

Plan integral de atención sanitaria
a las personas mayores
y a los enfermos crónicos en la
Comunitat Valenciana
2007-2011



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

Plan integral de atención sanitaria
a las personas mayores
y a los enfermos crónicos en la
Comunitat Valenciana
2007 - 2011

Plan integral de atención sanitaria
a las personas mayores
y a los enfermos crónicos en la
Comunitat Valenciana
2007 - 2011



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

2007

Editor: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat
© de la edició: Generalitat Valenciana, 2007
© de los textos: Los autores
Coordinado por: Dirección General de Asistencia Sanitaria
ISBN: 978-84-482-4629-7
Depósito Legal: V-1275-2007
Imprime: LAIMPRESSA CG



PRESENTACIÓN
PRÓLOGO
INTRODUCCIÓN



PRESENTACIÓN

En poco más de un siglo la esperanza de vida de la población española –y la de la Comunitat Valenciana, no ha sido una excepción– se ha casi duplicado. De los 50 años que marcaba la franja vital a principios de siglo XX, se ha pasado a los 77 actuales, lo que representa uno de los grandes avances que nos han acompañado en un período relativamente muy corto.

En nuestro caso, además las condiciones climáticas así como el mantenimiento de una dieta saludable han ayudado enormemente a que nuestro territorio sea además un espacio de acogida para muchas personas de otros lugares.

En este momento casi un 10 por ciento de la población valenciana supera los 75 años. Ello supone un importante logro y, al mismo tiempo, un reconocimiento de los altos niveles de calidad de vida que esta Comunitat ofrece, con independencia de la edad de sus habitantes. Pero si éste es un logro de todos, sería arriesgado, no planificar las necesidades de una población con unas características especiales, sobre todo en el campo de la medicina y los cuidados, sean estos paliativos o crónicos.

Personalmente, he considerado desde siempre que el ser humano, llegada cierta etapa de su vida ha atesorado una serie de derechos, entre ellos, el de recibir una atención social y sanitaria ajustada a sus necesidades más inmediatas, y entre éstas cabe situar en el punto más elevado el derecho a la salud.

El Plan Integral de Atención Sanitaria a las Personas Mayores y a los Enfermos Crónicos es la respuesta clara y concreta a tales necesidades. Este plan es el resultado de un estudio de las necesidades específicas y su puesta en marcha implica la reor-

denación de los recursos generados en los últimos años y se desarrollará con la vista puesta en las previsiones de una sociedad como es la valenciana que puede alcanzar los 5,5 millones de habitantes en un período de quince años.

La Generalitat da un paso decisivo y se adelanta, con este Plan de Atención Sanitaria para que los ciudadanos de la Comunitat Valenciana puedan seguir disfrutando, ahora y en un futuro, de unas condiciones de vida excepcionales, y cuanto lo necesiten obtengan la respuesta satisfactoria a sus necesidades de salud.

Francisco Camps Ortiz
President de la Generalitat



PRÓLOGO

La mejora de las condiciones sociales y económicas de la Comunitat Valenciana exige un constante esfuerzo de actualización tanto de las estrategias de acción como en la redefinición de las políticas sociales.

El esfuerzo de los profesionales de la sanidad así como de sus gestores se encamina hacia el establecimiento de estrategias de acción que redunden en una mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos y ciudadanas de esta Comunitat.

El Plan Integral de Atención Sanitaria a las Personas Mayores y a los Enfermos Crónicos no es sino la respuesta previsoras ante las demandas y necesidades que los ciudadanos nos hacen llegar y, por tanto, podemos asegurar que es un plan de todos. Un plan en el que los ciudadanos tienen un protagonismo especial al ver recogidas la mayoría de sus necesidades y su concreción en acciones de futuro. Se trata por tanto de un plan que recoge las perspectivas que de la sanidad pública tienen, cuáles son sus necesidades y cómo las vamos a resolver desde las instituciones.

El trabajo parte de un extenso proceso de recogida de datos, análisis de las necesidades, debate entre los profesionales tanto de la sanidad como del campo del bienestar social, y finalmente se han elaborado unos resultados que han dado pie a un consenso con el que vamos a mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos.

La Conselleria de Sanitat, a partir de las experiencias recogidas y, con el fin de suscitar el debate entre más de cien profesionales de diferentes grupos de trabajo, ha elaborado el

actual plan que, hoy por hoy, define un modelo avanzado y eficiente de la gestión de la sanidad pública.

El objetivo último busca una personalización de la sanidad, una atención al ciudadano que sea a preventiva, terapéutica y continuada según las necesidades de cada persona o grupo social en un momento determinado.

En definitiva, el Gobierno valenciano, en cumplimiento de nuestro compromiso con la ciudadanía pone en marcha este plan para ofrecer una sanidad de calidad, personalizada, y científica y tecnológicamente avanzada.

Rafael Blasco Castany
Conseller de Sanitat

INTRODUCCIÓN

La Agencia Valenciana de Salud presta asistencia sanitaria a 5.054.655 personas.

En 2007 habitan en nuestra comunidad 430.710 personas mayores de 75 años y las tendencias demográficas apuntan a que esta cifra superará los 500.000 en 2.011.

Los pacientes crónicos y los encuadrados en programas de cuidados paliativos suponen otras 48.143 personas necesitadas de una adecuación específica de la oferta que permita responder con altos niveles de calidad a las necesidades de salud de la población.

Los más recientes estudios epidemiológicos, así como la explotación de datos de uso de los sistemas sanitarios reflejan como a efectos sanitarios, el concepto de mayor se retrasa hasta los 75 años. Es a partir de esa edad cuando las necesidades sanitarias de nuestros mayores crecen exponencialmente confluyendo en la necesidad de recursos especializados con los pacientes crónicos.

Estas necesidades específicas se manifiestan sobre todo en el ámbito de la atención especializada. Y es aquí donde el Plan resulta diferencial respecto a las políticas seguidas en otras Comunidades Autónomas. El desarrollo del plan implicará una reordenación de los recursos de atención especializada, completando el despliegue de dispositivos específicos (Hospitales de Crónicos y Larga Estancia), consolidando su cartera de servicios.

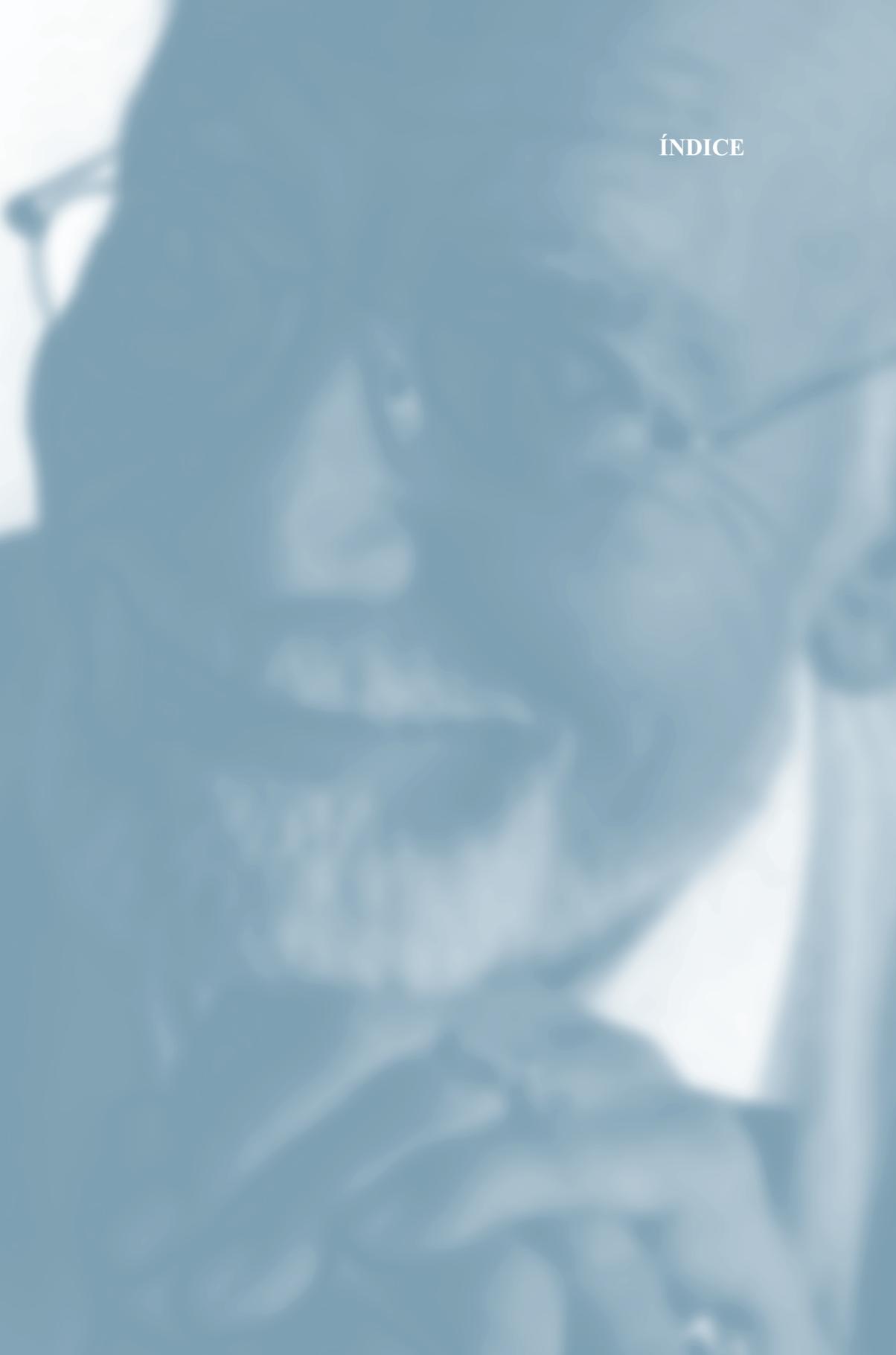
Además el Plan lanza medidas que permitirán mejorar la capacidad de prevención desde los dispositivos de atención primaria, incorporando la visita de control anual para mayores de 75 años o el desarrollo de sistemas de información e innovaciones tecnológicas de telemedicina y telemonitorización que faciliten el acercamiento del sistema sanitario en el entorno del mayor.

En la misma línea se proponen medidas que permitan coordinar los recursos disponibles en el sistema sanitario con los del departamento de bienestar social, para lograr que el ciudadano perciba un trato continuo en todos los contactos con la administración. Ello supone considerar el entorno de las residencias de mayores como el domicilio del paciente a efectos de su incorporación a las prestaciones de atención domiciliaria, así como establecer lazos y garantías de que la atención sanitaria y farmacéutica que se presta en las residencias mantiene los estándares de calidad del sistema sanitario.

En definitiva, el Plan supone un nuevo punto de avance en la respuesta a las necesidades y expectativas de los ciudadanos sobre los servicios sanitarios. De esta manera, el Plan integral, constituye en sí mismo, el elemento facilitador para ofrecer una atención integral (preventiva, promotora, protectora, curativa, cuidadora y rehabilitadora), que contempla la interdisciplinariedad de los procesos y la coordinación efectiva de los recursos.

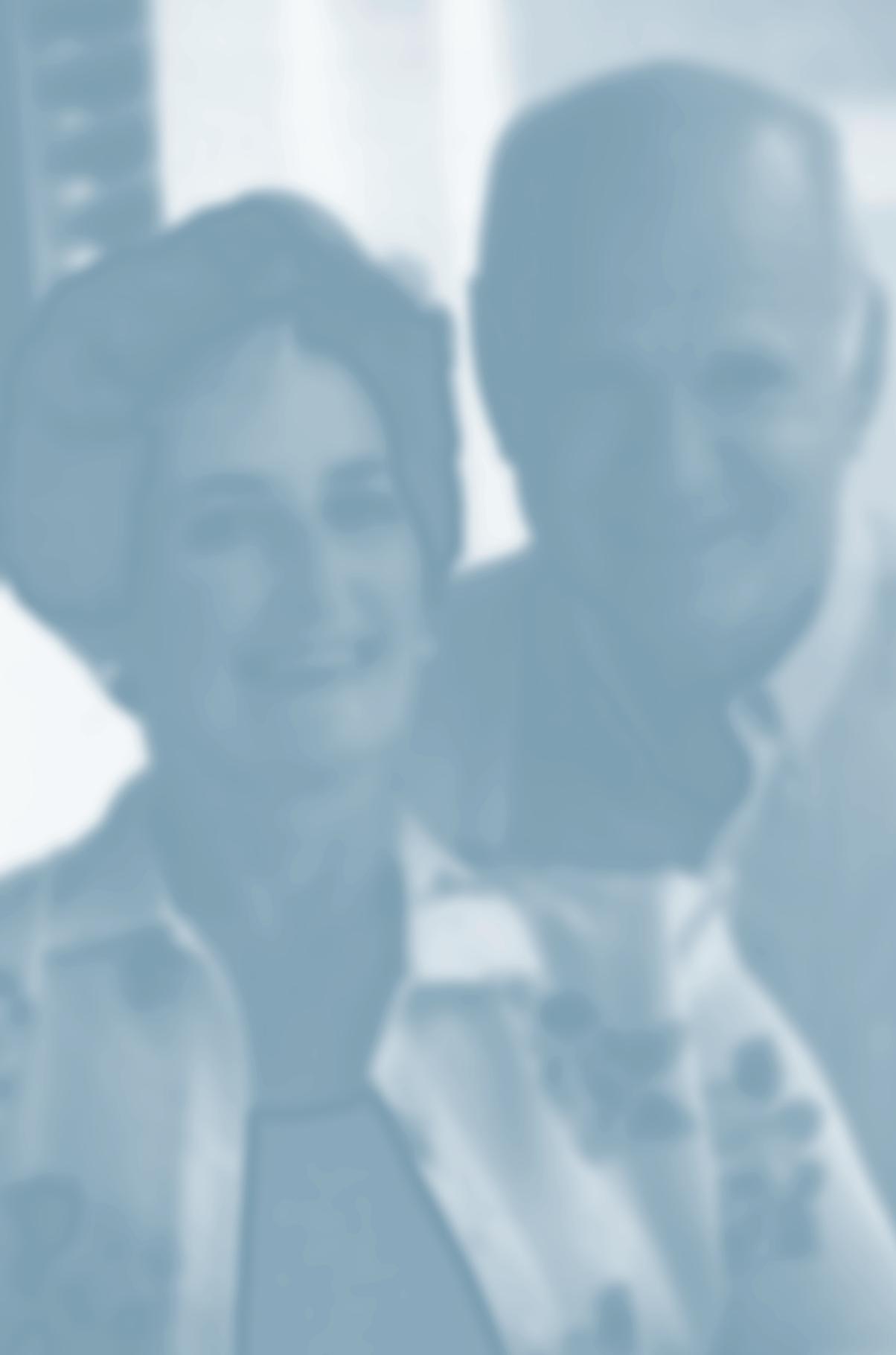
Manuel Cervera Taulet
*Director Gerente de la Agencia
Valenciana de Salud*

Alfonso Bataller Vicent
*Director General de
Asistencia Sanitaria*



ÍNDICE

Presentación.....	9
Prólogo.....	11
Introducción.....	13
1. Antecedentes.....	21
2. Metodología.....	29
2.1 Primera fase: Análisis de información de partida.....	32
2.2 Segunda fase: Recogida de información cualitativa y participación.....	34
2.3 Tercera fase: Desarrollo estratégico.....	35
2.4 Seguimiento.....	35
3. Diagnóstico de la situación actual y áreas de mejora.....	39
3.1 Análisis del entorno	42
3.2 Análisis interno	51
3.3 Ordenación y cartera de servicios.....	66
3.4 Conclusiones: análisis DAFO.....	83
4. Desarrollo estratégico.....	91
Eje estratégico 1. Integración cartera de servicios y gestión eficiente.....	99
Eje estratégico 2. Coordinación e integración de sistema sanitario con los servicios de Bienestar social.....	121
Eje estratégico 3. Capacitación de profesionales	129
Eje estratégico 4. Información para cuidadores y pacientes	135
Eje estratégico 5. Sistemas de información integrados.....	143
Eje estratégico 6. Investigación	149
5. Anexos.....	155
5.1 Participantes en la elaboración del plan	157
5.2 Marco legislativo	160
5.3 Principales escalas de valoración	163



1

ANTECEDENTES

Durante los últimos años la Conselleria de Sanitat ha llevado a cabo varias iniciativas enfocados a la mejora de la organización y de la asistencia en el Sistema Sanitario de la Comunidad Valenciana. El proyecto con mayor repercusión a nivel organizativo y asistencial ha sido el *Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud* en donde se recomienda reorganizar la oferta de servicios asistenciales y la impulsión de la asistencia para personas mayores y enfermos crónicos así como la innovación en la asistencia ambulatoria. En la misma línea el *Plan de Salud* en su objetivo 81 establece la necesidad de desarrollar un plan estratégico de atención de este colectivo.

A nivel asistencial, los proyectos llevados a cabo por la Conselleria de Sanitat se han dirigido a la **mejora de la calidad de los servicios y a la humanización de la asistencia**, al tratamiento de las drogodependencias y a la atención de la salud mental.

A nivel organizacional se han desarrollado proyectos para la **mejora de las condiciones de trabajo del profesional sanitario, mejora de los sistemas de información, control del gasto farmacéutico, promoción del uso racional del medicamento, financiación para la mejora de las infraestructuras de investigación, la planificación sanitaria y para la prevención y promoción de la salud.**

El antecedente del *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos* se ubica en el Programa PALET, lanzado por el Servicio Valenciano de Salud en 1995 y enfocado a los colectivos de personas dependientes.

Los destinatarios de este plan eran ancianos con pluripatología y discapacidad tanto leve como severa, adultos con enfermedad crónica en estado avanzado y pacientes con enfermedad neoplásica en fase terminal o no neoplásica.

El programa PALET marcaba una serie de objetivos a nivel general:

- Incrementar la longevidad de los pacientes. (Añadir años de vida)
- Aumentar la calidad de vida de los pacientes. (Añadir vida a los años)
- Ampliar los periodos libres de enfermedad.
- Ayudar a los pacientes paliativos a una muerte digna.

Mientras que a nivel específico pretende:

- Proporcionar una atención integral a los pacientes incluidos dentro del programa.
- Realizar una valoración integral del estado de salud de los pacientes.
- Ubicar a los pacientes en el mejor entorno terapéutico.
- Coordinar las actuaciones sanitarias con los servicios sociales.
- Proporcionar un soporte emocional a los pacientes y familiares.
- Evitar ingresos innecesarios en los hospitales de agudos.

Los actuales patrones sociales, demográficos y epidemiológicos ponen de manifiesto la importancia de efectuar una aproximación adecuada y actualizada de las necesidades del público objetivo de este plan.

El desarrollo del *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y enfermos crónicos* contempla así diferentes acciones encaminadas a:

- Potenciar la atención sanitaria integral en personas mayores y enfermos crónicos mejorando la calidad asistencial que reciben.
- Garantizar la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario.

- Prevenir la dependencia mediante políticas encaminadas a la rehabilitación.
- Mejorar la asistencia sanitaria en los centros de carácter social.
- Mejorar la atención y el estado de salud de este colectivo.
- Prevenir riesgos para la salud de este colectivo.

OBJETIVOS PROGRAMA P.A.L.E.T

GENERALES	ESPECÍFICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la supervivencia de los pacientes (Añadir años de vida). • Aumentar la calidad de vida de los pacientes (Añadir vida a los años). • Aumentar los periodos libres de enfermedad. • Ayudar a los pacientes terminales a tener una muerte digna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar atención integral a los pacientes de estas características. • Hacer una valoración integral del estado de salud de los pacientes. • Ubicar a los pacientes en el mejor lugar terapéutico. • Coordinar las actuaciones sanitarias con los servicios sociales. • Proporcionar un soporte emocional a los pacientes y familiares. • Evitar ingresos innecesarios en el hospital de agudos.



- Ancianos con pluripatología y discapacidad de leve a severa
- Adultos con enfermedad crónica de un órgano en estado avanzado
- Pacientes con enfermedad, neoplásica o no, en fase terminal

* Programa Especial de Atención Sanitaria a Pacientes Ancianos, Pacientes con Enfermedades de Larga Evolución y a Pacientes en Situación Terminal

2

METODOLOGÍA

Este Plan esta dirigido a establecer una atención sanitaria integral para las personas mayores y los enfermos crónicos.

DIMENSIONES DE ANÁLISIS
Edad: <ul style="list-style-type: none">- Personas mayores (≥ 75 años).- Enfermos crónicos (< 75 años / ≥ 75 años: población ya incluida en el grupo de las personas mayores).
Sexo: ambos
Ámbito territorial: Comunidad Valenciana (22 departamentos)
CIEs, GRDs y CDM para conocer las enfermedades prevalentes en la población protegida.

La metodología de trabajo de la elaboración de este plan comprende varias fases que deben estar concatenadas entre sí y que son las siguientes:

- Selección de la información necesaria.
- Recogida de datos.
- Análisis de la información para identificar necesidades de salud en la comunidad.
- Evaluación de las necesidades y posibles soluciones.
- Establecimiento de prioridades y propuestas de alternativas.
- Integración en el plan estratégico de la Comunidad Valenciana y en los programas de salud pública para llevar a cabo las acciones.
- Seguimiento y evaluación del plan.

2.1. PRIMERA FASE: ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE PARTIDA

En su elaboración, una vez analizados los datos disponibles a nivel nacional e internacional, se han estudiado los principales indicadores (demográficos, socioeconómicos, de resultados de salud, factores condicionantes y recursos sanitarios) de la Comunidad Valenciana.

Estos indicadores son básicos, tanto para evaluar y detectar los problemas de salud como para arbitrar medidas dirigidas a su corrección.

Uno de los pilares fundamentales de este *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y enfermos crónicos* es el mantener la continuidad asistencial en la atención a estos pacientes, así como detectar y habilitar el dispositivo más adecuado para su atención a lo largo del proceso asistencial. El trabajo realizado se ha orientado a la escucha y a la indagación, y no pretende ser un compendio exhaustivo de información, ni tampoco recabar datos que ya están disponibles en otras fuentes, sino abrir la puerta a futuras investigaciones.

El análisis de la información para la identificación de las necesidades, se continúa con un proceso de determinación de prioridades para la acción, tomando en consideración dos cuestiones: la importancia del problema y las soluciones, programas o servicios que se puedan poner en marcha para atajarlo.

Se ha establecido una lista de prioridades y se han focalizado las acciones en las necesidades más acuciantes.

Para cada una de las necesidades comunitarias o problemas identificados, se han aplicado los siguientes 6 criterios, como ayuda para la ponderación de la importancia del problema:

- Posibilidad de prevención
- El número de personas que potencialmente pueden resultar afectadas por el problema
- El número de personas realmente afectadas por el problema

- Severidad
- Interés público.
- Patrones económicos de la comunidad

El objetivo de esta fase era determinar las necesidades más importantes. De ella surgieron las siguientes enfermedades y problemas que directamente o por comorbilidad son especialmente prevalentes en los mayores de 75 años y/o refleja patrones de cronicidad.

- Enfermedades cardiovasculares
- Cáncer, dolor y calidad de vida
- Infección por VIH-SIDA
- Enfermedades y trastornos del sistema respiratorio
- Enfermedades y trastornos del sistema circulatorio
- Enfermedades y trastornos del sistema nervioso
- Enfermedades y trastornos del sistema músculo esquelético
- Enfermedades y trastornos del sistema digestivo
- Enfermedades y trastornos del sistema hepático biliar y páncreas
- Enfermedades y trastornos del riñón y tracto urinario
- Traumatismos múltiples
- Enfermedades infecciosas y parasitarias (sistemáticas o afectación no especificada)
- Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias poco diferenciadas
- Trastornos endocrinos, de la nutrición y del metabolismo
- Enfermedades y trastornos mentales

2.2. SEGUNDA FASE: RECOGIDA DE INFORMACIÓN CUALITATIVA Y PARTICIPACIÓN

Una vez determinados los problemas de salud prioritarios, en la segunda fase se han seguido dos estrategias de recogida de información cualitativa.

En primer lugar, se realizaron entrevistas personales y en segundo término, mediante la técnica de grupo focal con un reducido número de profesionales de reconocido prestigio en su especialidad, se procedió al análisis desde un punto de vista crítico, de cómo se viene realizando la práctica clínica en nuestra comunidad autónoma y se consensuaron las líneas de actuación a implantar en los próximos 4 años.

