

**PLAN MARCO
DE ATENCIÓN
SOCIO-SANITARIA
*EN EXTREMADURA***

Modelo Marco

Plan Director
2005-2010

Documento Preliminar

PLAN MARCO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA EN EXTREMADURA

Junio 2005

Consejería de Sanidad y Consumo

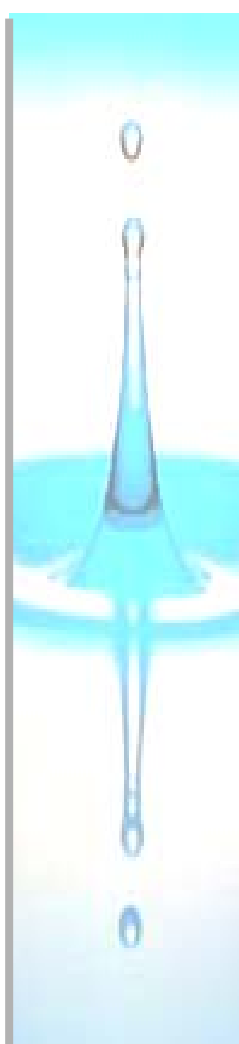
Consejería de Bienestar Social



JUNTA DE EXTREMADURA



CONTENIDO DEL DOCUMENTO DE TRABAJO



AUTORES	1
INTRODUCCIÓN	5
ABORDAJE DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA EN EXTREMADURA: EL MODELO	9
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	35
OFERTA NECESARIA: PRESTACIONES Y SERVICIOS	93
EL SISTEMA: ORGANIZACIÓN, GESTIÓN, FINANCIACIÓN	149
PLAN DIRECTOR	183
BIBLIOGRAFÍA	221

AUTORES

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO		CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL	
DIRECTORES DEL PROYECTO			
Ilmo. Sr. D. Emilio Herrera Molina	Director General de Atención Sociosanitaria y Salud. (DGASSyS). Servicio Extremeño de Salud (SES).	Ilmo. Sr. D. Juan Carlos Campón Durán	Director General de Servicios Sociales. (DGSS). Consejería de Bienestar Social (CBS).
DIRECTOR TÉCNICO DEL PROYECTO			
Miguel Simón Expósito	Subdirector de Salud mental y Recursos Sociosanitarios. DGASSyS. SES.		
AUTORES			
Félix Fernández Bermejo	Responsable Gabinete de Evaluación. DGASSyS. SES.	Antonio Javier Álvarez Gómez	Técnico, Servicio de Atención al Mayor.DGS. CBS.
Fernanda Fernández Almoril	Auxiliar Administrativo. DGASSyS. SES.		
Isabel Galán Castaño	Técnico. DGASSyS. SES.		
Emilio Herrera Molina	Director General de Atención Sociosanitaria y Salud. DGASSyS. SES.	Juan Carlos Campón Durán	Director General de Servicios Sociales DGSS. CBS.
Miguel Simón Expósito	Subdirector de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. DGASSyS. SES.	Plácido Alejandro Bueno	Jefe de Servicio de Atención al Mayor. DGSS. CBS.
Javier Rocafort Gil	Coordinador Regional Programa Cuidados Paliativos. DGASSyS. SES.	M ^a Luz Madrigal González	Jefe de Servicio de Atención al Discapacitado. DGSS. CBS.
Nuria Sánchez Villa	Jefe de Sección Atención Sociosanitaria. DGASSyS. SES.		

COLABORADORES

Andoni Ansean Ramos	Psicólogo
Eduard Portella Argelaguet	Antares Consulting
Montserrat Cervera Marciá	
Bernardo Ubago Otero	
Juan Carlos Álvarez Ruiz	
Pablo del Busto Torán	

TÉCNICOS PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS NOMINALES

Grupo Salud mental		Grupo Mayores con dependencia	
Rosa M ^a Galindo San Valentín	Psiquiatra. ESM. Plasencia. SES.	Amparo García de Julián	Directora R. Asistida de Cáceres. CBS.
Ángel Luis Banco González	Psiquiatra. Complejo Sanitario Provincial. Plasencia.	Virginia Alcántara Vila	T. Social. Hogar de Mayores de Cáceres. CBS.
Puerto Barroso Rodríguez	Jefe de los Servicios Sociales. Ayuntamiento de Plasencia.	Manuel Cid Gala	Psicólogo. Centro Día Alzheimer de Mérida. CBS.
M ^a Paz Casado Rabasot	Directora Técnica. CRPS de Plasencia.	Javier Álvarez Bueno	Sociólogo. S ^o de Atención al Mayor. DGSS. CBS.
Pablo Cantero Garlito	Terapeuta Ocupacional. CRPS de Plasencia.	Jerónimo Luengo Polo	R. Mayores de Gata. CBS
Asunción Cabrera Herrera	Técnico del Área de Rehabilitación. DGSSyS. SES.	Virginia Mostazo Floriano	Fisioterapeuta. Hospital de Día de Cáceres. SES
M ^a Consolación Pérez Prado	T. Social. CRPS de Plasencia.	Plácido Alejandro Bueno	<u>Coordinador grupo</u>
Miguel Simón Expósito	<u>Coordinador Grupo</u>		

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

Grupo Cuidados Paliativos		Grupo Adultos con dependencia física	
Mercedes Blanco Guerrero	Médico Internista. Cuidados Paliativos. SES	José Luis Mañas Núñez	Médico. CAMF IMSERSO
Maria Claudia Cortés	Psicóloga. Asociación Española Contra el Cáncer.	Antonio Gómez Escobar	Geriatra. Cuidados Paliativos. SES.
M ^a Ángeles Martín Fuentes	Enfermera. Cuidados Paliativos. SES.	M ^a del Mar Serrano Rodilla	Enfermera. E. Atención Primaria. SES.
Sagrario Márquez Díaz	Enfermera. Medicina Interna. SES.	Irene Valle Corrales	Médico. E. Atención Primaria. SES.
Cecilia Santander Barrero	T. Social. E. Atención Primaria. SES.	Gabriel Giraldo Tena	Fisioterapeuta. E. Atención Primaria SES
Manuela Balas Pedrero	Jefe de Negociado. D.G. de Presupuestos. SES.	Isabel Galán Castaño	T. Social. DGSSyS. SES.
Javier Rocafort Gil	<u>Coordinador Grupo</u>	Fernando Brioso Jerez	Enfermero. E. Atención Primaria. SES.
		Nuria Sánchez Villa	<u>Coordinadora Grupo</u>
Grupo Personas con discapacidad psíquica			
Rosa Rodríguez Maestre	Técnico. E. Atención Temprana. CBS.	Manuel Ángel Martín Pastor	Director CAMP. CBS.
M ^a Antonia González Pérez	Trabajadora Social. E. Atención Temprana. CBS.	Juan Manuel Cruz Moreno	Jefe de Sección. CBS.
Honorio Alfonso Barco	Psicólogo. CADEX: CBS.	Juan José Morel Bernabé	Director CEDI. DGSSyS. SES.
M ^a Luz Madrigal González	<u>Coordinadora Grupo</u>		
DISEÑO GRÁFICO			
Gloria González Conde	Coordinadora Técnica. SES		



Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

Nuestra sociedad avanza y sus necesidades se modifican. A medida que han ido creciendo la dependencia y las patologías crónicas, la necesidad de desarrollar un sistema de cuidados continuados y de larga duración ha ido haciéndose cada vez más evidente. El escenario actual de definición legislativa de competencias en el ámbito socio-sanitario, y de determinación de modelos que permitan abordar estas necesidades de manera sostenible, resulta una muestra evidente de una nueva conquista del estado del bienestar, y de la madurez y grado de responsabilidad al que han llegado los sistemas sanitario y social.

En Extremadura, en Noviembre de 2003, las Consejerías de Sanidad y Consumo y Bienestar Social, acometieron la tarea conjunta de definir un modelo de atención sanitaria a la dependencia que respondiera, por un lado a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, propiciando la integración y normalización efectiva dentro del Sistema Sanitario Público de las prestaciones descritas como socio-sanitarias y por otro, al previsto desarrollo normativo de atención a la dependencia a nivel estatal. De esta manera se trataba de anticipar una respuesta conjunta a la atención al enfermo crónico con dependencia. Esta tarea fue encomendada, por parte de la Consejería de Sanidad y Consumo a la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del Servicio Extremeño de Salud (SES) y por parte de la Consejería de Bienestar Social a la Dirección General de Servicios Sociales .

El exhaustivo trabajo de evaluación y consenso desarrollado entre esa fecha y Agosto de 2004, concluye con la síntesis del Plan Marco de atención socio-sanitaria cuyos principios han sido enunciados en el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, y cuya Planificación Estratégica y Plan Director quedan reflejados en el presente documento, que propone el desarrollo de la suma de servicios y recursos sanitarios y sociales, que cubran las necesidades del espacio socio-sanitario, y su modelo de funcionamiento y de financiación



Documento Preliminar

modelo



El Modelo

1. CONCEPTOS PREVIOS

- 1.1. Confluencia de las necesidades en los recursos sociales y sanitarios: desarrollo del concepto “centro socio-sanitario”.
- 1.2. Atención a la dependencia
- 1.3. Atención a la patología

2. REFERENCIAS LEGALES EN NUESTRO ÁMBITO

- 2.1. Ley de cohesión y calidad del s.n.s.
- 2.2. Ley 10/2001, de 28 de junio, de salud de extremadura.
- 2.3. R (98) 9 de septiembre de 1998 del consejo de europa
- 2.4. Ley de 5/1987, de 23 de abril de servicios sociales
- 2.5. Libro blanco de la dependencia.

3. INTERROGANTES

4. MODELOS ORGANIZATIVOS

5. AMENAZAS DE SEPARAR EL ESPACIO SOCIO-SANITARIO COMO SECTOR INDEPENDIENTE

6. MARCO DEL MODELO EN EXTREMADURA

- 6.1. Nuestro modelo
- 6.2. Principios generales del modelo de atención
- 6.3. Delimitación del espacio socio-sanitario
- 6.4. Variables determinantes del tipo de servicios y recursos necesarios

7. CONCLUSIONES

EL MODELO

Documento Preliminar



Se definen los principios y conceptos que regirán **el modelo de atención socio-sanitaria**, sobre los que se vertebrará de manera coherente todo el sistema integral de cuidados.

1. CONCEPTOS PREVIOS

1.1 CONFLUENCIA DE LAS NECESIDADES EN LOS RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS: DESARROLLO DEL CONCEPTO “CENTRO SOCIO-SANITARIO”.

El concepto de atención socio-sanitaria ha ido evolucionando aunque, permanece asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presenten simultáneamente dependencia y patologías crónicas, y que tienen necesidad de cuidados personales y de cuidados sanitarios al mismo tiempo.

Por tanto, se conocen como “centros socio-sanitarios”, aquellos en los que se ofrecen cuidados personales destinados a la atención a la dependencia y cuidados sanitarios destinados a atender la enfermedad. Generalmente se refieren a centros que inicialmente fueron concebidos como centros residenciales de atención a la dependencia dentro del entorno de Bienestar Social, y que han ido desarrollando servicios sanitarios en su seno, por las propias necesidades de sus residentes. Al prestar servicios sociales y sanitarios simultáneamente, se ha hecho cada vez más difícil encuadrar dichos centros dentro del ámbito social exclusivamente, siendo a menudo sus ratios de personal y capacidad de oferta sanitaria limitada, y por tanto, los profesionales y recursos, sobrecargados para atender la necesidad creciente de atención sanitaria dentro de ellos.

Del mismo modo, hemos visto cómo en los hospitales de agudos se perpetuaban, tanto personas con patologías crónicas que requerían cuidados sanitarios continuados que serían mejor prestados en centros de cuidados de larga duración, como pacientes que habiendo resuelto la situación patológica que les llevó inicialmente al hospital, no podían ser dados de alta debido a la situación de dependencia resultante tras el ingreso, ya que la carencia de recursos familiares y sociales en el domicilio, imposibilitaban el alta de un centro idealmente diseñado para atender sólo procesos agudos. En estos casos generalmente, el sistema sanitario, o bien ha ido reutilizando antiguos centros hospitalarios como centros de cuidados de larga duración, o ha buscado soluciones en las residencias previamente mencionadas que pudieran ofrecer cierta prestación sanitaria en régimen de internamiento.

Estas dos circunstancias hacen que se hayan ido desarrollando centros en los que personas dependientes con patologías crónicas, o enfermos crónicos con dependencia, son atendidos en centros residenciales que ofrecen cuidados sanitarios más o menos intensos.

Desde la visión pragmática que supone la propia evolución natural de ambos tipos de centros, el término socio-sanitario corresponde al nexo común en el que confluyen los sistemas social y sanitario.

