes > 65 años	
	7-9,6 % camas de agudos	
Convalecencia/rehabilitación	20-25 camas cada 100.000 población total	1,8 camas cada 1.000 habitantes > 64 años
	1,8 camas cada 1.000 habitantes > 65 años	
Unidades polivalentes CV + CP	2 camas cada 1.000 > 65 años	2 camas cada 1.000 habitantes > 64 años
Cuidados paliativos	70 camas cada 1.000.000 población total	0,08-0,1 cada 100.000 habitantes
	0,06 % cada 1.000 hab. población total	
UVASS		
ESAD	1 equipo cada 100.000 personas	1 equipo cada 100.000 personas

Indicadores estándar de cobertura	Plan socio-sanitario de 2003 ⁵	Programa de atención a enfermos crónicos dependientes de Aragón ¹³
		Unidad de fisioterapia. 1 unidad cada 25.000 hab.
Centro de día	25-30 plazas cada 5.000 hab. > 65 años	0,4 plazas por cada cama de convalecencia
Hospital de día		
Larga estancia / cuidados especiales	3,5 % población > 65 años (1-2 % compleja)	
Convalecencia/rehabilitación	20-25 camas cada 100.000 hab. población total	1,5 camas cada 1.000 habitantes > 65 años
		Un hospital de convalecencia por sector
Cuidados paliativos	70 camas cada 1.000.000 hab. población total	
UVASS		1 UVASS por sector
ESAD		1 equipo por sector



Indicadores estándar de cobertura	Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública de Cataluña ¹⁴
Hospital de día	1,5 plazas cada 1.000 habitantes > 64 años
	1 hospital cada población > 15.000 hab.
Larga estancia / cuidados especiales	5 camas cada 1.000 habitantes > 64 años
Convalecencia/ rehabilitación	1,8 camas cada 1.000 habitantes > 64 años
Unidades polivalentes CV + CP	2,3 camas cada 1.000 habitantes > 64 años
Cuidados paliativos	8-10 camas cada 100.000 habitantes

12.2. DATOS DE POBLACIÓN EXTRAÍDOS DE LOS PLANES SOCIOSANITARIOS PUBLICADOS EN LAS ISLAS BALEARES. INCREMENTOS DE POBLACIÓN (PLAN SOCIOSANITARIO DE 2006)⁶

Tabla 1. Población según el IBAE (2003).

	Población total	Población > 65 años	Porcentajes
Islas Baleares	947.361	133.383	14,07 %
Mallorca	753.584	109.451	14,52 %
Menorca	81.067	11.054	13,63 %
Ibiza	105.103	11.820	11,24 %
Formentera	7.607	1.058	13,90 %

Tabla 2. Incremento de la población total.

	1998-2003	2003-2008
Islas Baleares	65.541	114.879
Mallorca	95.541	78.855
Menorca	10.242	13.302
Ibiza	18.150	22.869
Formentera	1.608	-147

Tabla 3. Increment de la població major de 65 anys.

	1998-2003	2003-2008
Islas Baleares	20.300	11.548
Mallorca	15.790	8.238
Menorca	1.393	1.622
Ibiza	2.790	1.892
Formentera	327	-204



12.3. POBLACIÓN ASIGNADA A CADA HOSPITAL DE REFERENCIA POR GRUPOS DE EDAD

Tabla 4. Hospitales de Mallorca.

	Hospital Universitario Son Dureta			Hospital Son Llàtzer			Hospital de Manacor			Hospital Comarcal de Inca		
	H*	M**	Total	H*	M**	Total	H*	M**	Total	H*	M**	Total
Edades	152.832	162.119	314.951	117.893	120.008	237.901	67.097	67.065	134.162	56.728	56.391	113.119
0-4	7.626	7.246	14.872	6.788	6.420	13.208	3.702	3.531	7.233	3.402	3.072	6.474
5-9	7.787	7.494	15.281	6.539	6.128	12.667	3.651	3.403	7.054	3.082	2.823	5.905
10-14	7.156	6.784	13.940	5.919	5.447	11.366	3.511	3.287	6.798	2.929	2.755	5.684
15-19	7.801	7.747	15.548	6.191	5.900	12.091	3.621	3.673	7.294	3.169	2.875	6.044
20-24	9.419	9.610	19.029	7.015	7.104	14.119	4.205	4.126	8.331	3.437	3.551	6.988
25-29	13.106	14.004	27.110	9.509	9.685	19.194	5.466	5.360	10.826	4.573	4.589	9.162
30-34	15.997	15.800	31.797	11.985	11.786	23.771	6.339	5.803	12.142	5.527	5.168	10.695
35-39	15.133	14.930	30.063	11.661	11.107	22.768	6.155	5.600	11.755	5.357	4.776	10.133
40-44	13.317	13.234	26.551	10.271	9.672	19.943	5.719	5.375	11.094	4.823	4.396	9.219
45-49	11.302	11.773	23.075	8.504	8.378	16.882	4.864	4.537	9.401	4.118	3.745	7.863
50-54	9.766	10.569	20.335	7.240	7.300	14.540	3.942	3.772	7.714	3.314	3.211	6.525
55-59	8.651	9.107	17.758	6.185	6.444	12.629	3.371	3.191	6.562	2.719	2.637	5.356
60-64	7.739	8.134	15.873	5.856	5.907	11.763	3.018	3.085	6.103	2.605	2.619	5.224
65-69	5.503	6.034	11.537	4.375	4.406	8.781	2.529	2.637	5.166	1.997	2.159	4.156
70-74	4.457	5.496	9.953	3.500	4.064	7.564	2.152	2.588	4.740	1.899	2.199	4.098
75-79	3.700	5.217	8.917	2.952	3.804	6.756	2.039	2.642	4.681	1.707	2.249	3.956
80-84	2.331	4.214	6.545	1.892	3.100	4.992	1.409	2.042	3.451	1.127	1.754	2.881
85-89	1.342	2.815	4.157	946	2.019	2.965	831	1.369	2.200	621	1.070	1.691
90-94	470	1.265	1.735	381	890	1.271	383	685	1.068	201	531	732
95-99	229	646	875	184	447	631	190	359	549	121	212	333