Las entrevistas fueron individuales y personalizadas, realizando una primera definición de cargo, formación y funciones, descripción del funcionamiento del dispositivo, y una evaluación de los puntos de mejora y principales problemáticas.

Los grupos focales tenían como objetivo, el desarrollo de los grupos de discusión con un reducido número de expertos en las diferentes áreas o problemas de salud. La información que de estas dinámicas grupales se derivó, ha servido de complemento a las ponencias realizadas por los diferentes expertos designados, de manera que integrando ambas estrategias nos ha sido posible:

- Caracterizar cada uno de los problemas de la atención sanitaria abordados en el presente trabajo.
- Realizar un análisis descriptivo y, al mismo tiempo, crítico de la situación por la que atraviesa la Comunidad Valenciana con relación a la atención que actualmente se dispensa a este colectivo. Para ello se hará especial hincapié en el nivel de dotación existente, tanto en términos de infraestructuras, recursos humanos, formación, etc., así como en la identificación de las principales demandas o carencias que la atención médica pueda presentar.

2.3. TERCERA FASE: DESARROLLO ESTRATÉGICO

En la última parte se enuncian los objetivos, líneas de actuación y de avance de estas líneas para los próximos cuatro años.

- Identificar cuáles deben ser los objetivos fundamentales en términos de planificación.
- Dar prioridad a los objetivos identificados, de manera que sea posible abordar las principales necesidades de los valencianos.
- Definir de forma clara cuáles han de ser las líneas de actuación ligadas a cada uno de los objetivos marcados. En ocasiones, los programas o planes resultan de difícil cumplimiento porque, o bien no resultan operativos, o bien se quedan en un nivel teórico y no se explicitan las pautas de acción a implementar. Una vez marcados unos objetivos, el profesional debe saber cuáles son los comportamientos que se espera de él y los mecanismos que tiene que poner en marcha en su labor diaria, para alcanzar las metas comunes establecidas.

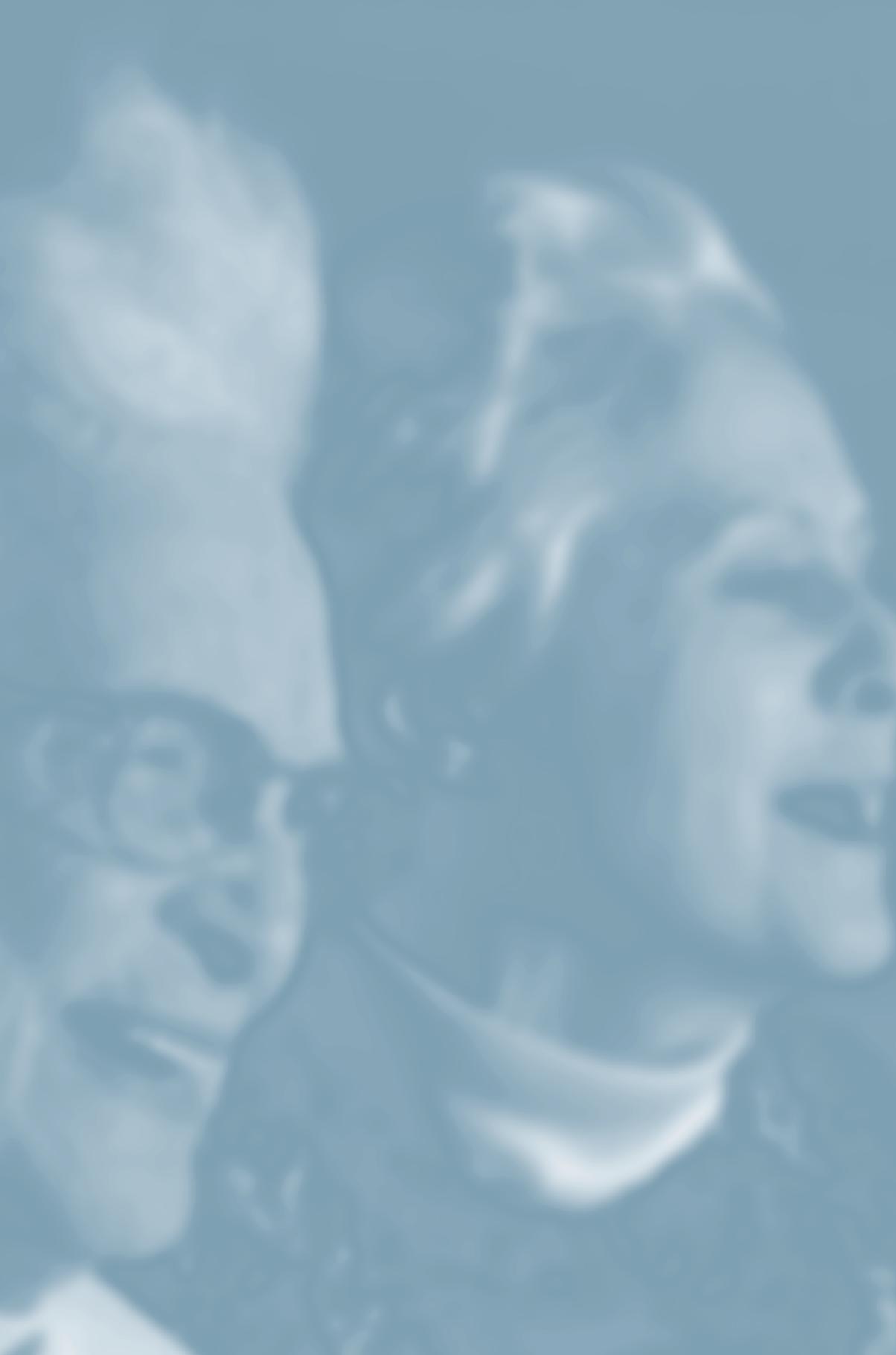
2.4. SEGUIMIENTO

Se creará a la publicación de este plan, una oficina de seguimiento del mismo, que velará por el desarrollo de los contenidos expuestos en este documento.

Entre sus principales funciones:

- Garantizará un modelo organizativo, en el ámbito de servicios generales y en los Departamentos.
- Propondrá y diseñará programas de formación, investigación y promoción para el correcto desarrollo del Plan.
- Supervisará la composición, emplazamiento, funcionamiento e integración de los equipos multidisciplinares.
- Verificará el sistema de información y registro del Plan.

- Aprobará la memoria anual de actividades.
- Realizará el seguimiento y evaluación sobre el desarrollo y ejecución de las medidas y actividades contenidas en el plan anual.
- Elaborará y aprobará la propuesta anual de actuaciones en el marco del Plan y en su caso, someter lo que proceda a la aprobación de la Generalitat Valenciana.
- Promoverá acciones preventivas, asistenciales y de intervención necesarias para el desarrollo y ejecución del Plan.



3

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y ÁREAS DE MEJORA

Para el desarrollo del Plan se ha partido de un análisis de situación de la atención sociosanitaria en la Comunidad Valenciana.

El diagnóstico se ha formalizado a través de constataciones realizadas por valoraciones de expertos sobre la situación actual. Son sintéticas, están orientadas hacia los temas clave y permiten poner en evidencia las implicaciones estratégicas a abordar.

En un paso posterior, las conclusiones se presentan ordenadas mediante las categorías de una matriz DAFO: fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

Las principales elementos de partida sobre la situación de la atención sociosanitaria en nuestra Comunidad son las siguientes:

- La diversidad de la oferta asistencial institucional valenciana implica una necesidad de coordinación y un proceso de clarificación de competencias.
- Los profesionales se encuentran receptivos al desarrollo futuro sociosanitario y existe acercamiento entre ambos sectores.
- La dotación de algunos recursos, las desigualdades territoriales y la organización y planificación son elementos que deben mejorar.
- La disponibilidad de recursos en la Comunidad Valenciana está sustancialmente por encima de la media de España. Las necesidades de atención irán aumentando progresivamente.

3.1. ANÁLISIS DEL ENTORNO

El desarrollo científico, social y económico de las naciones mejora las expectativas de vida de los individuos y provoca una profunda transformación demográfica que afecta a numerosos aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional.

Esta transformación genera en nuestras sociedades el desafío de proporcionar nuevas oportunidades para las personas mayores, de manera que puedan participar plenamente en todos los aspectos de la vida cotidiana.

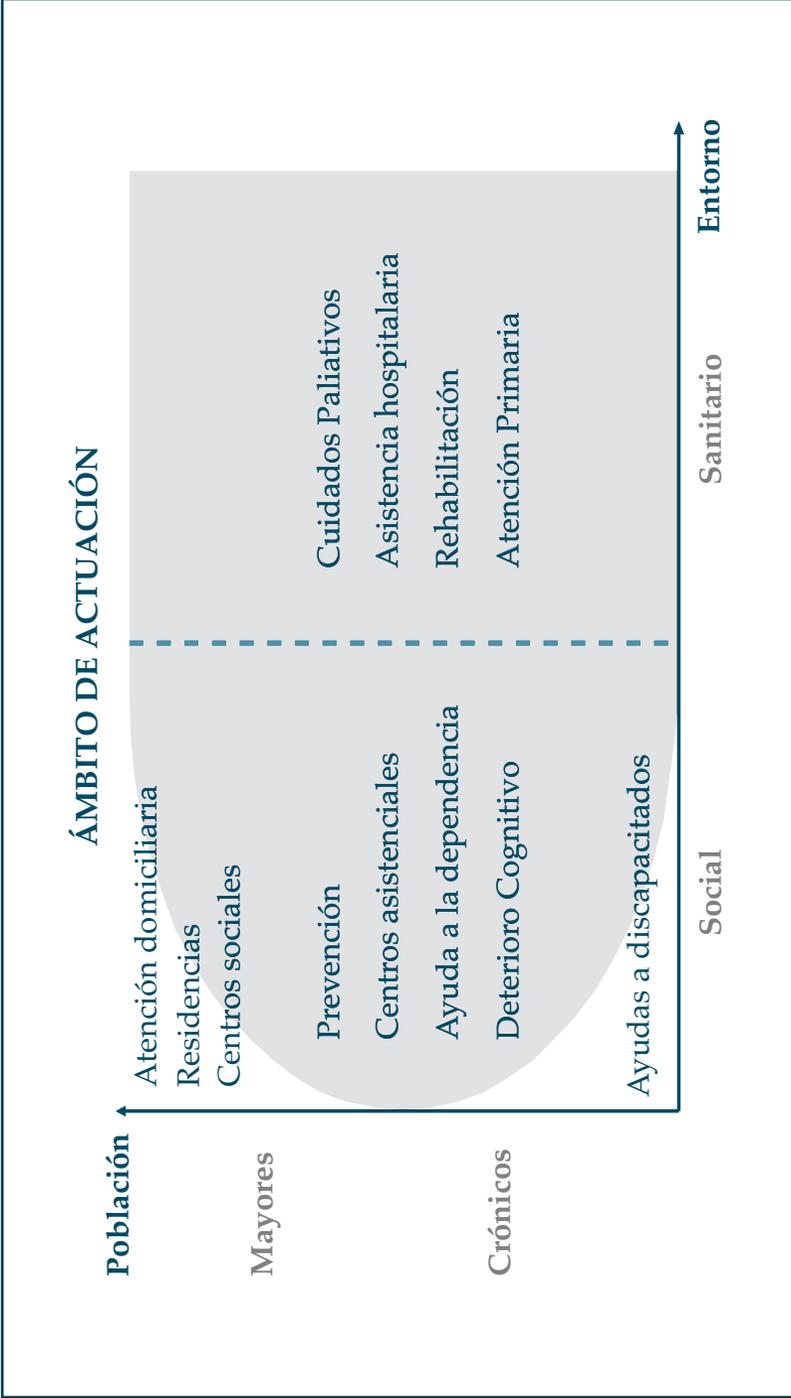
El incremento en la longevidad de la población, la mejora de la calidad de los cuidados y el aumento de la cantidad y especialización de los servicios ha contribuido de forma decisiva a la mejora en la salud de la población, así como a una mayor calidad de los años vividos. Sin embargo, la mayor esperanza de vida provoca un ensanchamiento de las patologías en grado crónico y la consecuente dependencia.

Existen grandes diferencias en la esperanza y calidad de vida de la población en función del nivel socioeconómico, y este hecho exige el diseño de un plan que contenga estrategias innovadoras y específicas que contemple las desigualdades existentes.

Con la elaboración de este *Plan integral de atención a las personas mayores y enfermos crónicos*, la Conselleria de Sanitat Valenciana pretende reforzar la necesidad de un enfoque integral y coordinado encaminado a garantizar la continuidad asistencial.

Para su consecución, establece unos objetivos y pautas encaminados a facilitar la autonomía de los mayores y enfermos crónicos, a potenciar las medidas preventivas ofreciendo las herramientas necesarias para el desarrollo de un estilo de envejecimiento saludable.

Para profundizar en el conocimiento de los aspectos que influyen a las personas mayores y enfermos crónicos, es necesario estudiar como interactúan con el entorno externo.





Los determinantes del envejecimiento activo

• **Los determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales son:**

- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades
- Servicios curativos
- Asistencia de larga duración
- Servicios de salud mental



Fuente: Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2002; 37 (S2): 74-105

3.1.1. PEST

Mediante el análisis de los factores Políticos, Económicos, Sociales y Tecnológicos (Metodología PEST) determinan los factores del medio externo en el se desenvuelven los agentes implicados y como estos afectan a la configuración del plan.

Factores políticos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a todos los países miembros promover el bienestar y la mejora de las condiciones de vida de la población, impulsando acciones orientadas al desarrollo social.

La OMS emplea el término de *envejecimiento activo* donde pretende transmitir la importancia de un envejecimiento saludable, así como identificar los factores que, junto a la atención sanitaria, afectan de una manera importante al proceso del envejecimiento de la población. La OMS promueve el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización personal.

El *envejecimiento activo* es un camino a recorrer. El objetivo final es conseguir que cada persona mayor sea capaz de alcanzar su máximo potencial de bienestar físico, social e intelectual.

Las políticas propuestas por la OMS están diseñadas para dar respuesta a los tres pilares que sustentan el concepto de envejecimiento activo: salud, participación y seguridad, pretende el desarrollo de un marco legislativo y la formulación de planes de acción.

La construcción de la Europa Social se presenta como un objetivo inexorable tras la constitución de la Unión Económica y Monetaria. Sus sistemas de protección son fruto de una larga trayectoria de solidaridad entre los estados miembros de la Unión Europea, que han sido los principales actores de servicios y prestaciones sociales.

El *Plan de acción internacional sobre el envejecimiento* solicita un cambio en la actitud, en las políticas y en las prácticas a todos niveles y en la totalidad de los sectores para lograr una sociedad para todas las edades, basada en los principios de accesibilidad, calidad y sostenibilidad

La transferencia de competencias sanitarias en España conlleva la existencia de varios tipos de modelos en la atención sa-

nitaria dispensada. Además, la demanda de mejora de la sanidad hace que todos los gobiernos autonómicos presten gran atención a este tipo de políticas.

Existe una voluntad de descentralización del sistema sanitario público con el fin de lograr una mayor flexibilidad y capacidad de respuesta a las necesidades de salud en cada Comunidad Autónoma, quien se encarga de desarrollar sus propios planes de salud, así como los planes de acción específicos, siempre dentro del marco normativo establecido por el Ministerio.

Factores económicos

En España el gasto que se destina a sanidad es del 7,5% del Producto Interior Bruto (1.230 millones de euros). Como consecuencia del envejecimiento progresivo de la población, un mayor número de personas mayores requieren cuidados. Sanidad destina una gran cantidad de recursos para poder atender a las personas mayores y enfermos crónicos.

Las enfermedades que requieren cuidados de larga duración son cada vez más frecuentes y duraderas, los gastos asociados a este tipo de cuidados representan la mitad del gasto total sanitario. Para disminuir estos costes se tiende a la incorporación de nuevos servicios sociosanitarios alternativos a la hospitalización tradicional. En España se destina el 3,6% del PIB (590,4 millones de euros) para el cuidado de estos pacientes.



Factores sociales

La buena salud y el envejecimiento activo se define como la capacidad de los individuos para funcionar de manera autónoma en un contexto social determinado. Si es social e intelectualmente activa, la persona mayor puede considerarse sana, aun cuando tenga alguna enfermedad crónica, sin embargo, muchos son los mayores que sufren de algún tipo de incapacidad o dependencia.

La atención de salud a las personas mayores consiste en ayudarlas a mantener un comportamiento que se adapte al entorno, promover su bienestar y salud general y dispensarle cuidados en las enfermedades agudas y de largo plazo.

La mejora de la atención sanitaria en las últimas décadas ha provocado un incremento de los años de vida libres de discapacidad o dependencia. Por lo tanto los años de vida con dependencia se están concentrando (e incluso reduciendo) al final de nuestras vidas. Este fenómeno se conoce como compresión de la morbilidad.

Los cambios culturales también influyen en la percepción social de la enfermedad. En la sociedad actual se da un valor en sí mismo al bienestar, la calidad de vida es un factor cada vez más influyente en el patrón de consumo, donde cada vez se demandan más servicios tanto para la tercera edad como para los pacientes con enfermedades crónicas.

Los cambios socioculturales han generado una sociedad más compleja, con una disminución del tamaño familiar, menor tamaño de las viviendas y una importante transformación del papel de la mujer. Esto hace que, en el momento en que los mayores tienen una mayor necesidad de atención y cuidados, las redes familiares (cuidadores principales) que tradicionalmente han dado respuesta a esas necesidades son escasas. El apoyo familiar sea cada vez más difícil e induzca mayor tensión en las familias y mayor sobrecarga a los cuidadores, generando a una serie de nuevas situaciones como el abandono, la soledad o la exclusión social.

Factores tecnológicos

La incorporación de las TIC al sistema sanitario está contribuyendo al avance en la atención a las personas mayores y enfermos crónicos. Las TIC favorecen la convergencia de los sistemas, la atención y el seguimiento que se ofrece a estos pacientes, como por ejemplo la telemonitorización, telemedicina y teleradiología.

3.1.2. Situación actual en España

La gestión sanitaria española está descentralizada a favor de la gestión por parte de las Comunidades Autónomas. El Estado garantiza la financiación sostenible del sistema y unifica la cartera de servicios para el tratamiento y seguimiento de los pacientes.

El ámbito sociosanitario español esta conformado por varios actores, los cuales intervienen para asegurar un marco de acción a nivel nacional, y una atención integral de las personas mayores y enfermos crónicos.

Los principales elementos impulsores son:



Los actores establecen unas pautas estandarizadas de actuación, encaminadas a generar un sistema integrado de acción, gracias a lo cual, consiguen complementar el funcionamiento de sus estructuras, aumentar la eficiencia de su actuación y ofrecer una cobertura sociosanitaria de calidad a nivel nacional.

Cabe resaltar en este plan la reciente *“Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”* cuyo contenido principal es el siguiente:

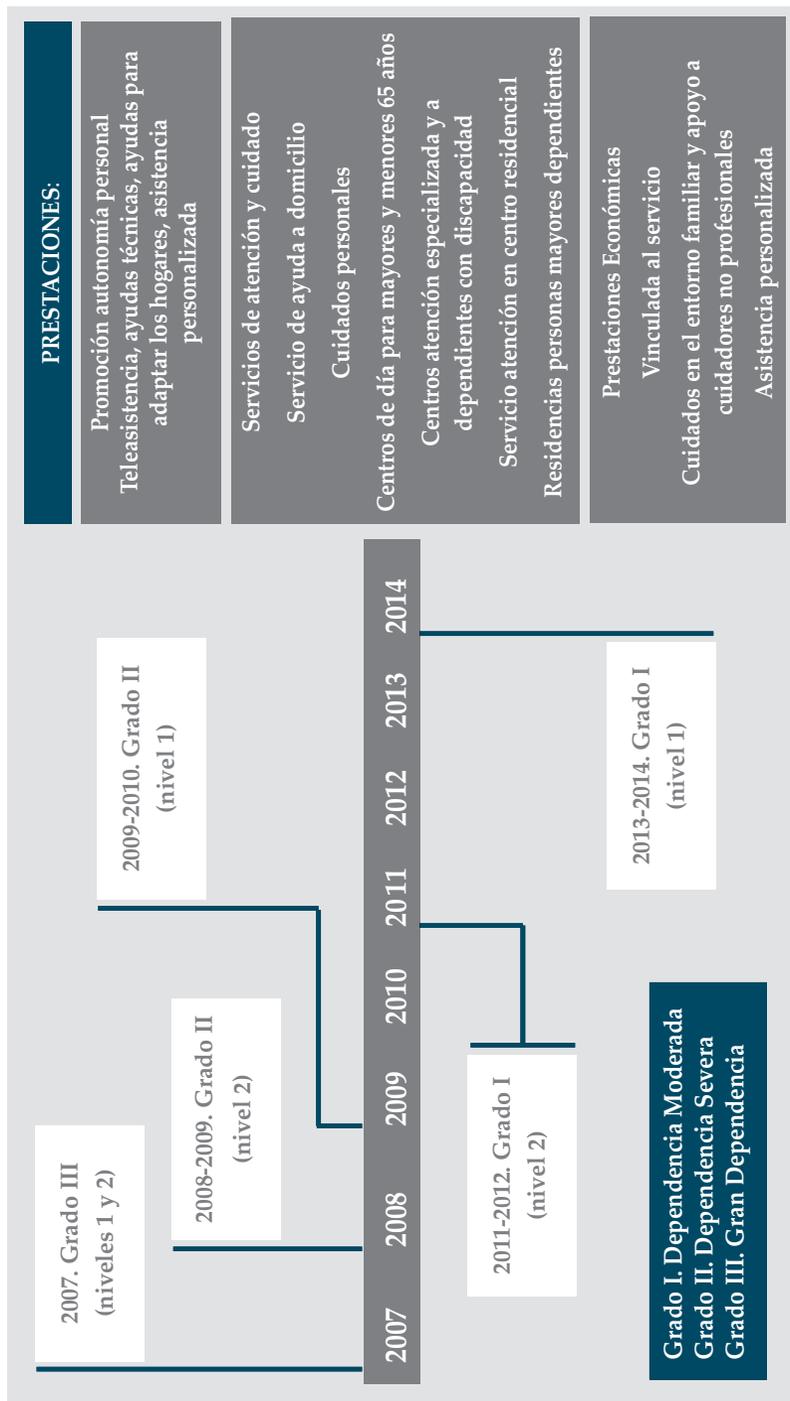
La promulgación de esta Ley sienta las bases para constituir el Sistema Nacional de Asistencia a la Dependencia, cuya finalidad es promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección de las personas dependientes en todo el territorio nacional, contando con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas.

Esta Ley establece un nuevo derecho universal y personalizado de ciudadanía, que garantice la atención y cuidados a las personas en situación de dependencia, con el **objetivo** de:

- Establecer el derecho de ciudadanía por el cual se garantice la atención y cuidados a las personas dependientes (ancianos y discapacitados graves).
- Garantizar a las personas que no se puedan valer por sí mismas el acceso a los servicios sociales según su grado y nivel de dependencia.
- Priorizar la prestación de servicios (ayuda a domicilio, centros de día, teleasistencia, ayudas técnicas, plazas residenciales, etc.) dependiendo del grado de discapacidad que se tenga.

La Ley establece también el grado de dependencia de los pacientes y la ha escalado en función de los cuidados requeridos por parte del enfermo:

- Grado I. Dependencia moderada (de 0 a 44 puntos): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria.
- Grado II. Dependencia severa (de 45 a 74 puntos): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
- Grado III. Gran dependencia (de 75 a 100 puntos): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida



total de autonomía mental o física, es indispensable la presencia continua de un cuidador.

La valoración se realiza en función del resultado de las escalas y de la pluripatología, cronicidad y condiciones familiares y del entorno físico del paciente. De esta forma se obtiene un criterio del grado de deterioro, pronóstico vital, así como de las posibilidades de rehabilitación y recuperación de su autonomía.

La finalidad última de la valoración es establecer un plan de actuación en el que se engloban aspectos terapéuticos y de cuidados, en función de las necesidades de salud del paciente y de las circunstancias de su entorno, seleccionando para ello el dispositivo sanitario o social más adecuado.