El **espacio socio-sanitario** por tanto, es entendido como aquel conformado por las necesidades de prestaciones sociales y sanitarias de forma simultánea y continuada, de un conjunto determinado de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas, psíquicas y psiquiátricas que conllevan distintos niveles de dependencia.

1.2 ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Una persona con discapacidad física, sensorial, psíquica o intelectual, es dependiente cuando requiere ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y/o actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Los cuidados a la dependencia han sido asumidos mayoritariamente por la red social llamada de cuidados informales (por familiares o allegados), y por los recursos de cuidados formales en el domicilio o en Instituciones del sistema público (recursos bienestar social y ayuntamientos) o de la oferta privada (centros o cuidadores). La evolución sociodemográfica y de los estilos de vida, hace disminuir el número de cuidadores informales disponibles, lo que requiere que las Administraciones adquieran la responsabilidad que previamente asumían las familias.

1.3 ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA:

El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas (más o menos degenerativas), requiere de unos cuidados diferentes a los prestados en centros

hospitalarios de agudos y en recursos concebidos para la curación. Tras una época previa en la que se tuvo que crear y primar una infraestructura capaz de curar, actualmente se requiere potenciar el desarrollo de la atención sanitaria preventiva, de cuidados sanitarios continuados y de rehabilitación para atender a las situaciones más prevalentes originadas.

La atención de las necesidades derivadas de la dependencia, consistente en cuidados personales o instrumentales, corresponde al sistema público de Servicios Sociales (cuidados personales, prevención y rehabilitación de la dependencia, hostelería residencial, red comunitaria de apoyo a la dependencia, prestaciones para el acceso a los derechos sociales básicos, prestaciones y servicios de apoyo a los cuidadores).

La atención a las necesidades derivadas de la patología, crónica o aguda, es responsabilidad de la Consejería de Sanidad, poniendo al mismo nivel de exigencia los cuidados sanitarios continuados y la rehabilitación, que la asistencia curativa (prevención, farmacia, asistencia sanitaria, rehabilitación y cuidados sanitarios continuados).

- **PREVENCIÓN**

-

ATENCIÓN A CUIDADORES

2. REFERENCIAS LEGALES EN NUESTRO ÁMBITO

2.1 LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL S.N.S.

La Ley 16/ 2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, viene a marcar un antes y un después dentro del sistema sanitario, definiendo en su artículo 14, la prestación de atención sociosanitaria, como “el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. A su vez especifica, que “en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia, y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”. Y amplía haciendo referencia a la coordinación intersectorial: “la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes”.

Esto supone una respuesta al cambio de las necesidades que nuestra población tiene y cuya atención reclama. En el presente, se persigue reforzar el desarrollo general de un sistema de cuidados y de rehabilitación, al igual que previamente se potenció de manera adecuada, el terreno curativo.

2.2 LEY 10/2001, DE 28 DE JUNIO, DE SALUD DE EXTREMADURA.

Especifica en su “**Artículo 8.** Competencias de la Consejería responsable en materia de sanidad con relación al Sistema Sanitario Público de Extremadura”.

“1. Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad, en el marco de la política sanitaria definida por la Junta de Extremadura:

- c) Controlar los centros, servicios, establecimientos y actividades sanitarias y centros socio-sanitarios, en lo que se refiere a la autorización de creación,

apertura, modificación y cierre, así como el mantenimiento de los registros pertinentes, su catalogación y, en su caso, su acreditación.

- d) Inspección de todos los centros, servicios, prestaciones y establecimientos sanitarios y socio-sanitarios de Extremadura, así como el control de sus actividades de promoción y publicidad.”

Y en su artículo **Artículo 51** respectivo a la “**Atención sociosanitaria**” menciona:

“1. La atención socio-sanitaria integra los cuidados sanitarios con los recursos sociales de forma continuada y coordinada.

2. El sistema sanitario público de Extremadura dispondrá de los recursos necesarios para prestar una atención socio-sanitaria de calidad. A tal efecto se coordinarán todos los servicios sanitarios y socio-sanitarios de responsabilidad pública con el fin de alcanzar una homogeneidad de objetivos y un máximo aprovechamiento de recursos”.

Por tanto, es competencia de la Consejería de Sanidad velar por la correcta atención sanitaria que se preste en centros socio-sanitarios, a través del control, la inspección y la acreditación de los mismos. Por otra parte, se establece que el sistema sanitario debe garantizar una adecuada asistencia sanitaria y dotar de los recursos necesarios a los centros socio-sanitarios para prestar una correcta atención sanitaria, para lo que habrán de coordinarse servicios sanitarios y socio-sanitarios, estableciendo homogeneidad en sus objetivos, y buscando el aprovechamiento adecuado de los recursos.

2.3 R (98) 9 DE SEPTIEMBRE DE 1998 DEL CONSEJO DE EUROPA

Define la dependencia como “estado en el que se encuentran las personas que por razones de falta de autonomía física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de asistencia y/ o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana”.

Dibuja el marco que contiene **no sólo la dependencia física, sino la psíquica y la intelectual**.

2.4 LEY DE 5/1987, DE 23 DE ABRIL DE SERVICIOS SOCIALES

Con la promulgación de la Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales, se estableció la normativa básica para garantizar un sistema público de Servicios Sociales, inspirado en los principios de igualdad, solidaridad y justicia; comprometiéndose la Junta de Extremadura a adscribir los recursos financieros, técnicos y humanos necesarios que garanticen su eficaz prestación.

A tal efecto, el artículo 3.2 dispone que los servicios que se desarrollen deberán responder a las necesidades detectadas y a los recursos disponibles, coordinándose entre sí y con los adscritos a otras áreas o administraciones; encuadrándose en este punto la **necesaria coordinación socio-sanitaria** tendente a la consecución del bienestar social de los individuos a los que van dirigidos estos servicios.

En orden a dar cumplimiento a estas previsiones normativas se establece en el artículo 5 la Ley 5/1987 el servicio de información valoración y orientación, cuyo objetivo es facilitar la información general y específica, el asesoramiento y orientación a los ciudadanos respecto de los recursos sociales existentes para la resolución de sus necesidades; así como facilitar la información para la organización, dotación y eficacia de los servicios existentes. Respecto a este último aspecto, se hace necesario que la labor de organización no se limite a los recursos disponibles en el ámbito social, sino que se extienda al ámbito sanitario, al estar íntimamente relacionados y ser necesaria la coordinación de ambas materias para la satisfacción de las necesidades concretas que se plantean; no pudiendo quedar limitadas las soluciones a una de las áreas en exclusiva.