* Hombres

** Mujeres

Fuente: datos de la TSI de enero de 2009.

Tabla 5. Hospitales de Menorca, de las Pitiusas y totales de las Islas Baleares.

	Hospital Mateu Orfila (Menorca)			Hospital Can Misses (Ibiza)			Hospital de Formentera			Totales de las Islas Baleares		
	H*	M**	Total	H*	M**	Total	H*	M**	Total	H*	M**	Total
Edades	43.051	43.751	86.853	61.068	59.744	120.878	3.695	3.558	7.259	502.487	512.636	1.015.123
0-4	2.456	2.315	4.771	3.415	3.252	6.667	194	173	367	27.583	26.009	53.592
5-9	2.419	2.369	4.788	3.071	2.889	5.960	197	178	375	26.746	25.284	52.030
10-14	2.116	2.049	4.165	2.899	2.730	5.629	186	189	375	24.716	23.241	47.957
15-19	2.302	2.067	4.369	3.080	2.953	6.033	202	168	370	26.366	25.383	51.749
20-24	2.420	2.508	4.928	3.925	4.045	7.970	198	206	404	30.619	31.150	61.769
25-29	3.438	3.581	7.019	5.619	5.736	11.355	329	323	652	42.040	43.278	85.318
30-34	4.155	4.190	8.345	6.674	6.271	12.945	400	393	793	51.077	49.411	100.488
35-39	4.270	4.025	8.295	6.135	5.758	11.893	401	352	753	49.112	46.548	95.660
40-44	3.831	3.630	7.461	5.384	4.873	10.257	349	311	660	43.694	41.491	85.185
45-49	3.214	3.138	6.352	4.726	4.432	9.158	281	242	523	37.009	36.245	73.254
50-54	2.678	2.642	5.320	4.013	3.822	7.835	223	201	424	31.176	31.517	62.693
55-59	2.376	2.215	4.591	3.378	3.063	6.441	196	190	386	26.876	26.847	53.723
60-64	2.035	2.061	4.096	2.807	2.512	5.319	171	155	326	24.231	24.473	48.704
65-69	1.563	1.766	3.329	1.805	1.801	3.606	109	102	211	17.881	18.905	36.786
70-74	1.368	1.521	2.889	1.523	1.656	3.179	85	132	217	14.984	17.656	32.640
75-79	1.085	1.386	2.471	1.250	1.587	2.837	80	89	169	12.813	16.974	29.787
80-84	768	1.128	1.896	806	1.197	2.003	56	78	134	8.389	13.513	21.902
85-89	415	716	1.131	411	696	1.107	31	49	80	4.597	8.734	13.331
90-94	142	305	447	147	334	481	7	19	26	1.731	4.029	5.760
95-99	51	139	190	66	137	203	6	8	14	847	1.948	2.795

* Hombres

** Mujeres

Fuente: datos de la TSI de enero de 2009



13. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España: libro blanco. Madrid, 2005.
2. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
3. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
4. Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Islas Baleares.
5. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Plan socio-sanitario de las Islas Baleares. Palma, 2003.
6. Gobierno de las Islas Baleares. Plan socio-sanitario de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Palma, 2006.
7. Plan socio-sanitario de Menorca. Julio de 2000.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa de atención domiciliaría como equipo de soporte (ESAD). Madrid, 1999.
9. INSALUD. Programa de atención en el anciano. Palma, 2000.
10. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Protocolo para la educación grupal del cuidador.
11. Orden del director gerente del Servicio de Salud de regulación del funcionamiento de los equipos de apoyo de atención domiciliaria (BOIB n.º 153, de 21/12/2002).
12. Generalidad de Cataluña. Plan director socio-sanitario. Barcelona, 2006.
13. Gobierno de Aragón. Programa de atención en enfermos crónicos dependientes. Zaragoza, 2006.
14. Generalidad de Cataluña. Los servicios para la salud: mirando hacia el futuro. Mapa sanitario, socio-sanitario y de salud pública. Barcelona, 2006.
15. Subdirección General de Difusión Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Madrid, 1999.
16. Generalidad de Cataluña. Servicios socio-sanitarios: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención al paciente y a la familia. Planificación y evaluación sanitarias. Plan director socio-sanitario. Barcelona, 2006.
17. Junta de Castilla y León. II Plan socio-sanitario de Castilla y León. 2003.
18. Gobierno Vasco. Plan estratégico para el desarrollo de la atención socio-sanitaria en el País Vasco 2005-2008. 2005.
19. Servicio Andaluz de Salud. Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital. 2006.
20. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. 20. Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.