Para garantizar la implantación de este plan, el Gobierno aportará 12.638 millones de euros a partir del año 2007. La plena implantación se realizará en el año 2015. El cronograma establece la incorporación de ayudas económicas en función del nivel de dependencia que el enfermo tenga priorizando a los enfermos con una dependencia grave en todos sus niveles, e irá integrando de forma descendiente a los pacientes con menores grados y niveles de dependencia.

3.2. ANÁLISIS INTERNO

3.2.1. Las personas

La población de la Comunidad Valenciana

La Comunidad Valenciana está compuesta por tres provincias, Castellón, Valencia y Alicante, divididas en 22 departamentos sanitarios y subdivididas a su vez en 238 zonas de salud. Posee una población de 5.054.655 habitantes (Fuente: INE) distribuida de forma heterogénea entre las tres provincias. El 51% (2.602.636) de la población se concentra en la Provincia de Valencia, el 37% (1.893.038) en la Provincia de Alicante y el 11% (558.971) en la provincia de Castellón.



La población extranjera en el ámbito comunitario comprende el 12% de la población total (608.309). Por provincias, Castellón tiene una población inmigrante del 12,2% (74.454) personas, Valencia posee una población inmigrante del 43,8% (266.387) personas y la Provincia de Alicante posee una población inmigrante del 44% (267.468) personas.

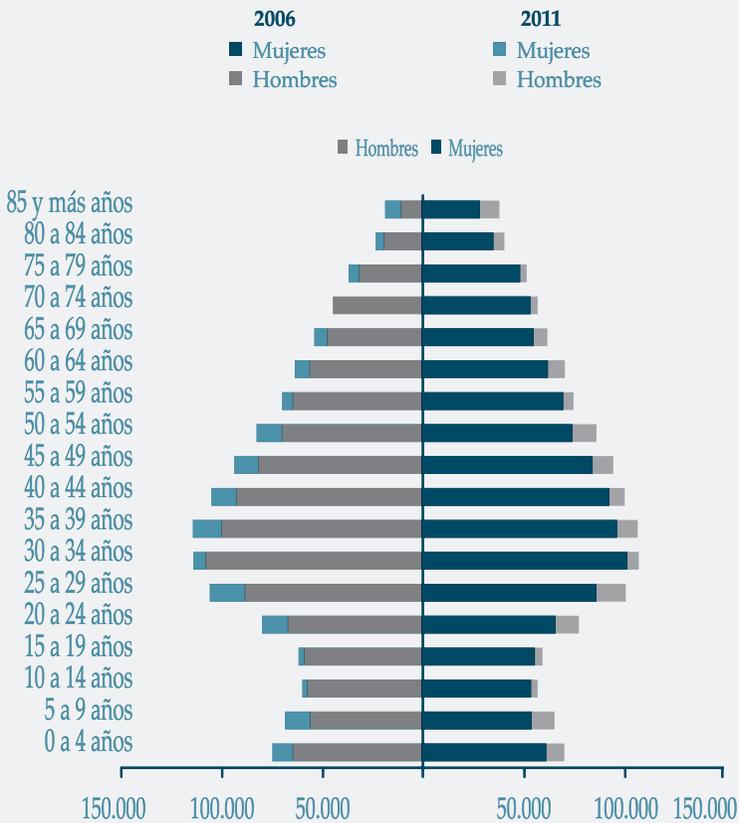
El perfil piramidal de población de la Comunidad (INE 2006) es el propio de las poblaciones envejecidas, ensanchándose en los grupos de adolescentes y adultos jóvenes (especialmente en la provincia de Alicante y Castellón). A partir de los 65 años, comienza a predominar la población femenina sobre la masculina y este hecho se hace más manifiesto conforme se incrementa el tramo etario de forma que el porcentaje de mujeres pasa del 59% en el tramo de 75 a 80 años hasta el 69% en el tramo de 85 y más años.

En 2011, el número de personas mayores alcanzará la cifra de **506.816** personas.

Las proyecciones de población en la provincia de Valencia para los próximos años un envejecimiento de la población

Población proyectada por sexo y grupos de edad a 1 de enero de 2006 y 2011

Tramos etarios en crecimiento



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

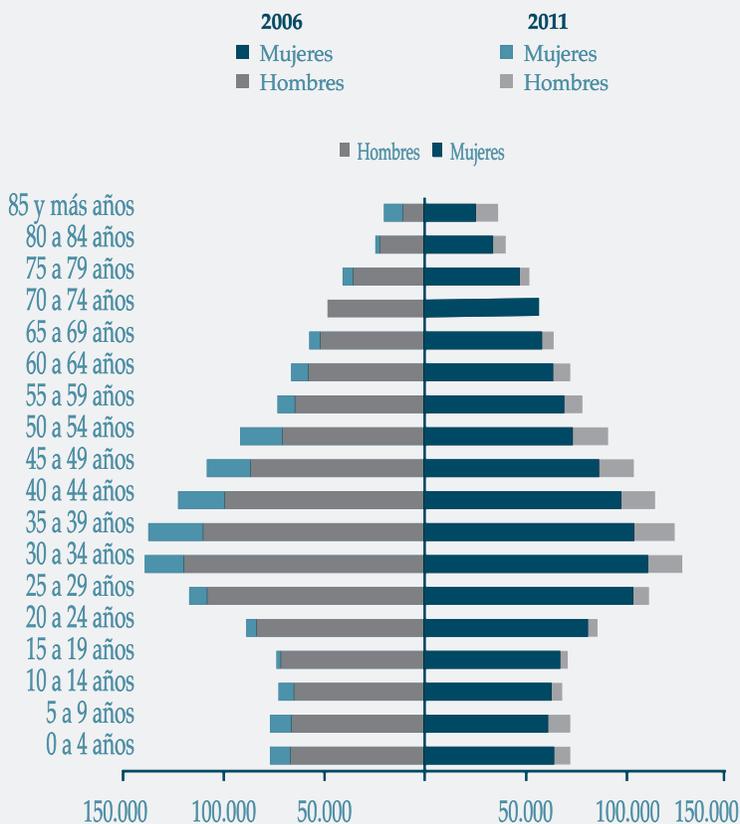
Agencia Valenciana de Salud.

Elaboración del *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y enfermos crónicos*

Las proyecciones de población en la provincia de Alicante para los próximos años un envejecimiento de la población

Población proyectada por sexo y grupos de edad a 1 de enero de 2006 y 2011

Tramos etarios en crecimiento



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

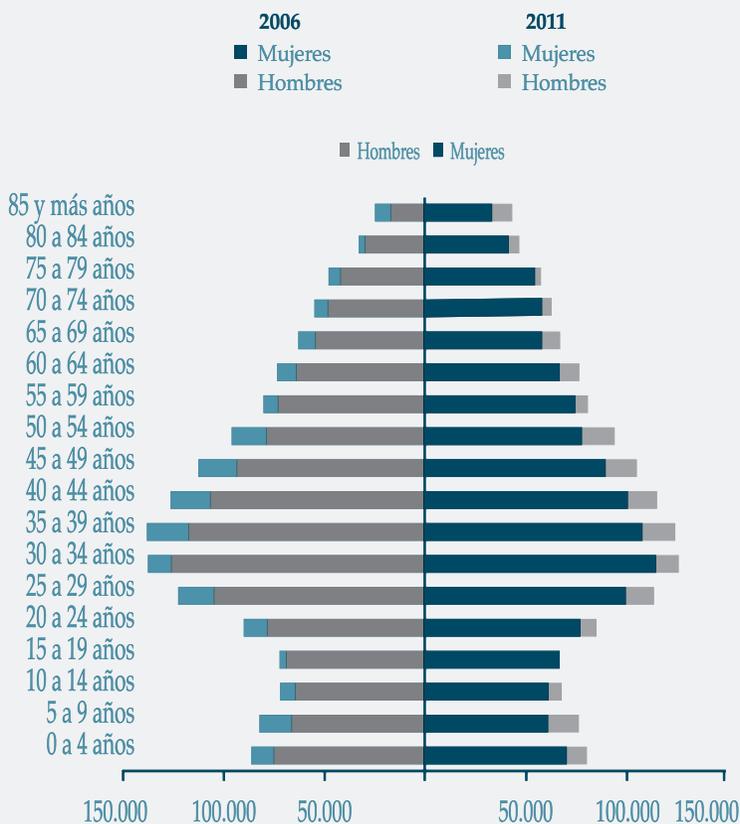
Agencia Valenciana de Salud.

Elaboración del *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y enfermos crónicos*

Las proyecciones de población en la provincia de Castellón para los próximos años un envejecimiento de la población

Población proyectada por sexo y grupos de edad a 1 de enero de 2006 y 2011

Tramos etarios en crecimiento



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Agencia Valenciana de Salud.

Elaboración del *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y enfermos crónicos*

Según las proyecciones poblacionales de la Comunidad Valenciana se calcula que en el año 2011 se alcanzará la cifra de 506.816 personas de 75 y más años, lo que supondrá un 18% más que en el año 2006 y representará el 9% de la población total de la Comunidad Valenciana.

La población objetivo del *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y enfermos crónicos* son las personas de 75 y más años, los adultos con enfermedades crónicas en estado avanzado - y los pacientes con enfermedad neoplásica o no neoplásica en fase terminal.

De esta definición quedan excluidos aquellos pacientes con enfermedades crónicas avanzadas menores de 15 años y los pacientes con enfermedades mentales que quedarán recogidos en otro plan integral de la Comunidad Valenciana.

Personas mayores

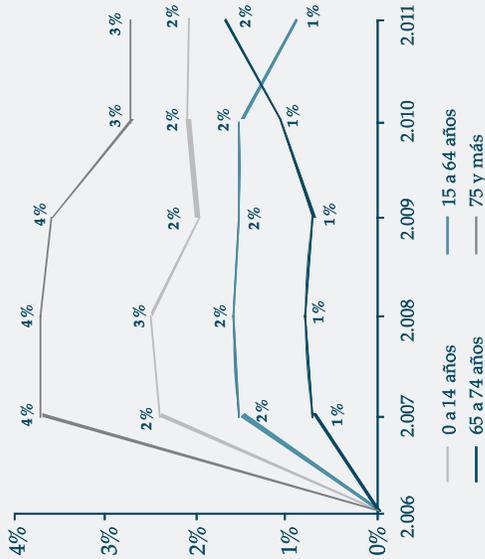
El término “mayores” comprende al conjunto de la sociedad que tiene o supera los 65 años. Sin embargo, ya que no existe un paralelismo entre la edad cronológica y las manifestaciones biológicas de la vejez, se ha establecido la edad de corte para determinar la población objetivo de este Plan integral en los 75 años, ya que es la población de esta edad y más años es la que mejor se ajusta a las consecuencias que acompañan la cronicidad y la dependencia.

La mejora de las condiciones sociosanitarias ha traído implícito un incremento en la esperanza de vida. La Comunidad Valenciana presenta una estructura poblacional en la que el colectivo de personas mayores de 75 años es muy significativo, representando al 8,52% de la población (430.710 personas).

El segmento de la población que crece más rápidamente, es el de las personas de 75 años y más, con una tasa de crecimiento

Actualmente en la Comunidad Valenciana las personas mayores de 75 años representan el 8,52% (430.710 personas) del total de la población

Proyecciones porcentuales de población por tramo etario 2006-2011

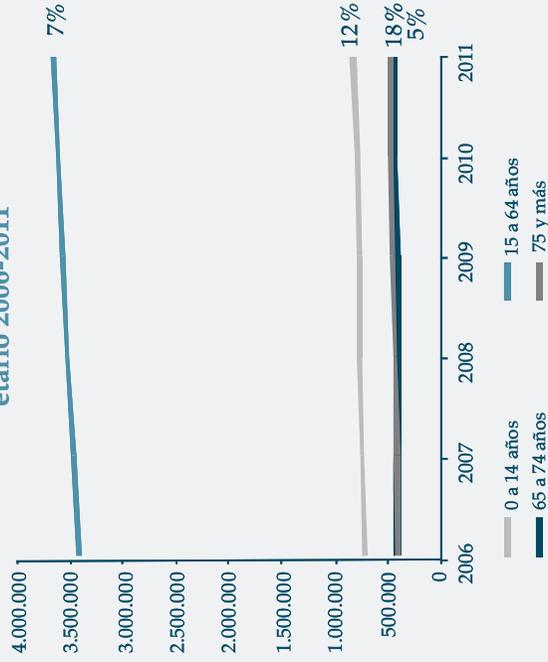


• En 2011, los mayores representarán el 9% de la población total de la Comunidad Valenciana

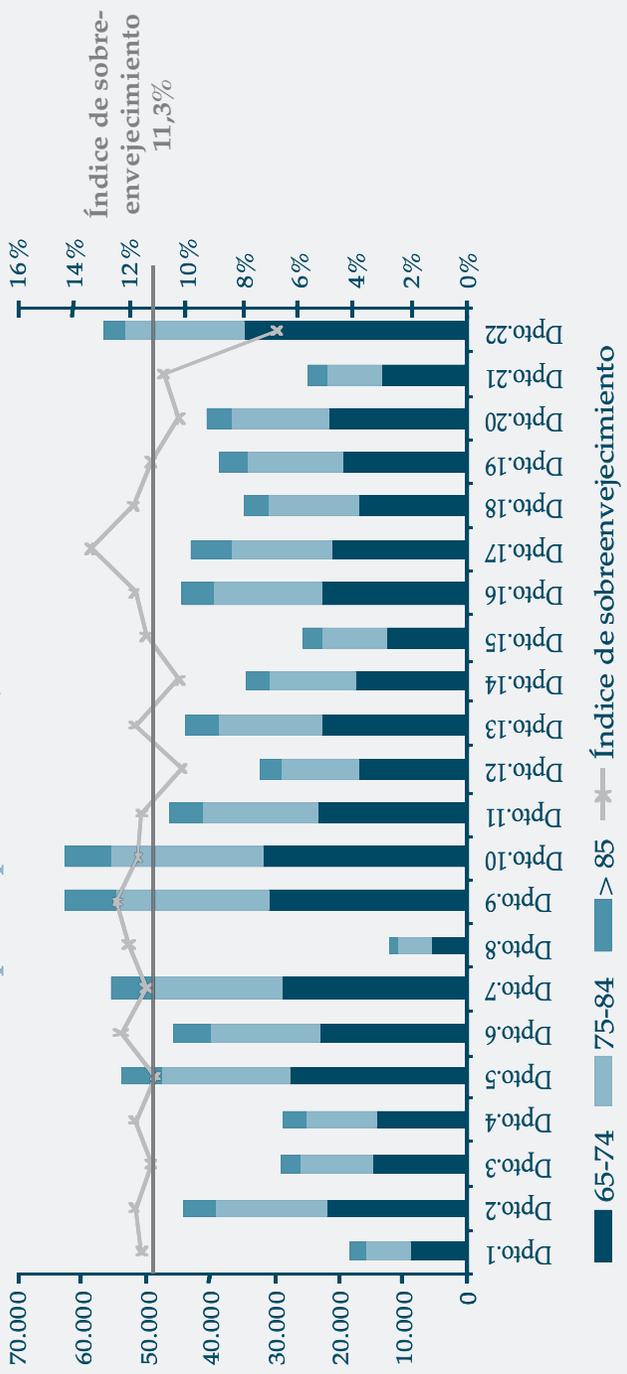
Fuente: Datos extraídos del SIP, INE

• El grupo de población que más crecen el año 2006 son las personas de 75 y más años (18%)

Proyecciones de población por tramo etario 2006-2011



Nº de personas mayores e Índice de sobre-envejecimiento por departamento, 2006



Fuente: Datos extraídos del SIP (Septiembre 2006); INE

Castellón es la provincia con mayor previsión de crecimiento de población debido principalmente a un aumento notable en el número de mayores de 75 y más años

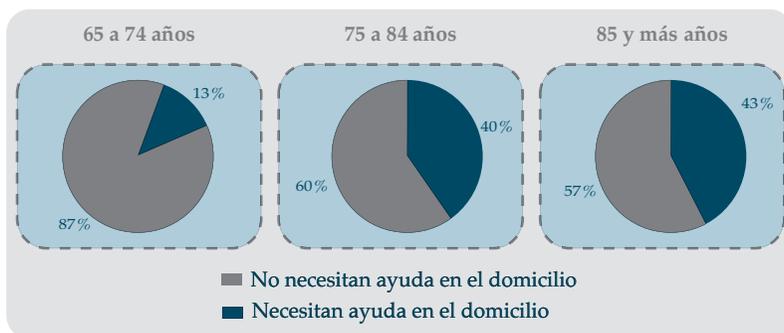
del 65%. Es Castellón la provincia con una mayor previsión de crecimiento, debido principalmente al aumento notable en el número de mayores de 75 más años.

La tasa media de sobreenvjecimiento de la Comunidad Valenciana (que mide la población mayor de 85 años en relación a la población mayor) es del 11,3 (un 8% para hombres y un 14% para mujeres)

El porcentaje de personas mayores que necesitan cuidados en el hogar aumenta conforme aumenta la edad, así, el 40% de los mayores de entre 75 y 84 años necesita algún tipo de cuidado, y este porcentaje se incrementa hasta el 43% para los mayores de entre 85 años en adelante.

La tasa de sobrevejecimiento de la Comunidad Valenciana representa una tasa media del **11,3%**. La tasa de sobrevejecimiento en hombres representa el 8% y en mujeres el 14%

% Personas mayores que necesitan cuidados en el hogar por tramo etario



Fuente: Encuesta de Salud CV 2004/05 Adultos (Población de 16 y más años) Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana

El 40% de las personas mayores de 75 años,
recibe ayuda de otra persona

Enfermos crónicos

Las personas con enfermedades crónicas avanzadas se definen como aquellas personas que padecen, de forma continuada durante un periodo de tiempo prolongado, enfermedades incapacitantes que limitan severamente las actividades básicas o instrumentales de la vida.

Para cuantificar a los enfermos crónicos de la Comunidad Valenciana se han seleccionado aquellas enfermedades que son clasificables bajo el concepto de “cronicidad avanzada”.

Hay **83.400** enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana.
58% son crónicos de 15 a 74 años y **42%** son crónicos
de 75 años y más años

Para seleccionar y clasificar las enfermedades consideradas como crónicas, se ha seguido el siguiente esquema de trabajo:

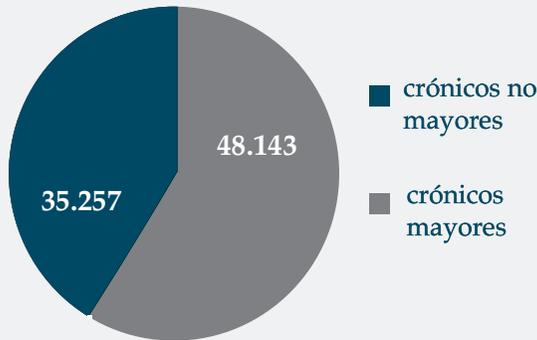
- Selección previa de los códigos CIE
- Explotación de CMBD de los Hospitales de Agudos en la Comunidad Valenciana, (año 2005)
- Explotación CMBD de los HACLE en la Comunidad Valenciana
- Cruce con SIP para caracterización de la población objetivo

En la Comunidad Valenciana hay 83.400 enfermos crónicos, de los cuales 35.257 (42,3%) son enfermos crónicos de entre 15 y 74 años y 48.143 (57,7%) son crónicos de 75 años y más. La población masculina representa el 56% de los enfermos crónicos, mientras que la femenina representa el 44% restante. Conforme aumenta la edad, la diferencia entre hombres y mujeres disminuye, representando cada uno de ellos el 50%.

Población crónica por sexo y grupos de edad, 2006



Distribución de los enfermos crónicos, 2005

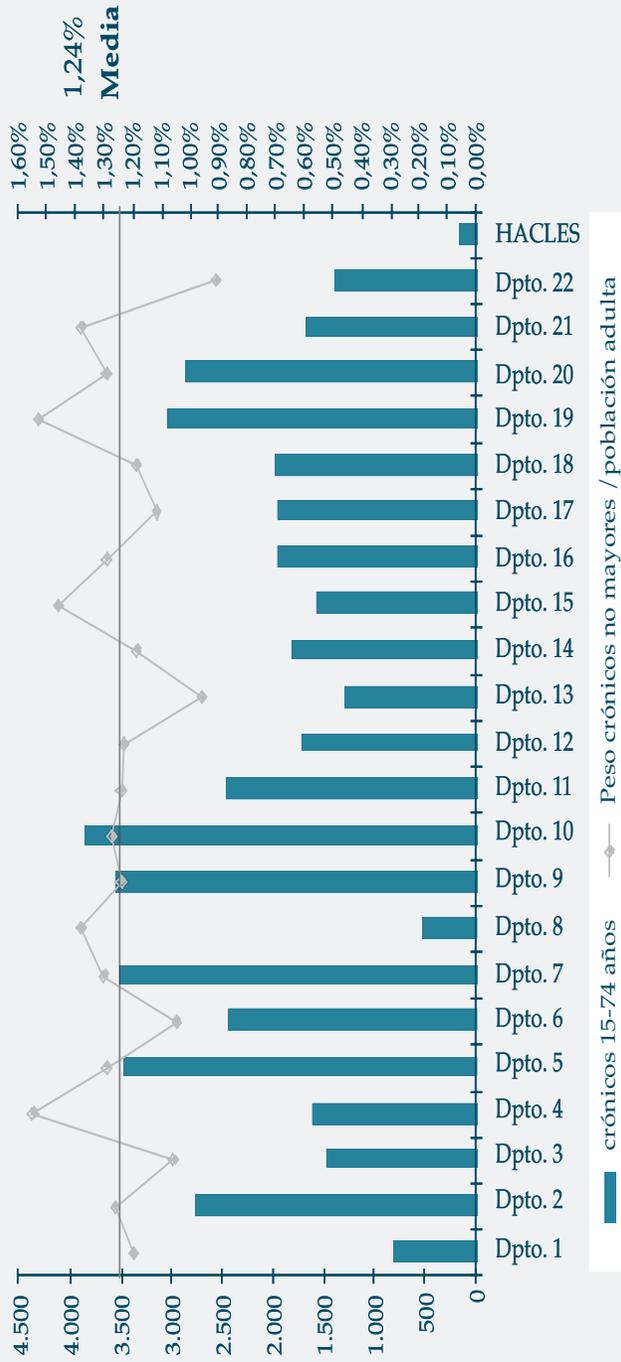


Fuente: CMBD, 2005

Los enfermos crónicos de 15 a 74 años representan el **1,24%** de la población adulta de la Comunidad Valenciana, con un total de **48.143** personas

El porcentaje de los enfermos crónicos de 15 a 74 años es del 1,24% (48.143 personas) sobre el total de la población adulta de la Comunidad Valenciana, mientras que los enfer-

Enfermos crónicos de 15 a 74 años y peso de dichos enfermos respecto al total de población adulta (15-74 años), 2005



* Consideramos población adulta a las personas de 15 a 74 años.
Fuente: CMBD, 2005

Los enfermos crónicos mayores representan el **8,18%** de la población mayor de la Comunidad Valenciana, con un total de **35.257** personas

mos crónicos de 75 años o más, representan el 8,18% (35.257 personas).

Las 20 principales patologías que caracterizan a los enfermos crónicos de la Comunidad Valenciana se agrupan en enfermedades respiratorias, cardíacas y cerebrales. El 45% de las patologías que caracterizan a los crónicos mayores de 75 años coinciden con los que caracterizan a los menores de 75 años siendo las principales enfermedades crónicas diagnosticadas al conjunto de la población valenciana bronquitis crónica, infarto de miocardio o corazón, tumores, embolias o ataques cerebrales, etc.

Debido al uso intensivo de estos tratamientos, como consecuencia de la elevada periodicidad de las consultas y terapias médicas, el coste de los mismos es muy elevado.