Especial atención merecen en este caso los colectivos de las personas mayores y con discapacidad, para los que se establece en la Ley 5/1987 los servicios de atención a minusválidos y de atención a los ancianos; en los que concurren determinadas patologías y situaciones que determinan que en este punto deban llevarse a cabo necesariamente actuaciones conjuntas en el área de la atención socio-sanitaria.

2.5 LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA.

De manera previa a la enunciada elaboración de la Ley de la Dependencia, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha publicado el Libro Blanco de la Dependencia. Dicho Libro realiza un análisis exhaustivo sobre la situación de las personas con dependencia en España, determinando perfiles, necesidades, estimaciones y variables sociodemográficas que están ya condicionando su atención, como la estructura de la red informal de atención.

El análisis se centra en grupos específicos, distinguiendo la situación de los mayores y de los menores de 65 años, así como la necesaria cobertura sanitaria a las situaciones de dependencia. En este contexto, establece criterios y pautas de coordinación entre los sistemas sanitario y social para el desarrollo adecuado de la atención y el fomento de la continuidad de cuidados.

Por último, lleva a cabo un estudio de las implicaciones económicas y de financiación que el desarrollo de un sistema de cobertura de la dependencia conlleva, así como su impacto socio-económico en términos de generación de empleo.

3.INTERROGANTES

Planteados los términos básicos en los que se desarrolla la atención socio – sanitaria, son obligados una serie de interrogantes:

En primer lugar, ¿qué prestaciones debe ofrecer el sistema público para la atención a las necesidades sociales y sanitarias de los ciudadanos cuando estas son coincidentes, sinérgicas e intensas?.

En segundo lugar, ¿quién debe dispensarlas ,el sistema social o el sanitario?.

Por último, ¿cómo integrarlas en nuestros sistemas actuales?

En este sentido, caben tres posibilidades

- ✓ La separación de este espacio común socio-sanitario, determinando previamente los ciudadanos que en él se encuentren, y el desarrollo de un sistema de atención que les atienda con un régimen contributivo intermedio pero independiente de los sistemas sanitario y el social actuales.
- ✓ Su definición y mantenimiento sólo dentro de uno de ellos.
- ✓ La definición por parte de los servicios sociales de las necesidades de atención a la dependencia a ser atendidas, y por parte del sistema sanitario, de las prestaciones necesarias para la adecuada atención a la patología de las personas dependientes, cada uno desde sus sectores actuales, pero creando un espacio funcional común de coordinación

4. MODELOS ORGANIZATIVOS

Resumiendo, las diferentes alternativas ofrecen en resumen dos opciones:

- A. Separar un tercer espacio o espacio socio-sanitario: que podría a su vez ser gestionado:**



sanitario socio-sanitario social

- A) Independientemente
- B) Dependiente de Bienestar Social
- C) Dependiente de Sanidad

- B. Definir la suma de competencias que cada sector debe atender y desarrollar, y coordinar su acciones desde cada sector:**



Cada sector aporta una serie de servicios sanitarios o sociales, que se complementan, y atienden el total de las necesidades socio-sanitarias de la persona.

Gráficamente, representamos los servicios sanitarios en color azul y los servicios de atención social a la dependencia en amarillo. Una visión transversal de los mismos, obtendría el sector de color verde, fruto de la superposición de las prestaciones simultáneas de ambos sectores

5. AMENAZAS DE SEPARAR EL ESPACIO SOCIO-SANITARIO COMO SECTOR INDEPENDIENTE

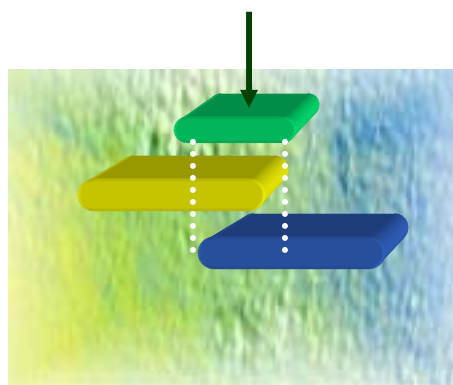
El establecer el espacio socio-sanitario como un tercer espacio independiente de los sistemas social y sanitario conllevaría **amenazas importantes**:

- 1) Discriminación de determinados ciudadanos por padecer determinadas patologías, o tener cierto grado de dependencia o edad: mientras defendemos la igualdad de derechos y la equidad en la prestación de servicios, no es razonable separar de los sistemas sanitario o social en general, a determinadas personas por el hecho de padecer determinadas patologías, que éstas se encuentren en un momento evolutivo cronicado, o que tengan una determinada edad (ancianos).
- 2) Separación de prestaciones sanitarias de agudos o curativos y de crónicos o de cuidados: por definición del concepto de proceso global de atención sanitaria (prevención, curación, cuidados y rehabilitación), el dispensar cuidados sanitarios a la patología crónica, es competencia de la asistencia y atención sanitaria, tanto como ofertar medidas curativas.
- 3) El sistema "curativo" no vería la prevención y los cuidados como alternativa válida y eficiente al uso de recursos curativos cuando éstos no pueden ofrecer una solución, sino como disciplinas distintas financiadas por fuentes diferentes (disminución del incentivo de la gestión eficiente y competencia por fuentes de financiación paralelas). Los sistemas integrales y globales se muestran como los sistemas más efectivos y eficientes. Si el sistema desarrolla un apartado estanco para el desarrollo de medidas de intervención preventivas, de cuidados y de rehabilitación, no podrá asignar adecuadamente los servicios y recursos necesarios de manera eficiente.
- 4) Dificultad extra para la coordinación necesaria en la continuidad de cuidados: tener que coordinar tres sectores (sanitario, social y socio-sanitario), sería más complejo de lo que ya es coordinar dos (sanitario y social).

6. MARCO DEL MODELO EN EXTREMADURA

6.1 NUESTRO MODELO

Se realizará una **acción conjunta** desde los **sectores social y sanitario**, en la que **cada sector** ayude a **delimitar** sus **competencias**, y **desarrolle** todos los **servicios** necesarios para aportar una respuesta integral a las necesidades de nuestros ciudadanos, organizando un sistema de servicios coordinado, con procesos bien definidos.



CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN

- ⇒ **Atención integral e interdisciplinar:** biológica, psicológica y social.
- ⇒ **Atención global:** prevención, asistencia curativa, cuidados y rehabilitación.
- ⇒ **Complementariedad intersectorial:** medidas sanitarias y sociales coordinadas.
- ⇒ **Calidad relacional:** Atención humanizada y cuidado del confort del entorno.

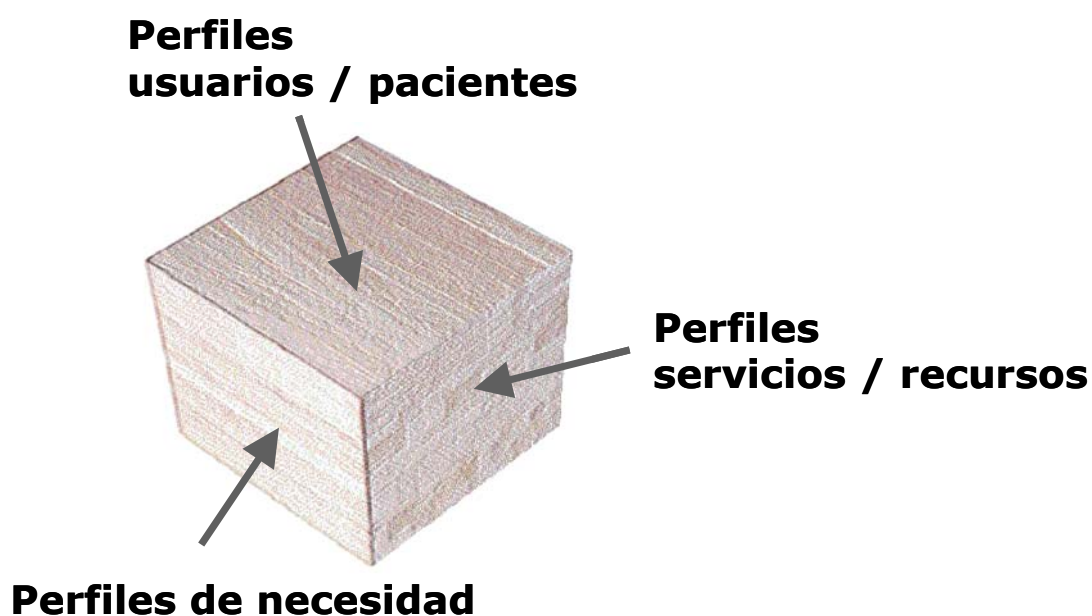
6.2 PRINCIPIOS GENERALES DEL MODELO DE ATENCIÓN

- ✓ Alcanzar un sistema integral de atención que demuestre el mismo énfasis en la prevención, en los cuidados y en la rehabilitación, que en la asistencia curativa.
- ✓ Desarrollar servicios prestados con la mayor cualificación técnica y calidez humana, acordes al desarrollo tecnológico actual, y recursos que observen al máximo medidas de confort.
- ✓ Fomentar un modelo de atención comunitario, que potencie la permanencia en el domicilio y en el ambiente social del ciudadano, evitando en lo posible el hospitalocentrismo y la institucionalización.
- ✓ Primar la evaluación integral de las necesidades del paciente: patología, grado de dependencia física, psíquica e intelectual, y red social de apoyo. Desarrollar un sistema de información común que evalúe el resultado de proceso de atención socio-sanitario.
- ✓ Conseguir la continuidad asistencial en el proceso de atención, la estructuración en función de niveles de complejidad, y la delimitación de competencias coordinadas entre niveles y sectores como base de la atención integral.
- ✓ Organizar un sistema que evolucione gracias a la implicación y aportaciones de directivos, profesionales, ciudadanos, pacientes y familiares y asociaciones de usuarios.
- ✓ Atender integralmente a la persona en todos sus aspectos, y para ello debe ofrecerse un abordaje interdisciplinar o multidisciplinar (según el caso), con una organización funcional intersectorial coordinada.
- ✓ Potenciar la funcionalidad y efectividad de los servicios, frente a la rigidez de las estructuras en la organización de recursos.

- ✓ Diversificar la oferta de servicios en función a las necesidades de la población, desarrollando recursos polivalentes y flexibles que se adapten a las necesidades cambiantes de las personas atendidas, facilitando la simultaneidad en la prestación de servicios y el flujo de pacientes entre recursos.
- ✓ Temporalizar un crecimiento armónico de la oferta de servicios en sus diferentes áreas de acción, adaptativo y priorizado en función de las necesidades. La progresividad en el desarrollo de los elementos del sistema debe ser simultáneo en los diferentes sectores y niveles asistenciales de no ser así, un mayor desarrollo descompensado de ciertos niveles hará que se orienten también hacia él los recursos futuros, imposibilitando el desarrollo de un sistema integral.
- ✓ Organizar un sistema sostenible organizativa y económicamente hablando, valorando la eficiencia, el rendimiento de sus recursos, y el resultado integrado de atención.

6.3 DELIMITACIÓN DEL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

El espacio socio-sanitario puede ser analizado desde diferentes puntos de vista, lo que nos da una descripción diferente de la misma realidad, según se describa en función de:



A) TIPO DE PACIENTES O USUARIOS:

(Esta agrupación en función de características similares, sirve para dibujar las necesidades de nuestra población diana, no para restringir las prestaciones a estas patologías).

a. Enfermedades crónicas progresivas:

- ✓ Enfermedades crónicas y progresivas: EPOC, insuficiencia cardiaca, hepatopatías, artrosis, enfermedades vasculares, insuficiencia renal,...
- ✓ Fragilidad médico-social

- b. Enfermedades en situación terminal:
 - ✓ Enfermos oncológicos.
 - ✓ Enfermos no oncológicos: procesos crónicos en su última fase.

- c. Enfermedad convaleciente y recuperación funcional:
 - ✓ Recuperación de procesos médicos agudos
 - ✓ Recuperación de procesos quirúrgicos
 - ✓ Recuperación de reagudizaciones de enfermedades crónicas

- d. Enfermedad mental:
 - ✓ Trastornos mentales severos
 - ✓ Trastornos del comportamiento
 - ✓ Adicciones

- e. Discapacidades físicas y sensoriales:
 - ✓ Enfermedades neurodegenerativas con déficit funcional
 - ✓ Déficits funcionales por otras patologías
 - ✓ Lesionados medulares, déficits físicos postraumáticos y grandes discapacitados
 - ✓ Déficits sensoriales severos

- f. Psicogeriatría y discapacidades psíquicas o intelectuales:
 - ✓ Enfermedad neurodegenerativa con discapacidad psíquica
 - ✓ Esclerosis
 - ✓ Demencias
 - ✓ Daño cerebral
 - ✓ Comas y estados vegetativos persistentes
 - ✓ Retraso mental

B) TIPO DE RECURSOS EN LOS QUE SE DISPENSAN LOS SERVICIOS NECESARIOS

Si la intensidad de cuidados sanitarios determina la tipología de asistencia, el grado de dependencia y el estado de la red social determinan la modalidad asistencial.