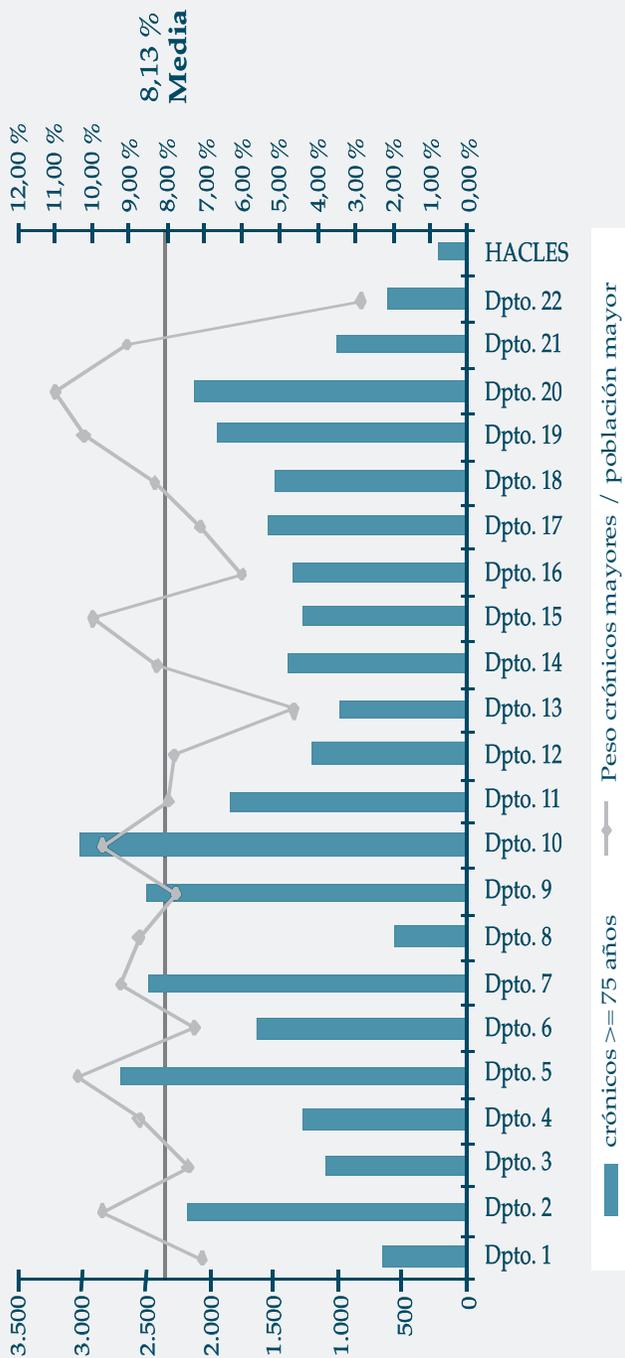
Las 20 principales patologías que caracterizan a los enfermos crónicos son principalmente enfermedades:
Respiratorias, Cardíacas y Cerebrales

Enfermos paliativos

En la Comunidad Valenciana hay alrededor de 1000 pacientes en programas de cuidados paliativos. Los Cuidados Paliativos –según la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos– “Son los cuidados activos totales e integrales que se proporcionan a los pacientes con una enfermedad en fase avanzada y progresiva, potencialmente mortal a corto plazo y que ya no responde al tratamiento curativo”.

La medicina paliativa es la especialidad médica dedicada al estudio y tratamiento de estos enfermos. Sus objetivos son

Enfermos crónicos de 75 y más años y peso de dichos enfermos respecto al total de población mayor, 2005



Fuente: CMBD, 2005

En la Comunidad Valenciana se atienden anualmente alrededor de 1.000 pacientes en cuidados paliativos

mantener o mejorar su calidad de vida y dar apoyo a sus familias en esta fase y durante el duelo.

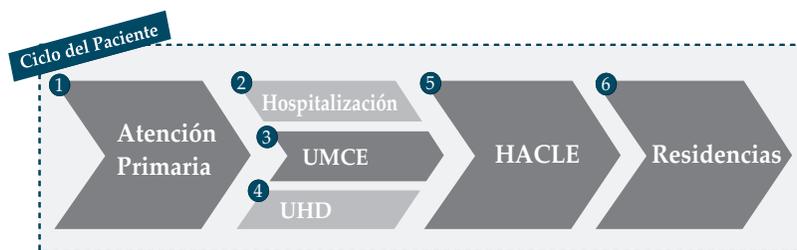
Un enfermo terminal es toda persona que ha sido diagnosticada con certeza de un padecimiento avanzado, incurable, progresivo, que no responde a tratamientos específicos y que tiene una expectativa de vida reducida, por lo general, menor a los 6 meses. Su tratamiento de base pasa a ser de tipo paliativo.

- Pacientes oncológicos:
 - Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada
 - Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento
 - Pronóstico de vida limitado
- Pacientes con SIDA terminal en las siguientes categorías:
 - Patología tumoral asociada en progresión
 - Patología neurológica en progresión: LNP o encefalopatía-VIH
 - Síndrome debilitante en progresión
 - Karnofsky inferior al 40 % fuera de crisis aguda
 - Pacientes con SIDA con esperanza de vida inferior a seis meses
- Otros pacientes paliativos:
 - Enfermos con insuficiencia renal crónica terminal
- Pacientes con procesos crónicos en estadios avanzados:
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con insuficiencia respiratoria
 - Hipoxémica

- Insuficiencia cardiaca en los que se han descartado intervenciones
- Quirúrgicas o trasplante
- Hepatopatía crónica sin posibilidad de tratamiento radical
- Demencias en progresión
- Pacientes con limitación funcional y/o inmovilizados complejos
 - Personas que pasan la mayor parte del tiempo en cama o con dificultad importante para desplazarse, el problema suele durar más de dos años.

3.3. ORDENACIÓN Y CARTERA DE SERVICIOS

La agencia Valencia de Salud atiende las necesidades de los pacientes a través de diversos recursos:

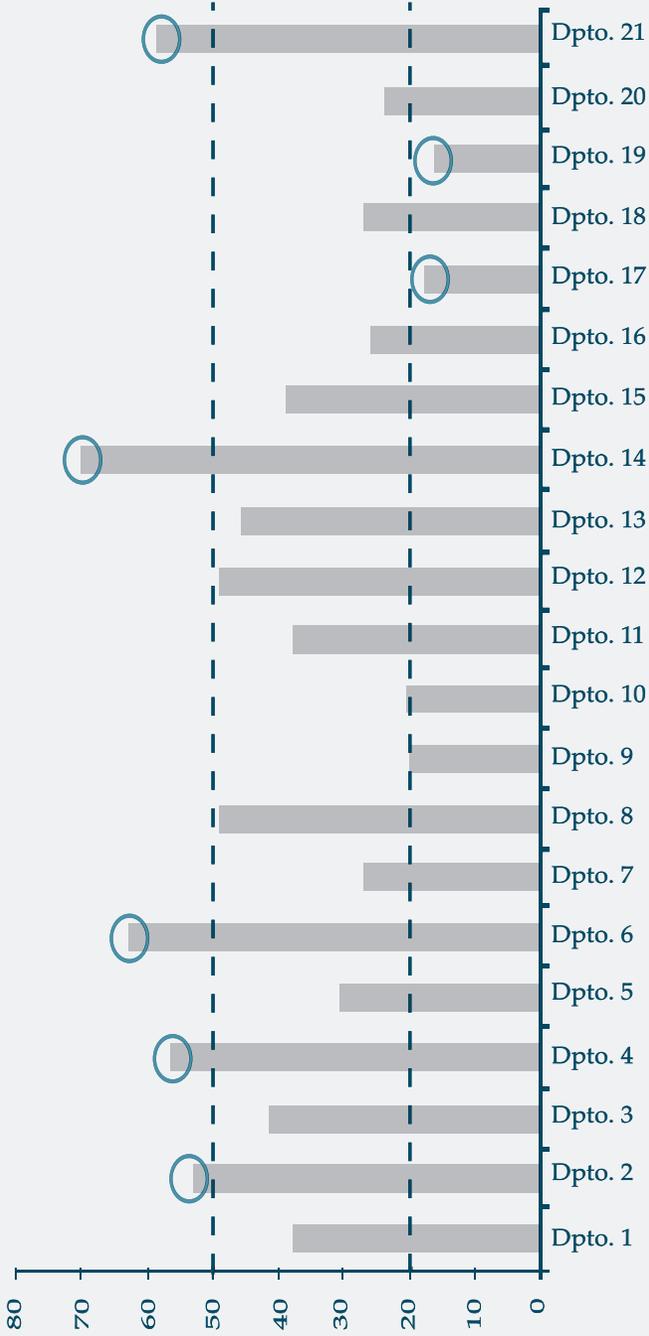


Atención Primaria

Es el primer nivel de acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Los centros de atención primaria son centros polivalentes que ofrecen una respuesta integral a las distintas necesidades del paciente. La Comunidad Valenciana dispone de 703 Centros de Atención Primaria.

Hay 430.710 mayores asignados a 703 centros de Atención Primaria. Un total de 316.240 personas (73,4%) están asignados

Nº de Centros de Atención Primaria, 2005



Fuente: Servicio de Recursos Asistenciales, Conselleria de Sanitat, GVA.

430.710 mayores están asignados a **703** centros de Atención Primaria, estando el **73,5%** asignado a **250** centros de salud, el **26%** a **435** consultorios y el **0,5%** a otro tipo de centros o sin asignación

a 250 centros de salud repartidos entre todos los Departamentos. La media de pacientes asignada a cada centro es de 1.265 personas mayores.

112.415 (26,1%) personas mayores están asignadas a 453 consultorios repartidos entre las diferentes zonas de Salud. La mayor concentración se encuentra en los Departamentos de Castellón y Vila Joiosa con 10.000 y 8.000 pacientes por consultorio. La media de pacientes asignada a cada consultorio es de 248 personas mayores. El 97,1% de la población acude al centro que le corresponde.

Se realizaron más de 17 millones de consultas de atención primaria durante el año 2006 de las cuales 4 Millones corresponden a mayores de 75 años.

Atención Especializada

La entrada a los hospitales de agudos se realiza a través de diferentes vías: Atención Primaria, Consultas y Urgencias. Este tipo de hospitales se encarga de estabilizar a aquellos pacientes que sufren un proceso agudo (un episodio agudo es aquella sintomatología asociada con la primera manifestación de la enfermedad). Tras estabilizarlos e identificar su patología, o bien se les da el alta o bien se procede a su derivación a las UHD, HACLE u hospitales de día.

En la Comunidad Valenciana existen 58 Hospitales de Agudos con un total de 12.519 camas. La titularidad de los centros hospitalarios se divide de manera simétrica en: 33 de gestión

Existen **58** Hospitales de Agudos con **12.519** camas en la Comunidad Valenciana

pública y 29 de gestión privada. Sin embargo el 81% de las camas son de titularidad pública y el 19% son privadas*

El 27% de los hospitales de agudos se concentran en los departamentos de Valencia - Clínico, Valencia - La Fe y Alicante, con un total de cinco hospitales en cada departamento.

Los mayores y los enfermos crónicos han generado
146.620 altas, un 38,3% del total

El 41 % de las camas, están concentradas en los departamentos de Valencia - La Fe (2.010 Camas), Alicante (1.191 camas), Castellón (1.072 camas) y Valencia - Clínico (1.016 camas).

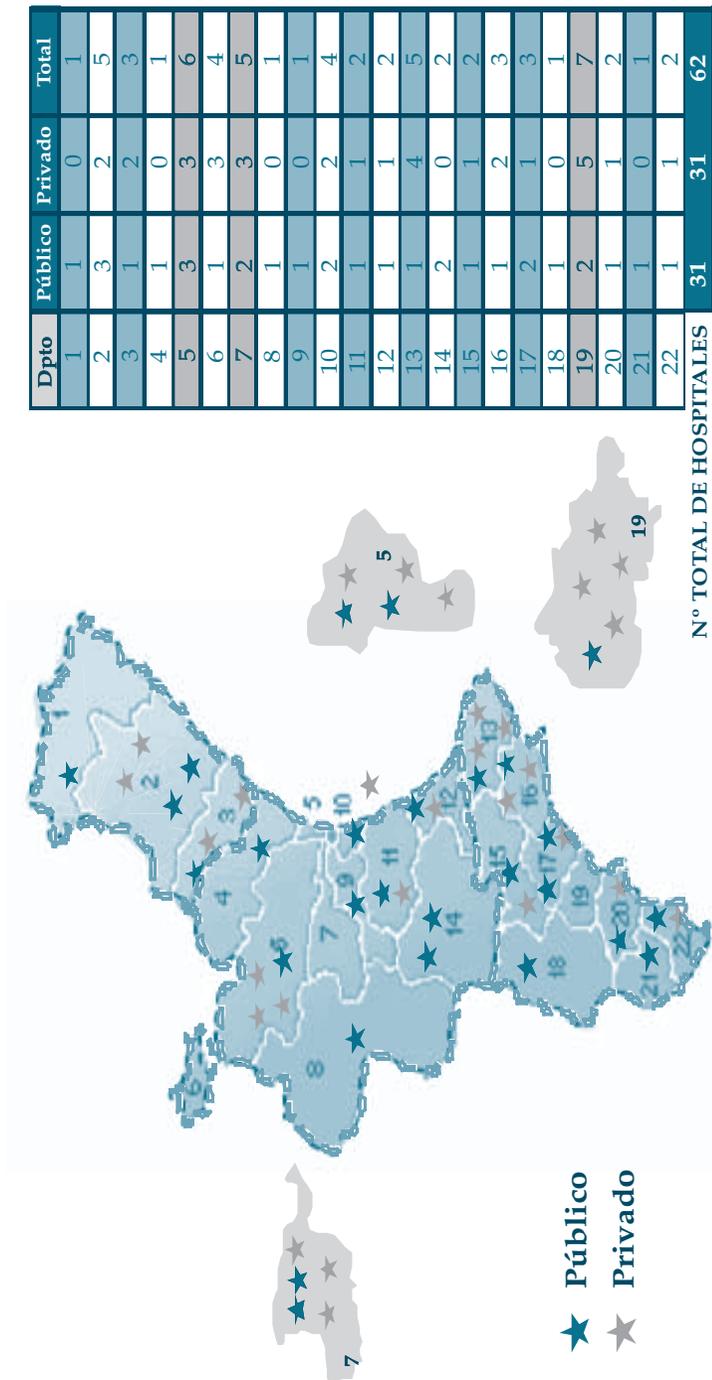
La población objetivo del plan ha generado un total de 146.620 altas en los hospitales públicos, lo que supone el 38,3% del total de las altas generadas.

El 23% de las altas se concentran en los departamentos Valencia - Doctor Peset (con un volumen de 12.447 altas), Valencia - Clínico, Valencia - La Fe y C.E. Juan Llorens - torre con aproximadamente 11.000 altas cada uno. Existen varios Departamentos, como Vinaròs, Requena, Torrevieja, Denia, Orihuela y La Plana donde el volumen de las altas no alcanza las 5.000 altas anuales.

El 23% de las altas hospitalarias de la población objetivo se concentra en los Departamentos Valencia - Dr. Peset, Valencia - Clínico y Valencia - La Fe

Del total de las altas, 88.929 correspondieron a personas mayores y 59.700 a pacientes con afecciones crónicas con edades comprendidas entre los 15 y 64 años.

* En los cuadros se incluye la totalidad de hospitales y camas, sin diferenciar el carácter de la atención: agudos y monográficos.

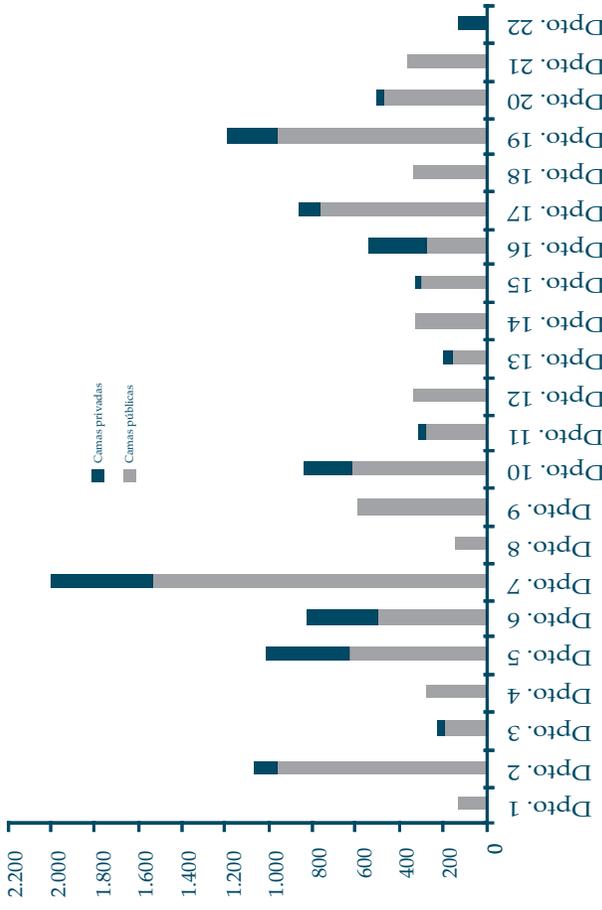


Fuente: Servicio de Recursos Asistenciales, Conselleria de Sanitat, GVA.
 Catálogo Nacional de Hospitales 2006

CAMAS HOSPITALARIAS*

Dpto	Público	Privado	Total
1	136	0	136
2	965	107	1072
3	191	32	223
4	279	0	279
5	717	379	1096
6	503	330	833
7	1543	467	2010
8	150	0	150
9	592	0	592
10	619	220	839
11	277	48	325
12	237	12	249
13	156	148	304
14	329	0	329
15	305	26	331
16	286	266	552
17	768	103	871
18	334	0	334
19	944	321	1315
20	468	40	508
21	366	0	366
22	269	132	401
	10484	2631	13115

Titularidad de los centros hospitalarios por CCAA, 2006



* Cuadro que incluye los hospitales monográficos psiquiátricos, el penitenciario de Alicante y el sanatorio de Vall de Laguard de atención contra la lepra (con un total de 596 camas)

Fuente: Servicio de Recursos Asistenciales, Conselleria de Sanitat, GVA. Catálogo Nacional de Hospitales 2006

El estudio de la estancia media permite determinar la cantidad de recursos que consume el público objetivo y realizar una proyección de las necesidades futuras.

La estancia media del público objetivo es de 7,74 días. Si el paciente es una persona mayor ésta aumenta hasta los 7,93 días. En caso de que el paciente no haya alcanzado los 75 años, disminuye hasta los 7,63 días.

Los mayores y los enfermos crónicos han tenido **1.151.785 estancias** en los hospitales públicos, un **47%** del total

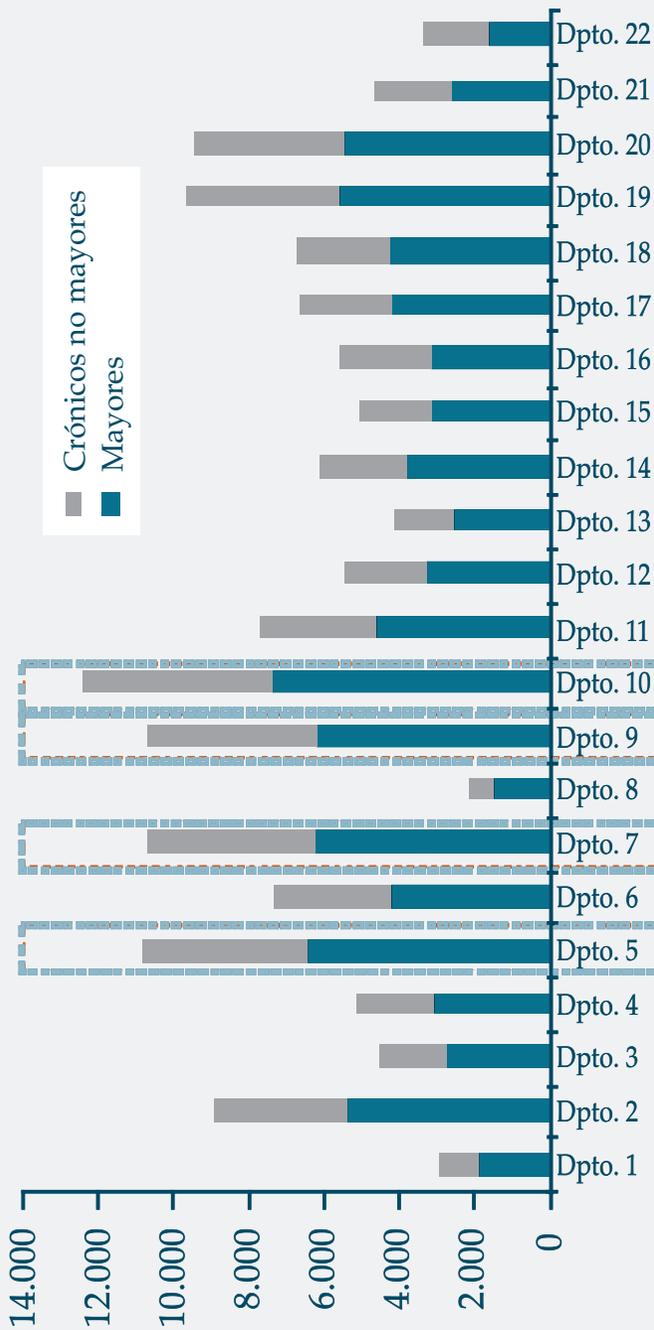
El Hospital de Provincial de Castellón tiene una estancia media superior en el 2005 alcanzando los 12 días. Por el contrario, el Hospital de Ontinyent reduce la estancia media de sus pacientes a 5 días.

Los hombres de 75 y más años emplean más recursos sanitarios que las mujeres en el mismo tramo etario. Los hombres acudieron a un total de 43.544 primeras visitas y 14.597 sucesivas, frente a las 41.686 primeras visitas y 11.397 sucesivas realizadas por mujeres. La tasas de reutilización por parte de la población masculina es ligeramente superior a la femenina (0,43 para los hombres frente al 0,27 para las mujeres mayores de 75 años).

Las afecciones que más atacan a la población mayor son aquellas relacionadas con el sistema circulatorio, respiratorio, nervioso, musculoesquelético y digestivo. El 71% de los pacientes mayores han ingresado en los hospitales de agudos aquejados de estas enfermedades. Los enfermos crónicos no mayores tienen generalmente enfermedades asociadas al sistema digestivo, nervioso y circulatorio.

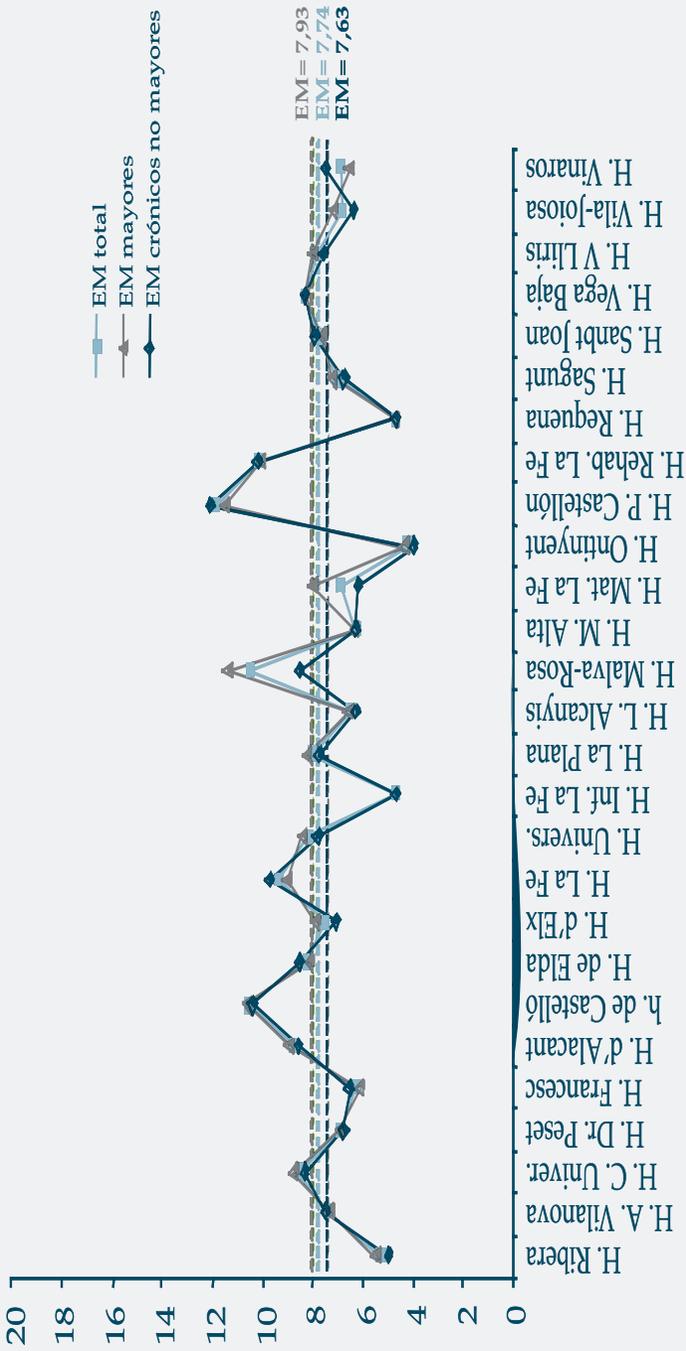
Las enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio, nervioso, musculoesquelético y digestivo representan el **71%** del total de altas de la población objetivo

Nº Altas de la población objetivo por Departamento, 2005



Fuente: CMBD, 2005

Estancias medias de la población objetivo por hospital público, 2005



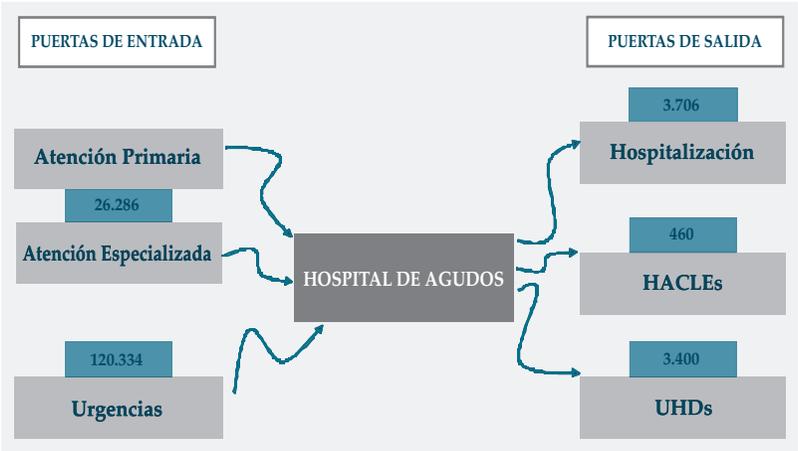
Fuente: CMBD, 2005

Los mayores y enfermos crónicos con edades comprendidas entre los 15 y 74 años han generado 1.151.785 estancias (47% del total de estancias) durante el año 2005.

Del total de las estancias, 684.997 fueron generadas por personas mayores y 466.788 por pacientes crónicos con edades comprendidas entre los 15 y 74 años.

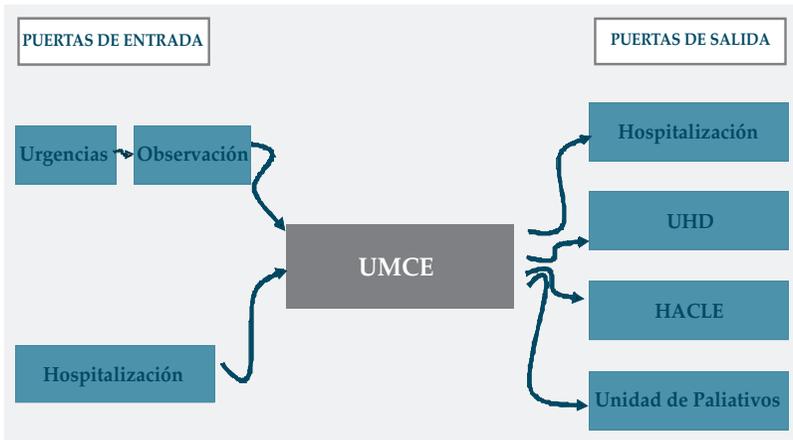
El Hospital General de La Fe es el hospital que mayor número de estancias de la población objetivo ha tramitado, seguido por el Hospital General de Alicante, cada uno de ellos con más de 100.000 estancias. Por el contrario, los hospitales Malvarosa y Ontinyent no alcanzaron las 10.000 estancias por hospital.

La puerta de entrada de pacientes a los hospitales de agudos se realiza a través de urgencias (120.334) y a través de Atención Primaria y Especializada (26.298 pacientes).



La salida de los pacientes se realiza a través de los sistemas integrados en la red sanitaria que se encuentran enfocados a ofrecer una continuidad asistencial. El destino principal tras el alta es la hospitalización, con un total de 3.706 de pacientes derivados. 3.400 enfermos se derivan a unidades de hospitalización domiciliaria mientras que 480 personas ingresan en los Hospitales de Asistencia a Crónicos y Larga Estancia.

La entrada a las Unidades Médicas de Corta Estancia (UMCE) se realiza bien por Urgencias y observación o bien a través de la hospitalización de los enfermos. La finalidad de las Unidades Médicas de Corta Estancia es la de valorar y atender de forma integral, a los pacientes ancianos frágiles, crónicos de larga evolución y terminales que acuden al hospital solicitando asistencia sanitaria.



Tras evaluar y atender a los enfermos, las UMCE se coordinan con las diferentes unidades sanitarias para ofrecer la mejor opción terapéutica a los pacientes. En caso de derivación, éstas se llevan a cabo a UHD, los HACLE o Unidades de Paliativos.

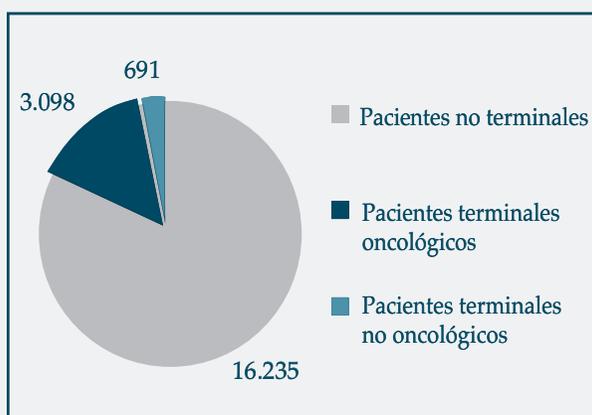
Las Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) son unidades asistenciales que permiten a los pacientes ser atendidos en sus domicilios. El uso de estas unidades evita ingresos innecesarios de los pacientes crónicos y terminales en las instituciones sanitarias y sociales, acorta la estancia de los pacientes ya ingresados y ofrece servicios a los pacientes en listas de espera de residencias, Unidades de Larga Estancia Hospitalaria y mantiene a los enfermos en su medio, evitando complicaciones típicas de los hospitales.

Las puertas de entrada a las UHD son las UMCE, urgencias y hospitalización y HACLE.

Dpto. UHD	Plazas	Pacientes atendidos
2 Castelló	105	91
3 La Plana	42	557
4 Sagunt	35	559
5 Clínic Universitari	63	1.022
6 Arnau de Vilanova	59	1.231
7 La Fe General	66	2.887
7 La Fe Pediátrica	12	931
9 General Valencia (ALM)	54	1.231
10 Dr. Peset	59	1.373
12 Gandía	36	1.038
13 Dénia	50	870
14 Xàtiva	52	1.256
15 Verge dels Liris-Alcoi	63	1.142
18 General d'Elda	34	678
19 General d'Alacant	130	2.994
20 General d'Elx	55	901
21 Vega Baja-Orihuela	24	459
IVO	90	803
TOTAL	1.029	20.023



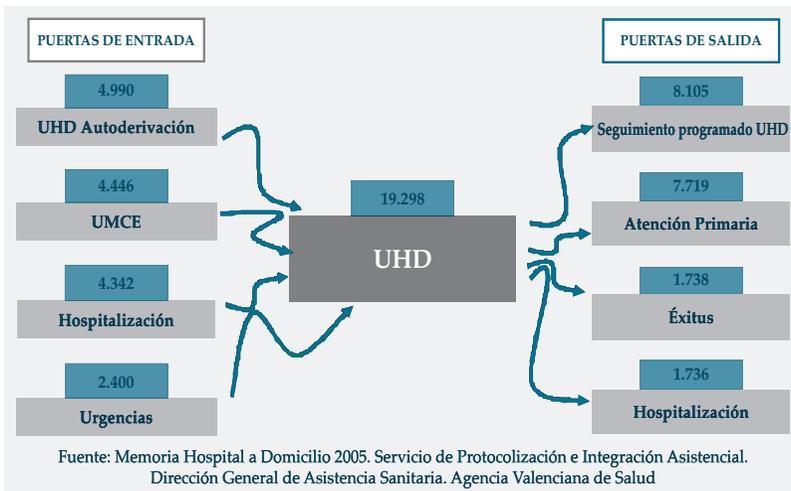
Distribución de los pacientes atendidos en las UHD por tipología clínica, 2005



Fuente: Memoria Hospital a Domicilio 2005.
 Servicio de Protocolización e Integración Asistencial.
 Dirección General de Asistencia Sanitaria. Agencia Valenciana de Salud

En la Comunidad Valenciana existen 18 Unidades de Hospitalización a Domicilio, con 1.029 plazas disponibles que dan soporte a un total de 20.023 pacientes. En marzo de 2007 se pondrá en marcha la UHD de Villajoyosa.

Existen 18 Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) con 1.029 plazas, dan soporte a 20.023 pacientes



Se produjeron 140.000 estancias en las UHD durante el año 2005 con una media de 7,20 días de estancia

Las UHD presentan un bajo índice de ocupación (46,63%), siendo el departamento de Gandía el que optimiza sus recursos es Gandía ya que presenta un índice de ocupación del 88,84%.

Durante el año 2005 se contabilizaron un total de 3.789 (19%) asistencias a pacientes paliativos y 16.235 (81%) a pacientes no terminales.

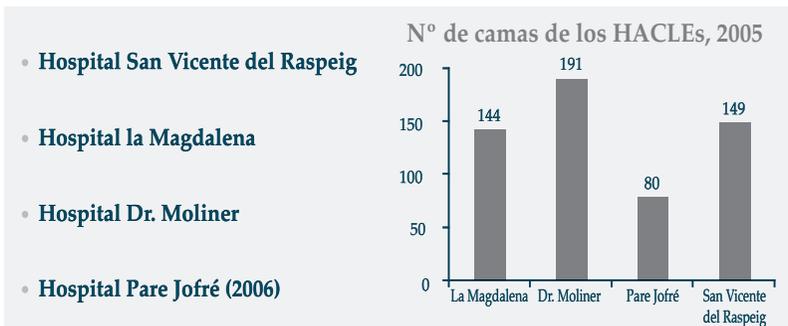
Durante el año 2005 se produjeron un total de 140.000 estancias en las UHD, con una media de 7,20 días.

Un **25,86%** de los pacientes entran a las UHD por autoderivación.
Su principal puerta de salida es el seguimiento programado
con un **42,02%** de los pacientes

El 25,9% de los ingresos en las UHD (4.448) provienen de la autoderivación, el 23% (4.448) de las UMCE, el 22,5% (4.342) de la sala de hospitalización y el 12,4% (2.400) de urgencias. Tras el alta, el 42% (8.106) se incorpora a un programa de seguimiento a domicilio, el 40,1% (7.719) se remite a atención primaria, el 8,2% (1.738) son reingresados en hospital de agudos y el mismo porcentaje de pacientes (8,2%) fallece.

Los Hospitales de Asistencia a Crónicos y Larga Estancia (HACLE) identifican los problemas y planifican los cuidados individualizados a pacientes mayores en un estado de dependencia avanzado.

HACLE construidos



Fuente: Memorias de los hospitales y entrevistas con los responsables de los centros.

La totalidad de las entradas a los HACLE se produce por derivación de hospitales de agudos (Urgencias y Atención Primaria).

La dependencia organizativa de los HACLE es supradepartamental, pudiendo recibir pacientes de cualquier hospital de la Comunidad Valenciana. En la actualidad existen 4 HACLE con un total de 564 camas repartidas del siguiente modo:

Actualmente existen **4 Hospitales de Media y Larga Estancia (HACLE)** con un total de **564 camas**.

- Hospital San Vicente de Raspeig, situado en la zona de Alicante con 149 camas.
- Hospital La Magdalena, ubicado en Castellón y con un total de 144 camas.
- Hospital Doctor Moliner, instalado en la zona de Valencia – Arnau de Villanova, con disponibilidad de 191 camas.
- Hospital Pare Jofré, emplazado en la zona de Valencia – Dr. Peset con 80 camas.

Adicionalmente existe un concierto con el Sanatorio de Fontilles para la atención de personas mayores con enfermedades crónicas.

Durante el 2005 en los HACLE se produjeron un total de 4.820 (3%) altas de la población objetivo. Un total de 3.100 altas corresponden a personas mayores y 1.720 altas a enfermos crónicos.

Las personas mayores y los enfermos crónicos generaron un total de 103.635 estancias en los HACLE, un 8,3% de las estancias totales de la población objetivo. Un total de 61.899 estancias corresponden a personas mayores y 41.736 estancias a enfermos crónicos con edades comprendidas entre los 15 y 74 años.

El Hospital Dr. Moliner es el HACLE que más estancias registró, seguido por el Hospital La Magdalena con más de 30.000 estancias cada uno.

4.820 (3%) altas de población objetivo se realizan en los HACLE

Los mayores y los enfermos crónicos han tenido **103.635 estancias** en los HACLE, un **8,3%** de las estancias totales generadas por la población objetivo

El peso que tienen los mayores y enfermos crónicos en las estancias de los HACLE es elevado, alcanzando valores de entre el 88% (Hospital San Vicente del Raspeig) y el 96% (Hospital La Magdalena).

La estancia media para las personas mayores y enfermos crónicos es de 25,56 días. Si el paciente es una persona mayor, la estancia disminuye hasta los 23,98 días, mientras que en los pacientes crónicos menores de 75 años ésta aumenta hasta los 28,66 días.

La **estancia media** de los mayores y enfermos crónicos en los HACLE de la Comunidad Valenciana es de **25,56 días**

La estancia media del Hospital Dr. Moliner es de 35 días, mientras que en el Hospital de San Vicente del Raspeig la estancia media es de 11 días.

El proceso de ingreso en los HACLE se coordina desde los hospitales de agudos que comienza con una propuesta por parte del hospital de agudos y termina con el alta médica. A pesar de que los HACLE fueron creados para una misma finalidad, cabe destacar diferencias durante el proceso de atención al paciente, principalmente en el momento de admisión y valoración y en la cartera de servicios que ofrecen.

A lo largo del 2005 se registraron un total de 5.054 ingresos en los HACLE, 3.415 pacientes la realizaron a través de Urgencias, y 1.639 a través de Atención Primaria.

Del total de pacientes atendidos, 3.601 fueron trasladados a sus domicilios, 1.029 fallecieron y 424 fueron trasladados a residencias o causaron alta voluntaria.

Se registraron **5.054 altas** en los HACLE en la Comunidad Valenciana al pasado año 2005



Castellón	Residencias Públicas	Residencias Privadas	Total
Nº Centros	15	20	35
Nº Plazas	1.301	1.337	2.638

Valencia	Residencias Públicas	Residencias Privadas	Total
Nº Centros	32	153	185
Nº Plazas	2.072	8315	10.387

Alicante	Residencias Públicas	Residencias Privadas	Total
Nº Centros	16	70	86
Nº Plazas	1.628	3.913	5.541

Fuente: Bienestar Social, Generalitat Valenciana. 2005

Los Recursos Sociales de la Comunidad Valenciana,
hay **306 residencias** con **18.556 plazas**

En la Comunidad Valenciana existe un total de 306 Residencias Sociosanitarias para mayores con un total de 18.556 plazas, de las cuales 63 dependen de la administración pública y 243 son de titularidad privada. La distribución de las residencias está ordenada a nivel provincial.

En la Provincia de Castellón existe un total de 35 residencias, de las cuales 15 son de gestión pública y 20 privadas con un total de 2.638 plazas.

En la Provincia de Valencia existe un total de 185 residencias, de las cuales 32 son de gestión pública y 153 privadas con un total de 10.387 plazas.

En la Provincia de Alicante existe un total de 86 residencias, de las cuales 16 son de gestión pública y 70 privadas con un total de 5.541 plazas.

3.4. CONCLUSIONES: ANÁLISIS DAFO

Por otra parte, las fortalezas y debilidades que se han identificado a través del análisis DAFO ofrecen las primeras indicaciones de los campos de desarrollo prioritario de la atención sociosanitaria en los próximos años.

Las principales **Fortalezas** (situaciones internas) para el adecuado desarrollo de la atención sociosanitaria son las siguientes:

- El porcentaje de recursos destinados a la atención sanitaria y social.
- Profesionales proactivos que establecen colaboraciones.
- Contrastados conocimientos y experiencia.
- Existencia de un acuerdo marco de Atención Sociosanitaria, como expresión de la voluntad y compromiso institucionales.

Pero, sin duda, también existen **Debilidades** (situaciones internas) que se deberán de neutralizar o reforzar para sacar adelante el Plan. Estas son los principales:

- Diversidad de administraciones implicadas y dispersión de trabajos y responsabilidades.
- Dificultad en la financiación de la atención sociosanitaria, como consecuencia de la complejidad en la fijación de responsabilidades para la asunción de dicho coste y por la doble complejidad de la financiación de los usuarios (diferencia entre el sistema sanitario y el social y diferencias entre Diputaciones y Ayuntamientos).
- Necesidades de mejora del entorno profesional y laboral.
- Coordinación mejorable en la atención de estos enfermos entre las distintas unidades asistenciales.
- La coordinación entre las distintas unidades asistenciales es mejorable.

Por otra parte, el entorno actual y futuro nos brinda multitud de oportunidades de desarrollo a la vez que nos muestra algunas amenazas a considerar a fin de poder afrontarlas de manera efectiva.

Las principales **Oportunidades** (situaciones externas) que los expertos han identificado, son las siguientes:

- Creciente concienciación de la importancia en la continuidad de la atención y la adecuación de los recursos a las necesidades.
- Incremento del equilibrio departamental, dotando a cada departamento de unos servicios y organización acordes a sus características, así como acercar la ordenación sanitaria y social de los recursos.
- Desarrollo de nuevas tecnologías de la salud, como por ejemplo sistemas remotos de diagnóstico (telemedicina) o la historia clínica electrónica (Proyecto ABUCASIS).

- Incorporación de nuevas metodologías de trabajo, integración de equipos multidisciplinares, que ayuden a evaluar mejor las necesidades, establecer prestaciones adecuadas, homogéneas y de calidad y establecer indicadores de seguimiento y evaluación, fomentando la eficiencia del sistema.
- La financiación capitativa como proceso innovador en la distribución económica.
- Necesidades específicas asistenciales del colectivo objeto de este plan.
- Solicitud de unidades específicas de atención.

Las principales **Amenazas** existentes son las siguientes:

- Incremento de la población objetivo y consecuente desequilibrio con la oferta de servicios.
- Prestaciones sanitarias y de bienestar social separadas por la ley.
- Reducción del apoyo de la red familiar de atención.
- Situación de los cuidadores principales.

ANÁLISIS ESTRATÉGICO

FORTALEZAS

- El porcentaje de recursos destinados a la atención sanitaria y social.
- Profesionales proactivos que establecen colaboraciones.
- Contrastados conocimientos y experiencia.
- Existencia de un acuerdo marco de Atención Sociosanitaria, como expresión de la voluntad y compromiso institucionales.

DEBILIDADES

- Diversidad de administraciones implicadas y dispersión de trabajos y responsabilidades.
- Dificultad en la financiación de la atención Sociosanitaria.
- Necesidades de mejora del entorno profesional y laboral.
- Falta de coordinación en la atención de estos enfermos entre las distintas unidades asistenciales.
- La coordinación entre las distintas unidades asistenciales es mejorable.

ANÁLISIS ESTRATÉGICO

OPORTUNIDADES

- Creciente concienciación de la importancia en la continuidad de la atención y la adecuación de los recursos a las necesidades.
- Incremento del equilibrio departamental, dotando a cada departamento de unos servicios y organización acordes a sus características, así como acercar la ordenación sanitaria y social de los recursos.
- Desarrollo de nuevas tecnologías de la salud y empleo nuevas tecnologías.
- Incorporación de nuevas metodologías de trabajo, integración de equipos multidisciplinares, que ayuden a evaluar mejor las necesidades, establecer prestaciones adecuadas, homogéneas y de calidad y establecer indicadores de seguimiento y evaluación, fomentando la eficiencia del sistema.
- La financiación capitativa como innovación en el país.
- Necesidades específicas asistenciales del colectivo objeto de este plan.
- Solicitud de unidades específicas de atención.

AMENAZAS

- Incremento de la población objetivo y consecuente desequilibrio con la oferta de servicios.
- Prestaciones sanitarias y de bienestar social separadas por la Ley.
- Reducción del apoyo de la red familiar de atención.
- Situación de los cuidadores principales





DESARROLLO ESTRATÉGICO

Misión de la Agencia Valenciana de Salud:

La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente, con medios propios o ajenos, públicos o privados, mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho, así como a través de la constitución de concesiones administrativas, consorcios, fundaciones, empresas públicas u otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida¹

Visión de la Agencia Valenciana de Salud:

La Agencia Valenciana de Salud prestará servicios sanitarios que respondan a las necesidades y expectativas de sus ciudadanos, primando la eficiencia en la gestión de los recursos y la sostenibilidad económica del sistemas. Organizativamente, la Agencia Valenciana de Salud suministrará servicios de coordinación a sus unidades descentralizadas proveedoras de servicios sanitarios (Departamentos), buscando la equidad en todo el territorio de la Comunidad Valenciana.²

La Agencia Valenciana de Salud ha definido la siguiente **Visión** para el Plan Integral de:

“Proporcionar una atención integral de calidad, eficiente y eficaz, con el fin de reducir las consecuencias de la enfermedad y la dependencia en los pacientes crónicos y mayores, mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades detectadas y la formación continuada de pacientes, familiares, cuidadores y profesionales”

1. Artículo 23 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

2. Plan estratégico de la Agencia Valenciana de Salud

De esta visión se desprenden los siguientes ejes estratégicos:

1. Integración de la cartera de servicios y gestión eficiente.
2. Coordinación e integración del Sistema Sanitario con Bienestar Social.
3. Capacitación profesional.
4. Formación de los cuidadores y pacientes.
5. Creación de un sistema de información integrado.
6. Investigación.