Estas modalidades abarcan los servicios residenciales, la atención diurna, la atención domiciliaria y el alojamiento. A su vez, también contemplan servicios de apoyo, formación, prevención y coordinación.

- ✓ Tanto los servicios residenciales como el **internamiento** se dirige a usuarios que poseen una alta dependencia independientemente de la existencia o no de una red social adecuada. Este internamiento puede ser de media o de larga estancia.
- ✓ La **atención domiciliaria** está dirigida a aquellos usuarios con una adecuada red social, y con dependencia moderada y severa.
- ✓ De la **atención diurna** se benefician los usuarios que poseen una baja dependencia y conservan una adecuada red social.
- ✓ Los servicios de **alojamiento**, tales como pisos tutelados u otras modalidades residenciales, son requeridos por los usuarios con baja dependencia e inadecuada red social.

1. Asistencia en régimen de internamiento.

De Media Estancia

- ✓ Persigue la óptima recuperación (una vez ya estabilizado) del proceso agudo o reagudizado y la rehabilitación de las capacidades perdidas o disminuidas durante el proceso.
- ✓ También pretende la estabilización progresiva en pacientes no estabilizados en un entorno de mayor orientación a los procesos de rehabilitación.

- ✓ La duración del internamiento menor de tres meses.
- ✓ En muchos casos consigue una mejora en la gestión de altas de los hospitales de agudos.
- ✓ El objetivo final es el retorno al entorno del que procedía el paciente antes del proceso.
- ✓ Se trata de un tipo de dispositivo fundamentalmente sanitario.

De Larga Estancia Hospitalaria

- ✓ Atención a procesos crónicos de alta dependencia y escasa autonomía, difícil recuperación, necesidad permanente de supervisión médica y alta carga de enfermería.
- ✓ Proporciona un entorno estable de cuidados profesionales permanentes y el mantenimiento y/ o la rehabilitación de las capacidades funcionales.
- ✓ Estancia desde tres meses a indefinida.
- ✓ Perfil: Mixto de predominio sanitario.

De Larga Estancia Residencial

- ✓ Menor grado (en general) de dependencia y de necesidad de cuidados.
- ✓ Inexistencia de una red social que pueda facilitar los cuidados en su entorno habitual.
- ✓ Insuficiente autonomía para la vida en el domicilio.
- ✓ Protagonismo de la atención social y sanitaria auxiliar.
- ✓ Ausencia, en general, de complicaciones patológicas graves de manera habitual.
- ✓ Perfil: Mixto de predominio social.

Alojamiento

- ✓ Pretende la reinserción final.
- ✓ Autonomía media o alta.
- ✓ Mínima supervisión profesional.
- ✓ Red social inadecuada.
- ✓ Perfil: Social.

2. Asistencia en régimen de día.

Hospitales de Día

- ✓ Se proporcionan servicios semejantes que en régimen de internamiento de media estancia pero con una asistencia diurna y periódica.
- ✓ El grado de autonomía del usuario y/ o la existencia de una red social adecuada le permite el tratamiento en este régimen.
- ✓ Marcado carácter sanitario.
- ✓ Permite una mejora en la eficiencia del sistema de atención al proporcionarse la misma atención con la utilización de menos recursos.
- ✓ Perfil: Sanitario.

Servicios de rehabilitación en régimen diurno.

- ✓ Pretende la recuperación de la sintomatología derivada de la enfermedad, que posibilite la reincorporación del individuo a su contexto.
- ✓ Facilitan la adaptación progresiva del paciente a su medio tras procesos más o menos largos de hospitalización, al tiempo que mantienen el control sintomatológico, evitando hospitalizaciones innecesarias.
- ✓ Prestan apoyo a los cuidadores, por lo que requiere apoyo social suficiente.
- ✓ Perfil: sanitario.

Centros de Día

- ✓ Centros de día especializados y de atención básica.
- ✓ Predomina la actividad ocupacional y estimulativa.
- ✓ Persigue el mantenimiento de habilidades funcionales y evitar así el deterioro.
- ✓ Pretende también evitar la institucionalización innecesaria.
- ✓ Función adicional de apoyo a las familias.
- ✓ El nivel de dependencia es bastante menor que en otros regímenes de asistencia.
- ✓ El usuario posee una red social suficiente.
- ✓ Perfil: Social.

3. Asistencia en régimen domiciliario.

- ✓ Relativamente independiente del grado de autonomía.
- ✓ Cubren un amplio espectro de necesidades: desde la atención médica hasta labores domésticas.
- ✓ En la mayoría de los casos es de tipo permanente.
- ✓ Requieren una red social suficiente.
- ✓ Puede beneficiarse de programas de voluntariado.
- ✓ Permite unos altos niveles de eficiencia.
- ✓ Perfil: Mixto:
- ✓ Atención domiciliaria: sanitario.
- ✓ Ayuda a domicilio o Asistencia domiciliaria: social

4. Asistencia de Apoyo y Preventiva.

Apoyo a los cuidadores informales:

- ✓ Estancias temporales
- ✓ Ayudas laborales y/ o económicas
- ✓ Formación y programas de grupo
- ✓ Apoyo a los equipos de atención sanitaria y social

Interconsultas:

- ✓ Asesorías puntuales
- ✓ Equipos de soporte con atención directa
- ✓ Formación
- ✓ Prevención

C) PERFILES DE INTENSIDAD Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS SANITARIOS

Una organización eficiente de la red, que se adapte a las necesidades de atención del ciudadano, requiere la organización y financiación de los servicios en función de la intensidad de cuidados sanitarios que se dispensen. Esto permitirá una organización de servicios en recursos polivalentes. Este simple case-mix,

agrupa en función de la intensidad y la continuidad de cuidados sanitarios de manera decreciente, y es explicitado y diferenciado en cuanto a los servicios, técnicas y necesidades de recursos humanos y materiales en cada uno de ellos, en la parte del documento que hace mención a “Prestaciones y Servicios”:

- 1) Necesidad de **Cuidados sanitarios continuados intensos**: personas que requieren cuidados sanitarios continuos e intensos, no curativos, (revisión diaria de médicos, y atención continuada de enfermeras y auxiliares), y/ o en situación de alto nivel de sufrimiento que requieren cuidados complejos para el alivio sintomático destinado a mejorar la calidad de vida. Requieren un entorno sanitario. Es referenciado en adelante como **perfil Tipo 1**.
- 2) Necesidad de **Atención sanitaria continuada a personas dependientes (atención socio-sanitaria)**: cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, en personas altamente dependientes, que poseen un bajo nivel de autonomía y requieren cuidados o supervisión prolongados dentro de un entorno sanitizado (revisión médica periódica no diaria, puntual o a demanda, revisión diaria de enfermería, y cuidados continuados de auxiliares). Es referenciado en adelante como **perfil Tipo 2**.
- 3) Necesidad de **Atención a la dependencia**: recursos residenciales (referenciado en adelante como **perfil Tipo 3**) y domiciliarios de atención y rehabilitación de la dependencia.
- 4) Necesidad de Medidas de apoyo a la **red social de cuidados**: económicas, fiscales, laborales.

6.4 VARIABLES DETERMINANTES DEL TIPO DE SERVICIOS Y RECURSOS NECESARIOS

Todos los casos deben ser medidos en función de tres ejes simultáneamente:

- 1) El grado de dependencia: y por tanto la necesidad de cuidados personales.
- 2) La necesidad de cuidados sanitarios: debido a la patología.
- 3) La red de apoyo de la que disponga la persona: familiares, cuidadores, posibilidades económicas.



De la combinación de la intensidad en cada uno de estos ejes, se deducirá el recurso adecuado para atender cada caso, en cada momento.

7. CONCLUSIONES:

Un modelo de atención socio-sanitaria coherente, requiere que los sectores sanitario y social evalúen conjuntamente las necesidades sanitarias y sociales de sus ciudadanos, y definan las responsabilidades y competencias que cada cual debe asumir, y por tanto, los servicios a ofertar desde su sector.

Los servicios sanitarios a desarrollar son competencia de sanidad y los de atención a la dependencia, del sector social.

Un modelo de atención socio-sanitaria coherente, en el que las necesidades sanitarias de los residentes en instituciones sociales se incrementan progresivamente, requiere permeabilidad de los recursos de atención a la dependencia para que el sector sanitario colabore en el incremento de los servicios sanitarios que se ofertan en ellos. **La delimitación de las competencias propias de cada sector, permitirá ofrecer una auténtica atención integral, resultado de la suma eficiente de servicios coordinados, que evite la duplicación, y organice en procesos intersectoriales, un sistema general centrado en las necesidades tal como las vive el ciudadano.**

Para ello, el sistema se servirá de la mejor cualificación técnica, tenderá al uso racional de tecnología de probada efectividad y eficiencia, y prestará sus servicios con la mejor atención humanizada, principios bioéticos, y medidas de cuidar el confort del entorno. Se dotará de mecanismos que permitan a las organizaciones de la comunidad, a los ciudadanos, a los profesionales y a los directivos, consensuar las líneas de evolución del sistema.



la demanda



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO

1.1. Demanda de atención sanitaria.

1.2. Análisis de morbilidad y mortalidad

1.3. Red social

1.3.1. Carga de cuidadores.

1.3.2. Los cambios en la estructura familiar: la soledad

1.3.3. Natalidad.

1.3.4. Flujo migratorio.

1.4. Cambios en la estructura etaria de la población

1.5. Dependencia y discapacidad.

1.5.1. Proyección de la población con discapacidad en extremadura

2. ANÁLISIS DE LA OFERTA ACTUAL

2.1. Descripción general de recursos y funcionamiento de redes.

2.1.1. Estudio de concordancia de los mapas social y sanitario.

2.1.2. Recursos residenciales

2.1.3. Adecuación de las estancias en los hospitales de agudos.

2.1.4. Análisis cualitativo del funcionamiento y la coordinación de ambos sistemas: conclusiones generales.

3. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DIANA.

4. RESUMEN POR GRUPOS DE POBLACIÓN.

4.1. Salud mental

4.2. Cuidados paliativos.

4.3. Menores de 65 años. Con discapacidad física.

4.4. Mayores con dependencia.

4.5. Discapacitados intelectuales.

5. ANÁLISIS DE CAMPO: UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD.

5.1. Personas con enfermedad mental

5.1.1. Estudio de necesidades de hospitalización prolongada.

5.1.2. Estudio de evaluación para la transformación y transferencia de los hospitales psiquiátricos de extremadura sobre necesidades sanitarias y sociales de la población residente.

5.2. Personas dependientes de la comisión tutelar de adultos:

5.3. Perfiles de necesidad de pacientes en situación terminal

5.4. Estudio de pacientes con dependencia y necesidad sanitaria

5.4.1. Estudio retrospectivo descriptivo del año 2003, de identificación de casos con dependencia, necesidad de cuidados sanitarios y dificultades de apoyo social

5.4.2. Estudio descriptivo de patologías con necesidad de cuidados sanitarios en el centro de grandes discapacitados de alcuéscar (camf) del imsero..

5.4.3. Estudio transversal descriptivo de la población demandante de ingreso en centros de atención a minusválidos físicos registrados en los cadex de extremadura. Enero 2004.

5.4.4. Resumen

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Partiendo del modelo anteriormente desarrollado y de una exposición de los índices sociodemográficos más significativos en nuestra Comunidad, se realiza un análisis cuantitativo y cualitativo de los grupos de población más relevantes. Para ello, se estudia la oferta actual de las redes sanitarias y sociales y de sus dispositivos, en función a los grupos identificados de necesidad.

Posteriormente, se añade un análisis de la realidad basado en las conclusiones de toda una serie de estudios de campo, que a modo de muestra, analizan la situación actual en determinados dispositivos sanitarios y sociales, en los que se entremezclan ambas necesidades.

1. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO

Existe una gran variedad de variables sociodemográficas que intervienen en la modulación de la demanda actual y futura en el ámbito social y sanitario. Siendo consecuentes con el modelo planteado, se estudia la situación actual y la tendencia futura de determinadas variables que a priori pueden influir en dicha demanda: la morbilidad, la discapacidad y la carga social, conformada a su vez por variables más amplias como la estructura etaria, la natalidad o el flujo migratorio.