EJES ESTRATÉGICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN
<p>I. Integración cartera de servicios y gestión eficiente</p>	<p>1.1 Reordenar la dinámica asistencial, estableciendo al paciente como centro.</p> <p>1.1.1 Constituir equipos de Valoración Integral multidisciplinar por departamento</p> <p>1.1.2 Establecer sesiones clínicas conjuntas entre Atención Primaria y Atención Especializada.</p> <p>1.1.3 Extender la figura enfermera de enlace.</p> <p>1.1.4 Incorporar técnicas de gestión de casos.</p> <p>1.1.5 Reforzar el papel del trabajador social en los centros sanitarios.</p> <p>1.2 Ampliar los recursos necesarios.</p> <p>1.2.1 Ampliar la dotación de HACLE. Un HACLE cada 500.000 habitantes.</p> <p>1.2.2 Implementar las UMCES en toda la red de agudos.</p> <p>1.2.3 Fomentar unidades de rehabilitación</p> <p>1.3 Definir cartera de servicios</p> <p>1.3.1 Unificar cartera de servicios HACLE</p> <p>1.3.2 Desarrollar unidades de Daños Cerebrales, Alzheimer y Demencia.</p> <p>1.4 Crear un sistema de observación que defina las necesidades y los circuitos asistenciales de los pacientes.</p> <p>1.4.1 Implantar sistemas de identificación y estratificación</p> <p>1.4.2 Protocolizar guías de práctica clínicas.</p> <p>1.4.3 Unificar criterios diagnósticos, terapéuticos y de derivación.</p> <p>1.4.4 Protocolizar la atención de la población objetivo en la red hospitalaria de agudos. Equipos de valoración.</p> <p>1.5 Mejorar los procesos asistenciales.</p> <p>1.5.1 Incluir cuidados de enfermería en el informe de alta.</p> <p>1.5.2 Establecer una visita anual obligatoria de Control.</p> <p>1.5.3 Fomentar modalidades asistenciales alternativas a la hospitalización.</p> <p>1.5.4 Definir protocolos y guías de buena practica en los pacientes paliativos.</p>

EJES ESTRATÉGICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN
II. Coordinación e integración	<p>2.1 Integrar el Sistema Sanitario con Bienestar Social.</p> <p>2.1.1 Desarrollar el Acuerdo Marco entre Sanidad y Bienestar Social.</p> <p>2.1.2 Instituir Comisión Técnica de Coordinación.</p> <p>2.1.3 Definir e implantar criterios de valoración homogéneos y continuos.</p> <p>2.1.4 Desarrollar un modelo de atención farmacéutica para pacientes de residencias.</p> <p>2.2 Coordinar el Sistema Sanitario con los Servicios Sociales.</p> <p>2.2.1 Establecer planificación territorial conjunta.</p> <p>2.2.2 Definir prácticas comunes de actuación.</p> <p>2.2.3 Incorporar a médicos de residencias en a los equipos de Atención Primaria y Especializada.</p> <p>2.2.4 Extender protocolos de atención.</p>
III. Capacitación profesional	<p>3.1 Desarrollar planes de formación específica.</p> <p>3.1.1 Unificar los contenidos de formación.</p> <p>3.1.2 Potenciar la enseñanza de una valoración geriátrica integral.</p> <p>3.1.3 Establecer ciclos rotación formativa en unidades claves.</p> <p>3.1.4 Potenciar cursos de habilidades.</p> <p>3.2 Desarrollar perfiles adaptados a la atención integral.</p> <p>3.2.1 Definir perfiles específicos para ofrecer una atención integral.</p>

EJES ESTRATÉGICOS	LÍNEAS DE ACTUACIÓN
<p>IV. Formación de cuidadores y pacientes</p>	<p>4.1 Proporcionar formación detallada a los cuidadores.</p> <p>4.1.1 Enseñar al cuidador</p> <p>4.1.2 Desarrollar guías de formación para la atención a los cuidadores.</p> <p>.</p> <p>4.2 Fomentar los autocuidados en los pacientes.</p> <p>4.2.1 Desarrollar guías de cuidados para los pacientes.</p> <p>4.2.2 Desarrollar grupos de autoayuda.</p> <p>4.2.3 Incorporar guía de cuidados en la Web de la Consellería de Sanitat.</p>
<p>V. Sistema de información integrado</p>	<p>5.1 Integrar y coordinar los sistemas de información.</p> <p>5.1.1 Promover la Estandarización de la información sanitaria básica.</p> <p>5.2 Desarrollar nuevas tecnologías.</p> <p>5.2.1 Desarrollar tecnologías de consulta y diagnóstico a distancia.</p> <p>5.2.2 Desarrollar CMBD socio sanitario.</p> <p>5.2.3 Implantar tecnología móvil por equipo de UHD.</p> <p>5.2.4 Implantar sistema de valoración RAI modificado en las unidades de atención.</p>
<p>VI. Investigación</p>	<p>6.1 Fomentar la investigación específica para las necesidades de nuestro público objetivo.</p> <p>6.1.1 Potenciar la investigación básica clínica y en servicio de salud orientada a nuestro público objetivo.</p> <p>6.1.2 Promover líneas de investigación multidisciplinares que coordinen las capacidades existentes.</p> <p>6.1.3 Priorizar las ayudas para las investigaciones destinadas a nuestro público objetivo.</p> <p>6.1.4 Crear foros de encuentro específicos para investigadores.</p>

EJE ESTRATÉGICO 1

Integración cartera de servicios y gestión eficiente

Es importante desarrollar mecanismos de coordinación efectivos que permitan optimizar los recursos, la gestión de los procesos asistenciales y establecer mecanismos que retroalimentación que aseguren el cumplimiento de los objetivos.

La base de la integración es el desarrollo de equipos multidisciplinares, la protocolización de los procesos asistenciales y el desarrollo de los centros de atención integral para el público objetivo.

Para alcanzar este eje, es necesario adecuar los recursos a las demandas de las personas mayores de 75 años y los enfermos crónicos. Es necesario mejorar la eficiencia de los procesos asistenciales en función de las necesidades detectadas.

Para la consecución de una gestión eficiente, la Agencia Valenciana de Salud propone la implementación de tres líneas de actuación globales y trece objetivos para alcanzarlas:

1.1. REORDENAR LA DINÁMICA ASISTENCIAL ORIENTÁNDOLA HACIA EL PACIENTE

Establecer al paciente como elemento central en el proceso de la continuidad asistencial, favoreciendo la integración de elementos que ayuden a las personas mayores y enfermos crónicos a recibir una atención de calidad.

1.1.1. Constituir un equipo de valoración integral multidisciplinar por departamento

Se promoverá la creación de las pautas de funcionamiento de los equipos multidisciplinarios por departamento. Estos equipos tendrán formación específica, que facilite una visión integral de los pacientes, para que adapten la atención a las necesidades específicas de cada caso.

Se Incorporará un equipo multidisciplinar por Departamento Sanitario.

Cada equipo estará compuesto por:

- Médico geriatra
- Farmacéutico: Para ayudar a usar los medicamentos de forma individualizada y coordinarse con las residencias
- Enfermera - fisioterapeuta.
- Trabajador social.

Los equipos multidisciplinarios se encargarán de:

- Proporcionar una visión bio-psico-social de los pacientes.
- Gestionar de manera eficiente a los enfermos.
- Coordinar las actuaciones que garanticen la mejor ubicación en el nivel asistencial.
- Facilitar el contacto con bienestar social

Los equipos multidisciplinarios recibirán formación geriátrica, así como formación en herramientas encaminadas a ofrecer una valoración integral de los pacientes y de sus enfer-

medades. Se promoverá la existencia de equipos que promuevan la integración de las disciplinas médicas, que faciliten la integración y coordinación entre ellos.

Identificarán las mejores prácticas de cada uno de los niveles asistenciales, desarrollarán un modelo que incorpore y adapte estas prácticas al marco asistencial, definirán las competencias de actuación en común, propondrán calendario de aplicación, supervisarán el buen funcionamiento.

Estos equipos se ubicaran en unidades asistenciales de relevancia para el público objetivo como por ejemplo las UMCE del hospital de referencia de cada departamento.

El coste de esta medida es medio, ya que supone la creación de nuevos puestos y perfiles que no existen en la actualidad sin embargo sus objetivos de eficiencias harán que su efecto sobre el sistema sanitario redunden en una reducción de coste por mejorar los procesos de atención y reducir la petición de pruebas diagnósticas reiteradas así como liberar recurso de agudos.

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Organización y recursos.

Coste: Coste medio.

Desarrollo Temporal: Intervalo 2007-2008

1.1.2. Establecer sesiones clínicas conjuntas entre Atención Primaria y Atención Especializada

Se establecerá un calendario anual donde de reuniones. Las sesiones clínicas tendrán carácter mensual, se llevarán a cabo por médicos de varios Centros de Salud y médicos del hospital de referencia y se tratarán los casos más destacados.

Con estas reuniones se creará un flujo continuo de información y se establecerá una colaboración entre distintos niveles asistenciales que fomente la integración inter- departamental.

Convención anual para el estudio de casos de personas mayores de 75 años. A partir de 2008. Participarán médicos de Atención Primaria y Atención Especializada

Anualmente se establecerá una Convención para el estudio de casos de los mayores de 75 años. Participarán los médicos de centros de salud y hospitales, se estudiarán los casos más significativos. Con la finalidad de extraer información relevante que se pueda incorporar a la práctica diaria.

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.
Ámbito de actuación: Procesos.
Coste: Coste bajo.
Desarrollo Temporal: Primer trimestre de 2008

1.1.3. Extender la figura de enfermera de enlace, como coordinadora del seguimiento de técnicas domiciliarias entre Atención Primaria y Atención Especializada

Se extenderá una formación específica la figura de la enfermera de enlace. Grupo de enfermeras orientadas a la gestión de casos y encargadas de servir de nexo entre los distintos servicios por el que los pacientes pasan. Así son las encargadas de realizar el seguimiento con Atención Primaria, una vez recibida el alta.

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.
Ámbito de actuación: Organización.
Coste: Coste bajo.
Desarrollo Temporal: A lo largo de 2008

1.1.4. Incorporar técnicas de gestión por casos para personalizar la atención al paciente

Se encargará de desarrollar los equipos multidisciplinares y se les dotará de funciones específicas en gestión de casos.

- Detección de personas hospitalizadas en situación de riesgo sociosanitario
- Valoración multidimensional e interdisciplinar
- Designación de recursos
- Planificación del alta, elaborarán planes de cuidados individualizados (donde queden recogidos los cuidados que el paciente requiere, en función de sus necesidades, en un determinado periodo)
- Información sociosanitaria del paciente. Información de altas desde Atención Especializada hacia Atención Primaria de forma que garantice la continuidad en los cuidados hospitalarios.
- Informe de cuidados de enfermería al alta que faciliten la continuidad de tratamientos y cuidados en el domicilio.

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Procesos.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: A lo largo de 2008

1.1.5. Reforzar el papel del trabajador social como enlace entre servicios

El trabajador social es el responsable de guiar al paciente y sus familiares, a lo largo del proceso asistencial. Para asegurar la correcta coordinación entre Sanidad y Bienestar Social, es necesario potenciar la figura del trabajador social, con esta medida se pretende asegurar la integración asistencial y la continuidad en los servicios que reciben las personas mayores y enfermos crónicos.

Se incorporará, un mínimo de 4 trabajadores sociales por cada 100.000 habitantes. Se incrementa un 20% la capacidad de la plantilla actual.

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Organización y recursos.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: Cuarto trimestre de 2009

1.2. AMPLIAR LOS RECURSOS NECESARIOS

1.2.1. Ampliar la dotación de HACLE

La Conselleria de Sanitat ha planificado la construcción de 6 HACLE entre los años 2006 y 2010. Con la construcción de los nuevos HACLE se amplía a 10 el número de estos hospitales en la Comunidad Valenciana.

1 HACLE cada 500.000 habitantes

Durante la fase de implantación del plan se desarrollarán nuevos HACLEs en:

- Denia (120 camas)
- Benidorm (200 camas)
- Valencia (Campanar) (300 camas)
- Elche (100 camas)*
- Peñíscola (150 camas)
- Gandía (100 camas)

Plan Director de Camas.

Se prevé la creación para 2010 de **70 camas por 100.000 habitantes**. Del total de las 70 camas, **40 serán camas HACLE**

De las 564 plazas existentes en 2007, se incrementarán en 790 camas HACLE, hasta alcanzar un total de 1.534 camas HACLE para el cuarto trimestre de 2010. Con esta medida la Conselleria se compromete a garantizar un HACLE por cada 500.000 de

* En caso de cesión del Hospital Militar se habilitarán 150 camas.

habitantes, así como a ofrecer un servicio próximo a las necesidades del público objetivo.

La construcción de los HACLE además de asegurar las infraestructuras necesarias para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores y enfermos crónicos, garantiza la continuidad en los cuidados.

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Recursos.

Coste: Coste alto.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2007-2010

1.2.2. Implementar las UMCES en toda la red de agudos

Se potenciarán la transformación y creación de camas en las UMCE en todos los Departamentos.

Se adaptará hasta un total de 1.800 - 2.000 camas. Esta medida promoverá una atención de calidad acorde a las necesidades crecientes del público objetivo del plan.

Al ubicar el público objetivo en unidades específicas se obtendrá una mayor adecuación a las necesidades que presentan sin necesidad de hacer grandes cambios en los hospitales de agudos, ni desde el punto de vista de recursos e infraestructuras.

Actores Implicados: Hospitales.

Ámbito de actuación: Recursos.

Coste: Coste medio.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2007-2010

1.2.3. Fomentar las unidades de rehabilitación en todas las modalidades asistenciales e implementar la rehabilitación domiciliaria

La Oficina de Seguimiento del Plan desarrollará Unidades de rehabilitación física básica, para Septiembre de 2009. Estas

unidades de rehabilitación desempeñarán su actividad en los hospitales de día, HACLE y residencias

Estas unidades estarán dirigidas por un equipo multidisciplinar integrado por profesionales de diferentes niveles asistenciales: un médico rehabilitador, un fisioterapeuta, un psicólogo, un logopeda, las enfermeras y los cuidadores que tratan habitualmente al paciente.

Se potenciará dentro del Plan de Atención Domiciliaria la prestación domiciliaria de la rehabilitación fisioterapéutica.

Las unidades de rehabilitación estarán enfocadas a la prevención, al abordaje terapéutico (detección temprana de la pérdida de autonomía) y al tratamiento de las secuelas que han generado la incapacidad.

Actores Implicados: Dirección General de Asistencia.

Ámbito de actuación: Recursos.

Coste: Coste medio.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2007-2010

1.3. DEFINIR CARTERA DE SERVICIOS

Para hospitalización y atención especializada para personas mayores y enfermos crónicos

1.3.1. Unificar la cartera de servicios de los HACLE

Se Desarrollará la Misión, Visión, Valores y objetivos de los HACLE.

Se Identificará los servicios que ofrecen un valor añadido y estudiará las necesidades del entorno.

Se desarrollará la Cartera de Servicio de forma homogénea de los HACLE

- Definirá las unidades mínimas necesarias en la asistencia HACLE.
 - Unidad de convalecencia.
 - Unidad de larga estancia.
 - Unidad de cuidados paliativos.
 - Unidad de daño cerebral.
 - Unidad de estudio y tratamiento de algias.
 - Unidad de rehabilitación.
- Se Coordinará la integración de servicios de los HACLE con el resto de los niveles asistenciales.
- Facilitará la comunicación de la cartera de servicios.
- Se crearán consultas de valoración de Alzheimer y demencias.

Actores Implicados: HACLES.

Ámbito de actuación: Organización.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2009

1.3.2. Desarrollar unidades de daño cerebral, Alzheimer y demencias

Se crearán unidades de daño cerebral en todos los HACLES y Programas específicos para demencias y Alzheimer. Estas unidades de daño cerebral atenderán traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebro-vascular, tumores cerebrales, epilepsia, encefalitis e ictus de nuestro público objetivo.

Las unidades de daño cerebral:

- Evaluarán y delimitarán las secuelas del daño cerebral desde una perspectiva multidisciplinar.
- Diseñarán programas individualizados de rehabilitación.

- Rehabilitarán las secuelas físicas provocadas por el daño cerebral.
- Rehabilitarán el déficit cognitivo ocasionados por el daño cerebral.
- Rehabilitarán las secuelas emocionales y conductuales provocadas por el daño cerebral.
- Rehabilitarán las alteraciones a nivel comunicacional producidas por el daño cerebral.
- Formarán y reinsertarán a los pacientes socialmente.
- Asesorarán a la familia.

Se encargará la supervisión de las unidades de daño cerebral, a un equipo interdisciplinario formado por un Neuropsicólogo, un fisioterapeuta, un logopeda, un psiquiatra, un neurólogo y una persona enfocada en la psicomotricidad (encargado de rehabilitar el ámbito de la coordinación de movimientos y de la propia imagen corporal).

Este equipo llevará revisiones trimestrales, para adaptar los programas a los cambios. Cuando se de el alta a los pacientes, el equipo redactará un informe que contenga los ejercicios, metas alcanzables y recomendaciones para los pacientes y familiares.

Anualmente habrá una Convención enfocada al intercambio de información y seguimiento de los programas de rehabilitación de todas las personas afectadas por el daño cerebral. Una delegación de directores de HACLE presentará los casos más significativos y propondrán pautas de prevención e identificación prematura para profesionales que tratan con las personas mayores y enfermos crónicos.

Actores Implicados: HACLE.

Ámbito de actuación: Recursos.

Coste: Coste medio.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2007-2010

Se garantizará una atención adecuada a las secuelas de las lesiones del sistema nervioso central

1.4. CREAR UN SISTEMA DE OBSERVACIÓN QUE DEFINA LAS NECESIDADES Y LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES

Es necesario conocer las necesidades de nuestro público objetivo, para individualizar la atención. Como mecanismo para ofrecer una atención eficiente, se desarrollarán guías que contemplen estas necesidades de los pacientes, que faciliten y coordinen la información a los profesionales que tratan a las personas mayores y enfermos crónicos. Para ello se hará una encuesta anual en los centros.

1.4.1. Implantar sistemas conjuntos de identificación y estratificación de los pacientes

Para asignar el recurso asistencial adecuado es necesario disponer de herramientas que identifiquen rápidamente a la población objetivo e incorporen medidas estándar y validadas. Crear un sistema de información para HACLE integrado en el proyecto ORION.

Actores Implicados: Oficina de Seguimiento del Plan.

Ámbito de actuación: Organización.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: A lo largo de 2008

1.4.2. Protocolizar guías de práctica clínica de actuación conjunta entre Atención Primaria y Especializada

Mientras que el trato debe ser personalizado, los cuidados no pueden improvisarse, y deben de tener una continuidad con los dispensados en todos los niveles del sistema sanitario, por ello debemos protocolizar de procesos asistenciales.

Mediante planes de cuidados estandarizados se facilitará la integración entre los niveles asistenciales de enfermería.

Hasta ahora se han desarrollado experiencias piloto en varias unidades. La Oficina de Seguimiento del Plan deberá proponer la puesta en real en todos los niveles asistenciales de estas herramientas y asegurar su empleo en la atención al público objetivo.

Se coordinará el desarrollo de de guías específicas para:

- El programa de prevención.
- La asistencia al paciente frágil.
- Las demencias.
- Los cuidados al alta.
- La asistencia de la insuficiencia cardiaca.
- La asistencia de la EPOC.
- La asistencia del daño cerebral.
- El nº determinaciones en las pruebas analíticas.
- Los tratamientos antibióticos.
- El programa de paliativos.
- Los criterios de derivación y alta.

Actores Implicados: Oficina de Seguimiento del Plan.

Ámbito de actuación: Procesos

Coste: Coste medio.

Desarrollo Temporal: Segundo trimestre de 2008

1.4.3. Unificar criterios diagnósticos, terapéuticos y de derivación

La Oficina de Seguimiento del Plan se encargará de unificar los criterios diagnósticos, terapéuticos y de derivación para Sanidad y Bienestar Social del el primer al tercer trimestre de 2009.

En referencia al criterio diagnóstico, se considera al Anciano Frágil como aquella persona que presenta uno o más de los siguientes factores:

- Mayor de 75 años.
- Vive solo
- Pérdida reciente de su pareja (menos de 1 año).
- Patología crónica invalidante, fundamentalmente: accidente cerebro vascular, cardiopatía isquémica, enfermedad de Parkinson, obstrucción crónica del flujo aéreo, artrosis o enfermedad osteoarticular avanzada y déficit auditivo o visual importantes.
- Tiende a sufrir inestabilidad y caídas.
- Paciente polimedicado.
- Ingreso hospitalario en el último año.
- Demencia u otro deterioro cognitivo o depresión.
- Deficiencia económica o insuficiente soporte social.

Los objetivos que busca son:

- Obtener una mayor sensibilidad diagnóstica.
- Identificar la población anciana de riesgo.
- Aplicar la medicina preventiva sobre dicha población.
- Mejorar la selección del tratamiento.
- Evitar consecuencias negativas de la polimedicación.
- Mejorar los resultados objetivos de la atención del paciente.
- Fomentar la independencia.
- Ubicar al paciente en el contexto medico-social más favorable.

El tratamiento del Anciano Frágil desde el criterio terapéutico es pluridisciplinar. Por ello tendrán que movilizarse recursos médicos y sociales.

A la hora de recetar fármacos, es importante establecer unas pautas médicas encaminadas a:

- Prescribir el menor número de fármacos posible.
- Dosis terapéuticas adecuadas
- Control en la repetición del tratamiento.
- Valorar los posibles efectos indeseables y las interacciones medicamentosas
- Evitar la prescripción por complacencia.
- Buscar la dosis mínima eficaz
- Tratar de prescribir una dosis única diaria o en su defecto, el menor número posible de tomas diarias.
- Explicar a los pacientes y familiares la forma y manera en la que se debe administrar el tratamiento.
- Es de ayuda al paciente que acuda a la consulta con toda la medicación que esta tomando.
- Tratar de prever la automedicación del paciente (sobre todo el uso de laxantes, ansiolíticos y analgésicos).

Se definirán los siguientes criterios terapéuticos:

- Criterios terapéuticos de la función cognitiva
- Criterios terapéuticos de la función afectiva.
- Criterios terapéuticos de la función social.
- Criterios terapéuticos biomédica.
- Criterios terapéuticos de la función física.
- Criterios de Derivación

Actores Implicados: Oficina de Seguimiento del Plan.

Ámbito de actuación: Procesos

Coste: Coste medio.

Desarrollo Temporal: A lo largo de 2009

1.4.4. Protocolizar la atención de la población en la red hospitalaria de agudos

Los Equipos de valoración definirán los protocolos de atención específicos para la población objetivo y verificaran su cumplimiento a nivel de departamento. Se establecerán en Base a los siguiente criterios:

Criterios terapéuticos de la función cognitiva

El valor fundamental de los cuestionarios en Atención Primaria es la capacidad de detectar deterioros fase temprana.

Para realizar una evaluación de la función cognitiva se deben realizar al menos una prueba de: Pfeiffer, Mini examen cognoscitivo, Mini-Mental State Exam de Folstein, la escala de la Cruz Roja.

Criterios terapéuticos de la función afectiva

La evaluación del estado afectivo del anciano es importante por la frecuencia con que se altera, y por sus efectos sobre las distintas áreas funcionales. Es fundamental buscar la presencia de síntomas depresivos o ansiosos.

Depresión: para poderla diagnosticar correctamente es imprescindible realizar una evaluación clínica detallada, que no puede ser sustituida por un cuestionario breve, aunque éstos son útiles en la detección y como ayuda en el diagnóstico de los estados depresivos.

En Atención Primaria es especialmente útil una escala que puede ser rellenada por el propio paciente y fue desarrollada para enfermos de edad avanzada: la Geriatric Depresión Scale de Yesavage; es un buen método de screening.

Ansiedad: es un problema frecuente, tanto cuando se encuentra aislada como asociada a un trastorno depresivo. La escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Criterios terapéuticos de la función social

La integración y soporte social son elementos claves en la recuperación de la enfermedad. Se relaciona el aislamiento social como un factor de riesgo de un incremento en la mortalidad y morbilidad. Las escalas que estudian en su totalidad la función social son complejas y extensas, y, por lo tanto, de escasa utilidad en la práctica clínica cotidiana. Se recomienda el uso de la escala de valoración social de la dependencia (EVS).

Criterios terapéuticos: análisis biomédico

Es imprescindible para poder comprender los hallazgos en el paciente, un profundo conocimiento de los cambios normales relacionados con el envejecimiento (cambios en la configuración general del cuerpo, alteraciones de la pared arterial, cambios en la respuesta de los distintos receptores, el sistema inmunológico, etc.) Así, valora el estado de cada sistema del organismo, sus déficits y capacidades potenciales, además, se deben recoger siempre los medicamentos que consume habitualmente el paciente.

Criterios terapéuticos de la función física

Valora el grado de dependencia en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) básicas e instrumentales. Las Actividades de la Vida Diaria básicas miden los niveles más elementales de la función física (comer, moverse, asearse, contener esfínteres); la pérdida de estas funciones se produce de forma ordenada, e inversa a su adquisición en la infancia.

El índice útil para su detección es el índice de Katz. En España existe una escala global de incapacidad, del Hospital de la Cruz Roja.

Las Actividades de la Vida Diaria instrumentales son actividades más complejas, que suelen implicar un mayor grado de independencia y la capacidad previa de hacer las Activida-

des de la Vida Diaria básicas. Son más útiles en la detección precoz de inicio de deterioro funcional de una persona. Una escala útil es la de Lawton y Brody.

Actores Implicados: Equipos de valoración integral multidisciplinar de cada departamento.

Ámbito de actuación: Procesos

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: A lo largo de 2009

1.5. MEJORAR LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Para implantar las mejoras de los procesos asistenciales, previamente es necesario establecer una estructura integrada, donde los niveles asistenciales se complementen y aborden las necesidades del público objetivo desde varias perspectivas.

1.5.1. Incluir una planificación de los cuidados de enfermería en el informe de alta

La Agencia Valenciana de Salud diseñará unos formularios de alta, donde el personal sanitario especifique la información necesaria para los cuidados y el tratamiento farmacológico, que el paciente necesitará al alta.

La incorporación de este formulario a la historia clínica de las personas mayores y enfermos crónicos será obligatoria.

Los formularios incorporarán campos sobre el seguimiento médico que los pacientes deben realizar, identificará las principales complicaciones que se puedan presentar y el procedimiento a seguir en cada situación.

Los formularios incorporarán indicaciones del personal de enfermería y de las unidades asistenciales por las que el paciente haya pasado.

El coste económico de esta acción es bajo. El coste de aprendizaje es bajo, habrá que desarrollar procedimiento de cumpli-

mentación, así como, formar a las supervisoras de enfermería, sobre la metodología e importancia de la información.

Actores Implicados: Dirección General de Asistencia.

Ámbito de actuación: Procesos

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: Primer trimestre de 2008

1.5.2. Establecer una visita anual obligatoria de control para los pacientes mayores de 75 años

Se establecerá un examen médico anual para las personas mayores de 75 años.

Los exámenes médico tienen el objetivo de conocer el estado de salud general de estas personas mayores de 75 años, el grado de autonomía, detectar y prevenir enfermedades.

El examen, se llevará a cabo en los Centros de Salud por los médicos de familia y enfermeras.

Será necesario establecer un procedimiento de doble cita. La primera de ellas, se citará al paciente para que se realice las pruebas. Automáticamente se le da otra cita con su médico de familia, al cual se enviarán los resultados de las pruebas.

Constará de una valoración clínica del estado de salud general de la persona, un conjunto de medidas preventivas frente a los principales problemas que pueda presentar este colectivo.

- Medición de la tensión arterial.
- Pruebas analíticas.
- Pruebas para detectar problemas arteriales, oncológicos o diabetes.
- Pruebas para ver la existencia de malnutrición.

Estudio anual del estado de salud de las personas mayores

- Pruebas bioquímicas:
- Pruebas para detectar depresión, demencia y dependencia.
- Pruebas para valorar la agudeza visual y auditiva.
- Pruebas para detectar una alteración en la movilidad.
- Pruebas que midan la inestabilidad y riesgo de caídas.
- Valoración funcional básica para medir la existencia de incontinencia.

En estos exámenes, se vacunará conforme al calendario vacunación (Gripe, tétanos, difteria). Se realizará un estudio nutricional y se informará sobre el uso adecuado de los medicamentos.

Para los exámenes anuales el tiempo dedicado a la consulta será superior a los 15 minutos por persona.

Se llevará a cabo una prueba piloto en las Comunidades de Alicante y Castellón durante de julio a diciembre de 2008.

El coste económico de esta acción es alto. Requiere la inversión en formación y capacitación de los profesionales encargados de realizar los exámenes anuales. El incremento de las pruebas, lleva implícito el incremento de los recursos y personal cualificado.

Actores Implicados: Atención Primaria.

Ámbito de actuación: Procesos y organización

Coste: Coste medio.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2009

1.5.3. Fomentar las modalidades asistenciales alternativas a la hospitalización

Se fomentarán las modalidades asistenciales alternativas a la hospitalización.

Se incrementará la cobertura del Servicio de Ayuda a Do-

micilio, alcanzando una ratio del 8% de las personas mayores de 75 años en el horizonte temporal del Plan.

Se crearán 15 equipos de rehabilitación extrahospitalaria. Estos equipos proporcionarán programas de rehabilitación para los pacientes que ingresados en UHD, previniendo los factores de dependencia. Estos equipos estarán compuestos por un médico y un fisioterapeuta.

Se habrá un total de 1.500 plazas en Hospitalización domiciliaria que den soporte a personas mayores y enfermos crónicos. (se incrementarán 286 plazas de UHD respectivamente, en horizonte del plan se integrarán 399 plazas UHD más).

Cada UHD estará compuesta por un médico coordinador, un médico asistencial, una enfermera asistencial, un auxiliar de enfermería y un trabajador asistencial.

Para el 2010 la totalidad de las UHDs dispondrán de telemonitorización.

Actores Implicados: Hospitales.

Ámbito de actuación: Organización y recursos

Coste: Coste medio.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2010

1.5.4. Definir protocolos y guías de buena práctica en los pacientes paliativos

La Agencia Valencia de Salud busca ofrecer una atención integral, activa y global con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y de sus familiares.

La Conselleria de Sanitat desarrollará un protocolo y una guía, redactados por un conjunto de médicos y enfermeras especializados en el trato de pacientes paliativos, se desarrollará en el Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana, donde se establecerán las pautas de actuación entre primaria, UHD, UMCE y HACLE.

Estas pautas buscan incrementar la calidad y eficiencia de los cuidados que el personal sanitario brinda a los pacientes y familiares:

- Introducirá mejoras en el seguimiento de los pacientes paliativos.
- Ofrecerá pautas para una atención integral e individualizada, que cubra los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de los pacientes y sus familiares.
- Facilitará una interrelación dinámica y efectiva.
- Fomentará el desempeño activo y positivo de los cuidados.
- Promoverá el respeto, protección de la dignidad y el principio de autonomía del paciente.
- Potenciará un trato humano a los pacientes paliativos.
- Aliviará el sufrimiento de los pacientes y familiares.
- Incrementará la comodidad.
- Establecerá como unidad a tratar al enfermo y su familia.
- Acompañará a la familia en el duelo.

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Procesos

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: Segundo trimestre de 2008

EJE ESTRATÉGICO 2

Coordinación e integración del Sistema Sanitario con los servicios de Bienestar Social

Para potenciar de manera eficiente la continuidad asistencial es necesario proponer una integración y coordinación del Sistema Sanitario con Bienestar Social.

Esta asociación implica el establecimiento de unos compromisos que unifiquen la base de actuación conjunta.

Tales como la cohesión en los criterios de desarrollo profesional, la colaboración inter-departamental, una zonificación territorial conjunta. Se proponen dos líneas de actuación globales y diez objetivos.

2.1. INTEGRAR EL SISTEMA SANITARIO CON EL DE BIENESTAR SOCIAL

Para establecer la integración de los sistemas se propone:

2.1.1. Desarrollar el Acuerdo Marco entre las consellerias de Sanidad y de Bienestar Social

Para conseguir una integración eficaz y duradera entre las Consellerias de Sanidad y Bienestar Social, es necesario desarrollar el Acuerdo Marco.

Se desarrollará el Acuerdo Marco entre las consellerias de **Sanidad y Bienestar Social**

El Acuerdo Marco se elaborará en el primer trimestre de 2008 (Febrero-marzo), sus principales objetivos serán que la regulación de las actuaciones conjuntas, establecerá la identidad de criterios de identificación de paciente y permitirá clarificar las relaciones y flujos entre ambas estructuras. En este Acuerdo Marco, quedarán establecidas:

Actores Implicados: Conselleria de Sanitat y Conselleria de Bienestar Social.

Ámbito de actuación: Organización

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: Intervalo de 2007 a 2010

2.1.2. Puesta en marcha de la Comisión Técnica de Coordinación

Se encargará de coordinar y supervisar las actividades que requieran una intervención conjunta entre Sanidad y Bienestar Social.

Las funciones de la Comisión Técnica serán:

- Asegurará la máxima coordinación entre las distintas administraciones públicas, en lo referente a la planificación, ejecución y seguimiento en el ámbito de programas de atención sociosanitaria.
- Definirá y desarrollará la colaboración entre las Consellerias de Sanitat y Bienestar Social con otras entidades; Universidades, EVES, Dirección General de la Salud Pública, investigación sanitaria, etc.
- Desarrollará un modelo de atención farmacéutica, que racionalice y unifique la dispensación de fármacos entre Sanidad y Bienestar Social.

Actores Implicados: Conselleria de Sanitat y Conselleria de Bienestar Social.

Ámbito de actuación: Organización

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: Intervalo de 2007 a 2010

2.1.3. Definir e implantar criterios de valoración homogéneos a lo largo del proceso asistencial

Se unificarán e implementarán escalas de valoración integral comunes entre Sanidad y Bienestar Social.

Sanidad y Bienestar Social llevará a cabo durante 2008 y 2009, desarrollarán e implantarán medidas que incorporen criterios y escalas homogéneas de valoración:

- Definirán y unificarán los métodos de valoración integral.
- Definirán escalas de valoración conjuntas.
- La utilización de instrumentos de valoración pasa por cumplir una serie de requisitos básicos:
 - Que sean de fácil aplicación.
 - Que requieran poco tiempo para su realización.
 - Que estén orientados hacia un área concreta.

- Validez. Que proporcionen una medida útil de la función que se está estudiando.
- Fiabilidad. Que al ser administrado por diferentes entrevistadores, obtengan el mismo resultado en el mismo tiempo.
- Sensibilidad. Que sea sensible a aquellos cambios producidos en el estado del usuario o paciente.
- Reproducibilidad. Que se obtenga el mismo resultado en mediciones repetidas, en ausencia real del cambio.
- Determinar si es fiable a través de grupos de usuarios de ambientes educacional, racial o socioeconómico diferentes.
- Utilidad para transmitir información.
- Capacidad de controlar los progresos o deterioros a largo tiempo.

Criterios de Valoración homogéneos a lo largo del proceso asistencial

Protocolizarán los procedimientos que mejoren la práctica diaria. Especificarán las personas y procesos implicados en cada etapa, para promover las mejores prácticas en ambas infraestructuras.

Establecerán un plan de implementación para provincia de Valencia.

Continuará con la implantación en las provincias de Alicante y Castellón.

Actores Implicados: Comisión Técnica de Coordinación.

Ámbito de actuación: Procesos

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: Intervalo de 2008 a 2009

2.1.4. Desarrollar un modelo de atención farmacéutica a pacientes de residencias de Bienestar Social

El Comisión Técnica de Coordinación establecerá un marco de actuación común para facilitar la integración y establecerá medidas que supervisen su correcta implantación y uso.

El modelo de atención farmacéutica comprende la incorporación de procedimientos estandarizados de dispensación de los medicamentos en las residencias para el segundo trimestre de 2008.

Se dotará a las residencias de un botiquín Sociosanitario, vinculado a una oficina de farmacia de su ámbito territorial.

- Protocolizará los suministros.
- Protocolizará la atención farmacéutica.
- La oficina farmacéutica que dispense el botiquín tiene que ser de la misma zona territorial.
- La oficina farmacéutica tendrá una vinculación temporal y carácter rotatorio el en desempeño de esta función.

Actores Implicados: Comisión Técnica de Coordinación.

Ámbito de actuación: Organización y recursos

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: Segundo trimestre de 2008

2.2. COORDINAR EL SISTEMA SANITARIO CON BIENESTAR SOCIAL

Con el fin de garantizar una continuidad asistencial adecuada para las personas mayores y enfermos crónicos, es necesario coordinar las estructuras y recursos, con el objetivo de ampliar la oferta de servicios y proporcionar al paciente una atención de calidad y centrada en sus necesidades.

2.2.1. Establecer una planificación territorial conjunta entre Sanidad y Bienestar Social

Se establecerá los criterios y directrices necesarios para el desarrollo de una zonificación conjunta.

Para conseguir una plena coordinación entre Sanidad y Bienestar Social, es necesario homogeneizar la ordenación territorial: configuración de la zonificación territorial.

Compartir una ordenación territorial conjunta facilitará y ayudará a incrementar la conexión entre los recursos, facilitará la comunicación e interacción entre las estructuras.

- Identificará las necesidades y acciones estratégicas a desarrollar en noviembre y diciembre de 2008. Hará una previsión de la evolución del contexto social, económico, demográfico y las necesidades futuras de nuestro público objetivo.
- Desarrollará herramientas de gestión, que permita a los departamentos desarrollar la planificación y seguimiento del correcto desempeño.
- Asegurará la integración y la coordinación de las áreas de Sanidad y Bienestar Social.

Actores Implicados: Comisión Técnica de Coordinación.

Ámbito de actuación: Organización.

Coste: Coste medio.

Desarrollo Temporal: A lo largo de 2009

2.2.2. Definir prácticas comunes de actuación

Para asegurar la continuidad en el proceso asistencial, es necesario establecer una identificación que permita definir las principales acciones a desarrollar para reforzar la continuidad.

La Comisión Técnica de Coordinación identificará y promoverá las mejores prácticas de cada sistema.

Se encargará de crear un ámbito donde el desempeño laboral refleje e integre las mejores prácticas de cada sistema, consiguiendo coordinar ambos sistemas de una manera eficaz y eficiente.

Establecerá mecanismos que potencien una atención de calidad, acorde a las necesidades de los mayores y enfermos crónicos.

Actores Implicados: Comisión Técnica de Coordinación.

Ámbito de actuación: Procesos.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: Primer trimestre de 2009

2.2.3. Incorporar a los médicos de las residencias a los equipos de atención primaria y especializada de los departamentos sanitarios

La Comisión Técnica de Coordinación ayudará en el proceso de:

- Se definirán e incorporarán guías clínicas de los procesos más prevalentes.
- Se desarrollarán los protocolos de derivación
- Se instituirá un programa de sesiones clínicas conjuntas entre médicos de las residencias y los equipos de Atención Primaria, estas reuniones serán mensuales.
- Se considerará a las residencias como el domicilio de las personas residentes, para recibir las atenciones domiciliarias que se dispensan desde Sanidad.
- Se desarrollarán programas de actuación conjunta que aseguren una atención geriátrica integral de máxima calidad a los internos de las residencias.
- Se establecerán pruebas piloto en la provincia de Valencia

(abril - julio 2008), en aquellos centros de Atención Primaria que más presencia del público objetivo tengan. Para estas pruebas se crearán equipos de dos profesionales (medico residencia y Atención Primaria).

- Se evaluará y analizará la prueba piloto (septiembre – noviembre 2008) y se establecerá un cronograma para el 2009, para la incorporación de médicos en Atención Primaria.

Actores Implicados: Comisión Técnica de Coordinación.

Ámbito de actuación: Organización.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: A lo largo de 2009

2.2.4. Extender protocolos de atención y cuidados de HACLE en residencias

La Comisión Técnica de Coordinación ayudará en el proceso de protocolización de la asistencia sanitaria del modelo de Residencias y HACLE. Este nivel asistencial debe compartir una cartera de servicio y un enfoque asistencial similar, facilitando la valoración con herramientas comunes.

Se establecerá un Comité con directores de HACLE y médicos de residencias y de la Agencia Valenciana de Salud, encargada de desarrollar y homogeneizar los protocolos y la cartera de servicios entre los HACLE y las residencias, para el año 2009.

Actores Implicados: Comisión Técnica de Coordinación.

Ámbito de actuación: Procesos.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: A lo largo de 2009

EJE ESTRATÉGICO 3

Capacitación de profesionales

Se desarrollarán medios de formación destinados al personal sanitario, enfocados para mejorar la atención que se ofrece a las personas mayores. Mediante la formación se capacitará a los profesionales en las herramientas y procedimientos para desempeñar una actividad médica integral a los pacientes.

La Agencia Valenciana de Salud para alcanzar una capacitación de los profesionales propone dos líneas de actuación globales y cinco objetivos para alcanzarlas.

3.1. DESARROLLAR PLANES DE FORMACIÓN

Impartir una formación específica para abordar las situaciones que se producen en el tratamiento de este segmento de la población.

3.1.1. Unificar los contenidos de formación

Se homogeneizarán los contenidos del sistema Asistencial. Para adaptar la formación alcanzará un acuerdo de colaboración con las instituciones y centros de enseñanza.

Se instituirá un Equipo de Formación, compuesto por personal de la Consellería de Sanitat, La agencia Valenciana de Salud y Bienestar Social, Decanos de las facultades de medicina, médicos docentes y directores de servicios de los hospitales de referencia. Se encargarán de unificar los contenidos destinados a formación de los profesionales que participan en la asistencia de las personas mayores y enfermos crónicos, así como, desarrollará acciones formativas enfocadas a la enseñanza tanto al personal médico como al de enfermería. Todas las acciones serán operativas para enero de 2009.

Las funciones de la Equipo de Formación serán:

- Identificará las principales necesidades de cada uno de los grupos de personas que componen el Plan de Atención Integral
- Unificará y homogeneizará los contenidos de la formación para cada uno de los grupos en función de las necesidades identificadas.
 - Valoración integral.
 - Herramienta de gestión de casos.
 - Habilidades y técnicas para el trato de los pacientes.
 - Definirá y desarrollará acciones formativas.

Docencia pregraduada: Colaborará en la enseñanza de las facultades de medicina y otras licenciaturas y diplomaturas de

Se instituirá en el **septiembre de 2008** y estará formado por la Agencia Valenciana de Salud y Decanos de las facultades de medicina y directores de hospitales

las disciplinas que intervienen directamente en la asistencia a los pacientes y a sus familias.

- Cursos de concienciación.
- Cursos enfocados a la visión integrada de los pacientes.
- Docencia MIR: Formará a los residentes en todas las especialidades que estos pacientes requieren.
 - Se acreditará un hospital de la red sanitaria en formación geriátrica.
 - Medicina interna.
 - Geriátrica.
 - Psicología.
- Docencia postgrado: Fomentará las actividades docentes dirigidas tanto a los médicos de otras especialidades (especialmente en Atención Primaria), diseñando actividades de formación continuada para ellos:
 - Cursos de reciclaje.
 - Cursos para incorporar las mejores prácticas médicas.
 - Cursos de valoración Integral (bio-psico-social)

Establecerá un programa de formación para el personal de enfermería. Que permita el desarrollo de la enfermera de gerontología.

Desarrollará un programa de educación, formación y apoyo a los servicios que no tienen especialidad y para médicos no especializados en la asistencia de las personas mayores y enfermos crónicos.

Supervisaré el desarrollo de la formación y de las acciones, revisará anualmente el contenido.

Actores Implicados: Comisión Técnica de Coordinación.

Ámbito de actuación: Formación.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2009

3.1.2. Potenciar la enseñanza de una valoración geriátrica integral que impulse los mecanismos de prevención y detección precoz de la dependencia

Se planificarán las acciones que faculten a los profesionales en instrumentos de valoración integral de los pacientes, dotándoles de los conocimientos necesarios en prevención y detección temprana de la dependencia.

La formación estará orientada a la identificación de los pacientes pluripatológicos, al establecimiento de tratamientos que se ajusten a sus necesidades, al establecimiento de una correcta derivación y de técnicas básicas para la rehabilitación.

Establecerá e impartirá pautas para la identificación de factores de riesgo en determinados pacientes, para que la prevención alarguen la calidad de vida de los pacientes.

Estas acciones se impartirán en el horario de trabajo. Serán cursos de una duración máxima de 3 horas, con carácter bimensual. En ellos participarán, por grupos, los médicos y enfermeras que tengan un trato directo con pacientes mayores y enfermos crónicos. Los cursos se darán en todos los centros de la Atención Asistencial.

Actores Implicados: Comité de Formación.

Ámbito de actuación: Formación.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: A lo largo de 2008

3.1.3. Establecer un ciclo de rotación formativa en las unidades con más peso en la atención al público objetivo

Se establecerá rotaciones formativas en unidades de especialización para la atención de personas mayores y enfermos crónicos en los programas de docencia de especialidades.

La Oficina de seguimiento del Plan, diseñará una guía de los servicios y la duración de las rotaciones para noviembre 2008. En la guía se detallará quienes pueden acceder a las rotaciones, las especialidades disponibles, la duración de las rotaciones, el periodo para las rotaciones y los trámites a realizar. Las rotaciones serán efectivas a partir de enero 2009 y se someterán a revisión anualmente.

Actores Implicados: Comité de Formación.

Ámbito de actuación: Formación.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2009

3.1.4. Potenciar guías de habilidades específicas útiles para la atención a personas mayores y enfermos crónicos (trabajo en equipo, trato al paciente)

Se elaborará un catálogo de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes), competencias de gestión y habilidades profesionales. Destinado a los médicos y enfermeras que tienen trato en cualquier nivel asistencial con personas mayores, enfermos crónicos y enfermos paliativos.

Este catálogo ofrecerá a los profesionales un conjunto de herramientas que aseguren un correcto desempeño, potencien las habilidades clínicas, las habilidades para el trabajo en unidades multidisciplinarias, enseñen técnicas de trabajo en equipo, ayuden a tener una atención eficaz al paciente, comunicación, etc.

Actores Implicados: Comité de Formación.
Ámbito de actuación: Formación.
Coste: Coste bajo.
Desarrollo Temporal: A lo largo de 2009

3.2. DESARROLLAR PERFILES PROFESIONALES ADAPTADOS

Al desarrollar nuevas habilidades profesionales de valoración, se incrementa la calidad y la continuidad de los procesos que asisten a los mayores y enfermos crónicos.

3.2.1. Definir perfiles específicos necesarios para ofrecer una atención integral a los pacientes

El Comité de formación definirá los perfiles específicos y necesarios para ofrecer una atención integral a los enfermos que ingresen.

- Geriatra
- Medicina interna
- Rehabilitador
- Fisioterapeuta
- Trabajador social
- Enfermera de gerontología

Formará y capacitará a los profesionales para dar una respuesta a las necesidades específicas de este grupo de personas.

Actores Implicados: Comité de Formación.
Ámbito de actuación: Organización.
Coste: Coste bajo.
Desarrollo Temporal: A lo largo de 2009

EJE ESTRATÉGICO 4

Información para cuidadores y pacientes

El cuidado de personas mayores y enfermos crónicos es un trabajo de elevada dificultad que genera un alto grado de estrés debido a la complejidad de los pacientes y al desconocimiento de los procesos más adecuados para llevar a cabo los cuidados que necesitan. Así, es un punto imprescindible el promover la formación de los cuidadores que les capacite para atender de forma óptima a estos enfermos.

También es importante la promoción de los autocuidados, ya que permite a los pacientes mejorar su calidad de vida y les facilita la adaptación y aceptación de la enfermedad y su nuevo modo de vida.

Se proponen dos líneas de actuación globales y cinco objetivos para alcanzarlas.

4.1. PROMOCIONAR LA FORMACIÓN DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES

El cuidador principal tiene un rol fundamental para la continuidad asistencial de los pacientes, es imprescindible ofrecerles una información detallada y completa sobre el proceso, cuidados y necesidades que requiere el enfermo, y la necesidad de cuidarse, también, a si mismo.

4.1.1. Enseñar al cuidador

Se distribuirá la *Guía para cuidadores de personas mayores y pacientes crónicos*. Esta guía será redactada por de médicos de Atención Primaria y Atención Especializada.

La *Guía para Cuidadores*, servirá para informar de los principales riesgos que conlleva la dedicación al cuidado de las personas mayores y enfermos crónicos, tales como: estrés, trastornos del sueño, falta de apetito, fatiga, etc.

Los médicos de Atención Primaria y Atención Especializada.
Revisarán la *Guía para cuidadores de personas mayores y enfermos crónicos*

Esta guía incluirá:

- Problemas y soluciones
- Consejos al cuidador
- Gestión del estrés, autoestima y relajación
- Pensamientos y cualidades positivas del cuidador
- Guía de cuidados personales
- Servicios y ayudas sociales
- Red de servicios y ayudas asistenciales
- Servicios sociales de la Comunidad y del ayuntamiento
- Servicios de ayuda a domicilio

- Centros de día
- Centros de fin de semana
- Centros de ingreso temporal o respiro familiar

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Procesos y recursos.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: Primer trimestre de 2008

4.1.2. Desarrollar guías de formación en la atención al paciente para los cuidadores principales

La Agencia Valenciana de Salud incorporará el Comité de Información para Mayores. Estará compuesto por médicos geriatras, personal del Consejo Valenciano de Personas Mayores y médicos docentes.

El Comité de Información para Mayores enfocará su actividad formativa e informativa hacia los enfermos y sus familiares y/o cuidadores principales. Las acciones que desempeñará el Comité de Información para Mayores están destinadas a proporcionar Para que custodien de los enfermos y personas dependientes de la manera más adecuada a sus necesidades.

Los objetivos que se marca:

- Definirá las guías de cuidados para cada tipo de enfermedad, para septiembre 2008.
- Promoverá planes específicos para la atención de los enfermos, para principios de 2009.
- Desarrollará cursos específicos para la atención al enfermo, donde se forme y capacite a las personas en los procedimientos y atención que precisan determinadas enfermedades.
- Incrementará la utilización de campañas de prevención y seguimiento. (campaña de gripe, campaña de alergia, revisión arteria, revisión dental entre otras).

- Diseñara acciones de formación para los cuidadores y familiares. (Jornadas monográficas, conferencias, coloquios).
- Formalizará los cauces de información para los cuidadores. (carta, correo electrónicos, teléfono, reuniones, etc.)

Las acciones que desempeñará el Comité de Información para Mayores están destinadas a capacitar a los cuidadores principales y familiares en el cuidado y atención necesaria de los enfermos y personas dependientes de la manera más adecuada a sus necesidades.

Actores Implicados: Consejo Valenciano de Personas Mayores.

Ámbito de actuación: Formación.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: A lo largo de 2008

4.2. FOMENTAR LOS AUTOCUIDADOS EN PACIENTES

Promover una educación en autocuidados permitirá retrasar la aparición de la dependencia en grado alto que supone la incapacitación para realizar actividades básicas de la vida diaria.

4.2.1. Desarrollar guías de cuidados para los pacientes

Se crearán guías ilustradas de cuidados básicos, para que los pacientes puedan realizarlas en sus domicilios. Estas guías se enviarán de manera gratuita a los domicilios de las personas objetivo del plan, e incluirán una carta explicatorio, la guía ilustrada de cuidados básicos y las direcciones y teléfonos de las instituciones y dispositivos de referencia.

Esta iniciativa nace con la intención de mejorar la calidad de vida de las personas que sufren una enfermedad, pretende facilitar el conocimiento específico de los autocuidados en cada

caso y busca ofrecer servicios y actividades para los enfermos y cuidadores que les ayuden a vivir en su entorno.

Actores Implicados: Comité de Información para Mayores.

Ámbito de actuación: Formación.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: En el primer trimestre de 2009

4.2.2. Desarrollar grupos de autoayuda

Se promoverá el desarrollo de grupos talleres y seminarios de formación de autoayuda a personas mayores, a enfermos crónicos y pacientes paliativos.

Los grupos de autoayuda estarán impartidos y dirigidos por personas cercanas a las situaciones de los pacientes: especialistas, médicos jubilados, enfermos crónicos supervisados por especialistas, intervención, etc.

Los objetivos de estos grupos son:

- Crear un ámbito de confianza para compartir experiencias y sacar provecho de las que aporten los demás.
- Conseguir que el paciente adopte una actitud positiva y asuma un rol activo en el manejo de su enfermedad.
- Educar a los pacientes y familiares acerca de la enfermedad.
- Servir de apoyo a la asistencia sanitaria.
- Mantener un canal permanente de comunicación con profesionales especializados para contar con información actualizada.
- Facilitar los cuidados Estos grupos favorecen la integración social de los enfermos, ayudándoles a convivir en su entorno.

Actores Implicados: Departamentos.

Ámbito de actuación: Organización y formación.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2010

4.2.3. Incorporar guías de cuidados a la Web de la Conselleria

La Conselleria de Sanitat habilitará una plataforma digital para que incorpore en las páginas Web de las instituciones sanitarias de la Comunidad Valenciana, un enlace a material enfocado a la información y cuidado de las personas mayores y enfermos crónicos.

Los contenidos del enlace.

- Guías de cuidados (ilustradas y en texto) para las enfermedades.
- Guía de autocuidados por enfermedad.
- Guías de prevención: recomendaciones y ejercicios.
- Descripción de los principales fármacos, posología y contraindicaciones.
- Servicios que ofrece la Consellería (modalidades de asistencia).
- Asesoramiento: vía correo electrónico.
- Direcciones de referencia.
- Direcciones y link a las Asociaciones, grupos de autoayuda.
- Calendario con las conferencias, jornadas monográficas, acontecimientos específicos.
- Biblioteca con los principales artículos, estudios e investigaciones nacionales e internacionales enfocadas en las personas mayores, enfermos crónicos y pacientes paliativos.

Actores Implicados: Conselleria de Sanitat.

Ámbito de actuación: Formación.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: En el segundo trimestre de 2008

EJE ESTRATÉGICO 5

Sistemas de información integrados

Los cambios continuos que se han producido en la gestión clínica, diagnósticos, cuidados y tratamiento de pacientes obligan a revisar permanentemente los procedimientos empleados y a incorporar mejoras técnicas que pueden ser aportadas por las nuevas tecnologías. Las nuevas tecnologías son una herramienta básica que se está incorporando a la dinámica interna de la gestión, que permite ofrecer unos servicios de calidad, homogéneos, integrados y coordinados entre si.

Se proponen dos líneas de actuación globales y cinco objetivos.

5.1. INTEGRAR Y COORDINAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Clarificar y unificar los contenidos para lograr la continuidad de la información intra e inter servicios.

5.1.1. Promover la estandarización de la información sanitaria básica trasladable a otros procesos

La Agencia Valenciana de salud incorporara al Plan de Sistemas de Información en vigor que:

- Diseñará la integración de los Sistemas de Sanidad con Bienestar Social.
- Estandarizará las plantillas que recogen la información sanitaria básica de los pacientes para todos los niveles asistenciales.
- Asegurará la continuidad de la información a lo largo de la cadena asistencial.
- Implantará sistemas que recojan los mismos campos y homogeneicen los parámetros de captura de la información, diagnóstico, cuidados y tratamiento médico.
- Potenciará el desarrollo y actualización de la infraestructura tecnológica básica (hardware, sistemas operativos, software de gestión, comunicaciones, etc.)

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Organización y procesos.

Coste: Coste medio.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2010

5.2. DESARROLLAR NUEVAS TECNOLOGÍAS

Desarrollar dispositivos que ayuden a facilitar un diagnóstico y potenciar el uso de las tecnologías para ofrecer un servicio de alta calidad donde los pacientes sean el eje del proceso asistencial.

5.2.1. Desarrollar tecnologías de consulta y diagnóstico a distancia (telemedicina, telemonitorización, teleradiodiagnóstico)

El Plan de Sistemas de Información recoge los esfuerzos que la Agencia Valenciana de Salud desarrollará para estar en la vanguardia tecnológica y poder ser pioneros en la incorporación de tecnologías de las salud.

El Plan establecerá dispositivos que ayuden y faciliten la interacción entre el paciente y el cuidador, garantizando un seguimiento en tiempo real por parte de los facultativos.

- Incorporará en la totalidad de los centros de salud la receta informatizada para el año 2009.
- Promoverá la gestión integral de la cita previa primaria para principios de 2008.
- Organizará los cuidados de enfermería, incorporando dispositivos automáticos de alarma que permitan una rápida identificación de los pacientes, enfermedades y tratamientos recibidos.
- Desarrollará la telemedicina a través de la puesta en real del Plan Piloto de Alcoy, y analizando la posibilidad de extensión del modelo a otros centros.
- Implantará un sistema médico de telemonitorización continua y teleasistencia empleando sistemas de comunicaciones en radiofrecuencia combinadas con telefonía móvil para eliminar totalmente las conexiones mediante cables. Esta medida se propone en el periodo 2008 – 2010.
- Incorporará un modulo de explotación de ABUCASIS

- Desarrollará la teleconsulta domiciliaria, que actualmente se esta desarrollando como prueba piloto en Alcoy.
- Desarrollará los visores de historias clínicas.

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.
Ámbito de actuación: Recursos.
Coste: Coste medio.
Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2010

5.2.2. Desarrollar el CMBD Sociosanitario que se integre con los demás sistemas de información

El CMBD sociosanitario integrará:

- Patrones cognitivos
- Patrones de comunicación
- Capacidad para hacerse entender
- Estado de ánimo y patrones de comportamiento
- Patrones de actividad
- Funcionamiento físico y problemas estructurales: de la vida diaria
- Continencia en los últimos 14 días intestinal/ vesical
- Estado de la piel

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.
Ámbito de actuación: Organización y procesos.
Coste: Coste medio.
Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2010

5.2.3. Implantar tecnología móvil por equipo médico-enfermera en las UHD

Dotar cada equipo Médico-Enfermera de la UHD de dispositivos móviles que les permita consultar y actualizar la información del paciente en el domicilio y volcarlo posteriormente en el sistema centralizado.

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Recursos.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2010

5.2.4. Implantar sistemas de Valoración RAI modificado en todas las unidades de atención al público objetivo

Implantar sistema de valoración de paciente RAI (versión simple) fuera del ámbito hospitalario de larga estancia. Lo que implica evaluar el resto de módulos de la aplicación para Atención Primaria y Especializada e Implantar sistemas de información comparables con estándares internacionales (RAI-RUG-III), en UMCE y HACLE para asegurar la visibilidad de la información clínica relevante en los distintos puntos del circuito asistencial.

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Procesos.

Coste: Coste medio.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2010

EJE ESTRATÉGICO 6

Investigación

Se incorporará a la investigación Básica, a la investigación Clínica, y a la Investigación en servicios de Salud problemas relacionados con la edad y la cronicidad, con el objetivo de trasladar los progresos científicos a este segmento de la población.

Se proponen cuatro objetivos para el periodo de 2007-2010

6.1. FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN ESPECÍFICA PARA LAS NECESIDADES DE NUESTRO PÚBLICO OBJETIVO

6.1.1. Potenciar la investigación básica clínica y en servicios de salud orientada al público objetivo

La Agencia Valenciana de Salud apoyará la investigación geriátrica en patologías y sus consecuencias psicosociales desde todos los campos relacionados con ciencias de la salud (medicina, psiquiatría, neurología, biología, etc.), promoviendo la evaluación de técnicas de diagnóstico y valoración, estudios de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, estudios sobre el comportamiento, epidemiología, etc., con el fin de mejorar el conocimiento básico sobre problemas de salud de la población anciana y la atención sanitaria para las personas mayores. Los campos a desarrollar serán:

- Medicina regenerativa
- Terapia celular y transplantes de hepatocitos
- Pluripatologías
- Epidemiología de los mayores
- Innovación en cuidados
- Nuevas tecnologías de soporte

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Organización.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2010

6.1.2. Promover las líneas de investigación multidisciplinares que coordinen las capacidades existentes

Establecerá colaboraciones con otros organismos y especialidades médicas para realizar investigaciones que ayuden a las personas mayores y enfermos crónicos como por ejemplo, in-

corporando la línea centrada en estos pacientes en los principales centros de investigación:

- Centro Superior de Investigación en Salud Pública
- Banco de líneas celulares del Príncipe Felipe
- Escuela Valenciana de Estudios de la Salud
- Hospitales y fundaciones hospitalarias
- Atención Primaria

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Organización.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2010

6.1.3. Priorizar las ayudas para la investigación con contenidos de impacto sobre el público objetivo

La Agencia Valenciana de salud incrementará un 30% las ayudas destinadas a investigaciones enfocadas en las personas mayores y enfermos crónicos que alarguen y/o mejoren sus condiciones de vida.

Fomentará las investigaciones que contemplen la repercusión social de estas enfermedades, sus manifestaciones, los métodos de análisis de las mismas y la aplicación de terapias específicas para subsanarlas.

También promoverá la investigación en Ciencias Sociales e ingenierías dirigidas a mejorar la calidad de vida.

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Recursos.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2010

6.1.4. Crear foros y bases de datos especializados de investigación

Para el año 2007 se desarrollarán foros de colaboración investigadora donde los médicos, profesionales e investigadores puedan interactuar, preguntar y responder. Con la creación de este foro se fomentará la creación de flujos continuos de información y se subsanarán los problemas de duplicidad de trabajos de investigación y la desinformación de pacientes y ciudadanos.

En el año 2008, la Agencia Valenciana de Salud creará para los investigadores una comunidad de investigación y debate estructurada.

También en el 2008 creará una base de datos donde queden recogidas todas las investigaciones desarrolladas por los investigadores. Esta base de datos facilitará el acceso al conocimiento generado y fomentará la difusión de las investigaciones.

En el año 2009 se instituirá un premio anual al mejor Proyecto de Investigación en el campo de la medicina geriátrica, con una dotación económica de 6000€. La elección del ganador la realizará un Comité de Expertos (médicos y miembros de la Sociedad Valenciana de Geriátrica y Gerontología)

Actores Implicados: Agencia Valenciana de Salud.

Ámbito de actuación: Recursos.

Coste: Coste bajo.

Desarrollo Temporal: En el intervalo 2008-2010



5

ANEXOS

5.1. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN

Dra. Clara Aguado, *Residencia La Florida*

Dña. Rosario Alfonso, *Agencia Valenciana de Salud*

Dña. Francisca Anaya, *Enfermera de Atención Primaria*

Dr. Ernesto Armañanzas, *Agencia Valenciana de Salud*

Dña. Vita A. Arufat Gallen,
Asociación de Daño Cerebral ATENEO

Dr. Juan Avellana, *Hospital de Alzira*

Dña. Amparo Bahamonde, *Hospital Universitario La Fe*

Dr. Miguel Barbero, *Agencia Valenciana de Salud*

Dr. Alfonso Bataller, *Director General de Asistencia Sanitaria*

Dr. Ignacio Blasco, *Hospital Padre Jofre*

Dr. José Botella, *Hospital Dr. Moliner*

Dr. Enrique Castellanos, *Hospital Padre Jofre*

Dña. Pura Castro, *Directora Residencia de Burriana*

Dña. Elena Costa, *CS Trinitat*

Dña. Dori Cuenca, *Conselleria de Bienestar Social*

Dr. Ismael Díez, *Hospital General de Alicante*

Dra. Victoria Espinar, *Hospital Dr. Moliner*

Dra. Silvia Forcano, *Hospital Clínico*

Dr. José Fornés, *Consejo Valenciano de Personas Mayores*

D. Antonio Galán, *Agencia Valenciana de Salud*

Dr. Juan Gallud, *Agencia Valenciana de Salud*

Dr. Fermín García, *Residencia Ballesol*

Dña. Amparo Gisbert, *Agencia Valenciana de Salud*

Dr. Gregorio Gómez, *Agencia Valenciana de Salud*

D. Adolf Guirao, *Agencia Valenciana de Salud*

Dr. Miguel Herraiz, *Hospital Universitario La Fe*
D. Carlos Ibáñez, *Hospital Dr. Moliner*
D. Eloy Jiménez, *Agencia Valenciana de Salud*
Dña. María Jesús Mejías, *Agencia Valenciana de Salud*
Dña. María José Monrós, *Agencia Valenciana de Salud*
Dña. Carmen López Almazán,
Directora del Hospital Padre Jofre
D. José Luis Orduña, *Conselleria de Bienestar Social*
Dr. José Manuel Iranzo, *Hospital General de Valencia*
Dra. Carmen María Osuna, *Hospital San Vicente del Raspeig*
Dr. José María Climent, *Hospital General de Alicante*
Dra. Mary Martínez, *Directora de Psiquae*
Dña. Amparo Melchor, *Agencia Valenciana de Salud*
Dr. Ricardo Meneu, *Agencia Valenciana de Salud*
Dr. José Merced, *Hospital Peset*
Dr. Jaume Morera, *Hospital San Vicente del Raspeig*
D. Antonio Muñoz Lago,
Director del Hospital San Vicente del Raspeig
Dña. Concha Navarro, *Conselleria de Bienestar Social*
Dr. Ramón Navarro, *Hospital Padre Jofre*
Dr. Francisco Ortiz, *Conselleria de Sanidad*
Dr. Vicente Palop, *Hospital La Ribera*
Dr. José Pascual, *Escuela Valenciana de Estudio de la Salud*
D. Alfonso Paya, *Director Hospital Dr. Moliner*
Dr. Salvador Peiró Moreno,
Escuela valenciana de estudio de la salud
Dr. Carlos Pérez, *Hospital Clínico*

Dr. Francisco Pérez, *Director del Hospital La Magdalena*
Dña. Consuelo Peris, *Agencia Valenciana de Salud*
D. Juan Peris, *Residencia de la Cañada*
Dr. Juan Ramón Domenech Pascua, *Hospital de Alzira*
Dra. Ana Ramos, *Hospital Dr. Moliner*
D. Rafael Requena, *Director Residencia Marisol*
D. Jorge Rivera, *Conselleria de Sanidad*
Dr. Francisco Rodenas, *Profesor de la Universidad de Valencia*
Dra. María Rosa Roca, *Hospital Dr. Moliner*
Dra. Lola Rosales, *Hospital Universitario La Fe*
Dra. Carmen Soler, *Hospital Padre Jofre*
Dna. Pepa Soler, *CS Lliria*
Dra. Elisa Soriano, *Hospital Universitario La Fe*
Dr. Victor Suberviola, *Centro de Salud de Nazaret*
Dra. Elisa Tarazona Gines, *Hospital de la Ribera*
D. Bernardo Valdivieso, *Hospital Universitario La Fe*
Dr. Jesús Velasco, *Hospital Universitario La Fe*
Dña. Pilar Viedma de Vergara, *Agencia Valenciana de Salud*
Dña. Adela Villagrasa,
Director Enfermería Hospital del Padre Jofre
Dra. Silvia Villanueva, *Agencia Valenciana de Salud*
D. Joaquin Ybarra,
Director de la Escuela Valenciana de Estudio de la Salud
D. Eduardo Zafra, *Agencia Valenciana de Salud*
Dr. Gari Tudela, *Residencia de Carlet*

Coordinación técnica: Grupo MENSOR. Servicios de Salud

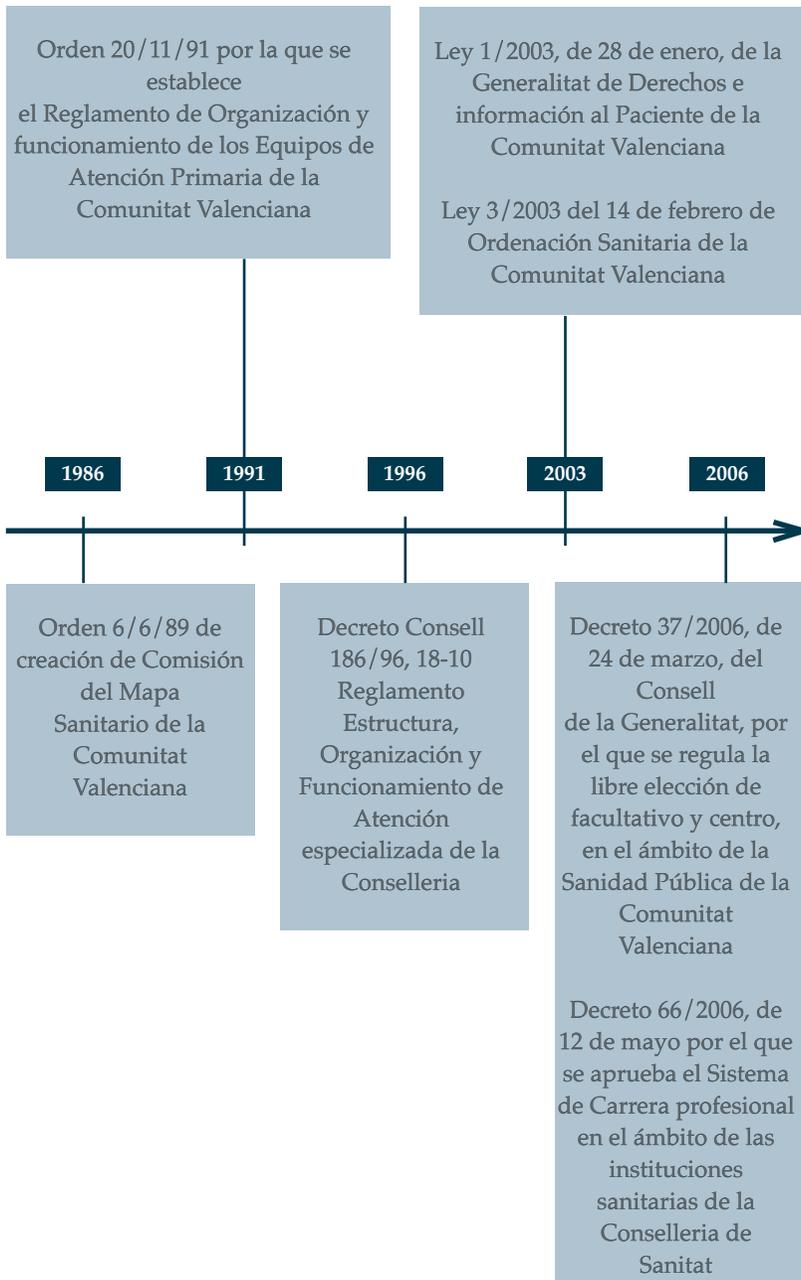
5.2. MARCO LEGISLATIVO

Desde la entrada en vigor del Estatuto de Autonomía en 1980, la normativa sanitaria de la Comunidad Valenciana ha sufrido diversas modificaciones.

La normativa sanitaria más relevante:

- Orden de 6/6/89. Creación de la Comisión del Mapa Sanitario de la Comunidad Valenciana.
- Orden de 20/11/91. Establece el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana.
- Orden de 30/3/95. Establece la creación del Programa Especial de Atención Sanitaria a Pacientes Ancianos, a Pacientes con Enfermedades de Larga Evolución y a Pacientes en situación Terminal (PALET) [95/2859]
- Orden de 26/5/95. De la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se crean las unidades médicas de corta estancia en determinados hospitales del Servicio Valenciano de Salud. [95/4609]
- Orden de 26/5/95, de la Conselleria de Sanitat i Consum, por la que se crean las unidades de hospitalización a domicilio en los hospitales del Servicio Valenciano de Salud. [95/4608]
- Decreto Consell 186/96, 18-10. Establece el Reglamento que estructura la organización y funcionamiento de la Atención especializada de la Consellería de Sanitat.
- Orden de 13/10/97, de la Conselleria de Sanidad, por la que se definen los objetivos asistenciales de gestión y la estructura de los hospitales de asistencia a crónicos y de larga estancia. [1997/XI2913]
- Orden de 2/6/99, de la Conselleria de Sanidad, por la que se desarrollan las funciones y actividades asistenciales sociosanitarias de las unidades médicas de corta estancia. [1999/M5388]

- Orden de 19/10/00, de la Conselleria de Sanidad, por la que se modifica la orden de 2 de junio de 1999, de la Conselleria de Sanidad, por la que se desarrollan las funciones y actividades asistenciales sociosanitarias de las Unidades Médicas de Corta Estancia en los Hospitales de agudos para la mejora de la atención de los pacientes ancianos, frágiles, crónicos y terminales (programa PALET). [2000/10442]
- Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat. Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana.
- Ley 3/2003, de 14 de febrero. Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Establece las competencias cedidas y su forma de control.
- Decreto 37/2006, de 24 de marzo, del Consell de la Generalitat. Regula la libre elección de facultativo y centro, en el ámbito de la Sanidad Pública de la Comunidad Valenciana.
- Decreto 66/2006, de 12 de mayo. Aprueba el Sistema de Carrera profesional en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Consellería de Sanitat.
- Real Decreto. 1030/2006. Cartera de servicios del SNS. Deroga el Real Decreto. 63/95 de Ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS que establece la cartera de servicio mínima de los centros sanitarios.



5.3. PRINCIPALES ESCALAS DE VALORACIÓN

GERIATRÍA

Cuestionario de Barber, Escala de riesgo de caídas múltiples, Entrevista sobre la carga del cuidador (Escala de Zarit), Cuestionario de la OMS para el estudio de las caídas en el anciano, Valoración nutricional (Mininutritional assessment), Inventario de recursos sociales en ancianos, Valoración de riesgo de úlcera por decúbito, Escala geriátrica de evaluación funcional, Inventario de depresión, Escala de demencia de Blessed, Indicadores de tensión y ansiedad de Cautela_Upper, Cornell Scale, Escala Tinetti, Functional Assessment Staging, Test-informador, Test del reloj, Valoración clínica de demencia, Yesavage_depression

NEUROLOGÍA

Cuestionario QUICK para pacientes con enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Parkinson, Escala de espasticidad de Ashworth modificada, Escala del tono aductor de las caderas, Escala de la frecuencia de espasmos, Escala de fuerza muscular modificada del MRC (Medical Research Council), Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus, Medición de la función motora de Palisano, Escala para la evaluación de la fuerza muscular (ASIA), Escala Hemorragia Subaracnoidea, Escala Facial de House-Brackmann, Riesgo de tromboembolismo, Escala de somnolencia de EPWORTH, Escala funcional de la enfermedad de Huntington, Escala funcional de MYERS en enfermedad de Huntington, Mini examen cognoscitivo, The Functional Independence Measure.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Escalas de valoración para amputados, American shoulder and elbow surgeons assessment (ASES) (Español), Escala de evaluación de hombro (UCLA)

PSICOLOGÍA

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, Inventario de indicadores de tensión y ansiedad, Escala de valoración de Hamilton para la ansiedad, Escala de valoración de Hamilton para la depresión, Escala de Satisfacción Filadelfia

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Índice de Katz, Índice de Barthel, Escala de Lawton, Escala Funcional Womac , Actividades de la vida diaria de Schwab y England , Cuestionario de salud , Escala de Karnofsky , Sistema Clasificación ASA , Escala de afectación mielopática

DOLOR

Escala analógica visual, Escala numérica, Escala de McGill, Cuestionario Español de dolor (CDE), Escala analógica visual de dolor cervical, Escala analógica visual de dolor lumbar y de miembros inferiores(Oswestry)