A su vez, se incluyen datos sobre utilización de servicios y dotación de dispositivos, comparativos con otras Comunidades. Se utilizan para ello, los datos oficialmente publicados por el INE, y desde ellos se realizan las comparativas. En la actualidad, ciertos datos relativos en especial a la oferta de recursos en Extremadura se han modificado desde la asunción de las transferencias. No obstante, se utilizan los últimos datos disponibles del INE.

El resultado es una visión de conjunto de la estructura sociodemográfica en los aspectos que más pueden influir en la demanda presente y futura de atención social y sanitaria.

1.1 DEMANDA DE ATENCIÓN SANITARIA.

Para iniciar una visión resumen de la demanda atendida desde el punto de vista sanitario se parte del análisis de la misma y su comparación con otras Comunidades Autónomas.

Atención hospitalaria: Consultas externas por 1.000 habitantes según tipo de asistencia

	Periodo	Total Nacional	Extremadura	Badajoz	Cáceres	Rango Interprovincial		Posición (en Percentil) que ocupa en el Rango		
						Mínimo	Máximo	Extremadura	Badajoz	Cáceres
Total	1995	858,5	543,1	556,9	521,1	461,69	1.484,0	5,30%	6,10%	4,00%
	2000	1.148,8	888,3	862,1	930,6	748,98	1.668,7	17,00%	14,20%	20,40%
Medicina	1995	336,3	220,0	210,9	234,4	166,72	657,8	14,00%	10,20%	18,30%
	2000	456,2	409,5	390,5	439,4	225,07	936,7	41,80%	32,60%	53,00%
Cirugía	1995	426,7	217,1	223,1	207,5	200,22	810,9	5,00%	6,10%	2,00%
	2000	365,9	247,0	228,8	275,9	224,65	686,3	8,40%	2,00%	14,20%
Obstetricia	1995	112,3	158,5	193,8	99,9	10,78	352,3	65,30%	79,50%	44,80%
	2000	135,0	171,7	172,5	170,3	30,92	372,8	66,50%	67,30%	65,30%
Ginecología	1995	125,0	94,6	102,1	82,9	31,29	466,8	21,50%	34,60%	10,20%
	2000	162,0	137,8	151,4	116,1	90,14	560,8	26,50%	36,70%	16,30%
Pediatria	1995	360,4	231,5	245,3	207,0	115,73	758,5	42,10%	44,80%	38,70%
	2000	455,6	262,1	247,2	289,3	26,10	824,4	31,70%	26,50%	38,70%
Psiquiatría	1995	22,3	11,8	3,2	25,5	0,00	84,2	32,20%	16,30%	69,30%
	2000	36,5	21,4	8,1	42,8	0,91	128,4	32,90%	10,20%	71,40%

Notas:

La población está calculada a 1 de julio y revisada en agosto de 2001

Cirugía incluye traumatología. Pediatría comprende medicina, cirugía y neonatología. Cuidados intensivos incluye la unidad de coronarios.

Población de referencia: en el total, psiquiatría y cuidados intensivos, población total; en medicina y cirugía, población de 15 y más años; en obstetricia, mujeres de 15 a 49 años; en ginecología, mujeres de 15 y más años; en pediatría, población de 0 a 14 años.

Algunos hospitales del Sistema Nacional de Salud han incluido la actividad en Consultas de sus centros de especialidades.

Fuentes:

INE, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

Atención hospitalaria: Estancias causadas por 100 habitantes según tipo de asistencia

	Periodo	Total Nacional	Extremadura	Badajoz	Cáceres	Rango Interprovincial		Posición (en Percentil) que ocupa en el Rango		
						Mínimo	Máximo	Extremadura	Badajoz	Cáceres
Total	1995	113,4	111,7	113,4	109,0	60,02	319,2	55,30%	59,10%	51,00%
	2000	107,1	99,4	100,9	96,9	60,26	320,6	52,00%	53,00%	44,80%
Medicina	1995	39,4	34,6	37,2	30,6	26,51	59,9	30,10%	38,70%	16,30%
	2000	39,9	33,4	37,2	27,5	24,35	67,7	21,50%	40,80%	2,00%
Cirugía	1995	39,2	38,5	41,1	34,4	22,19	58,9	60,50%	69,30%	44,80%
	2000	22,6	23,0	25,4	19,2	14,45	34,6	67,90%	83,60%	40,80%
Obstetricia	1995	19,8	26,6	30,8	19,6	10,82	31,0	94,10%	100,00%	53,00%
	2000	18,4	19,1	20,2	17,2	9,96	38,1	65,80%	77,50%	46,90%
Ginecología	1995	7,7	8,6	9,4	7,4	4,22	14,1	67,50%	83,60%	42,80%
	2000	6,0	6,4	7,0	5,4	2,17	9,2	56,90%	73,40%	32,60%
Pediatria	1995	31,7	32,3	30,4	35,6	12,29	50,8	68,70%	65,30%	81,60%
	2000	32,9	29,6	29,6	29,5	11,66	47,9	56,40%	57,10%	55,10%
Psiquiatría	1995	19,3	31,9	26,9	39,9	1,69	234,6	78,70%	71,40%	85,70%
	2000	16,9	29,6	24,5	37,8	1,73	242,6	83,30%	73,40%	87,70%
Cuidados intensivos	1995	2,3	1,7	2,2	1,1	0,83	3,7	51,40%	65,30%	4,00%
	2000	2,6	1,6	2,0	1,0	0,93	4,1	25,10%	44,80%	2,00%

Notas:

La población está calculada a 1 de julio y revisada en agosto de 2001

Cirugía incluye traumatología. Pediatría comprende medicina, cirugía y neonatología. Cuidados intensivos incluye la unidad de coronarios.

Población de referencia: en el total, psiquiatría y cuidados intensivos, población total; en medicina y cirugía, población de 15 y más años; en obstetricia, mujeres de 15 a 49 años; en ginecología, mujeres de 15 y más años; en pediatría, población de 0 a 14 años.

Fuentes:

INE, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

1.2 ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Una visión comparativa entre Comunidades de la morbilidad por enfermedades crónicas, aunque sea autodeclarada, se recoge en el módulo de salud de la sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999.

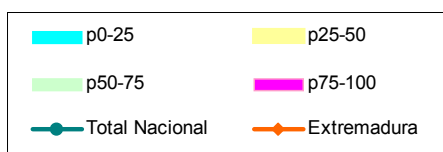
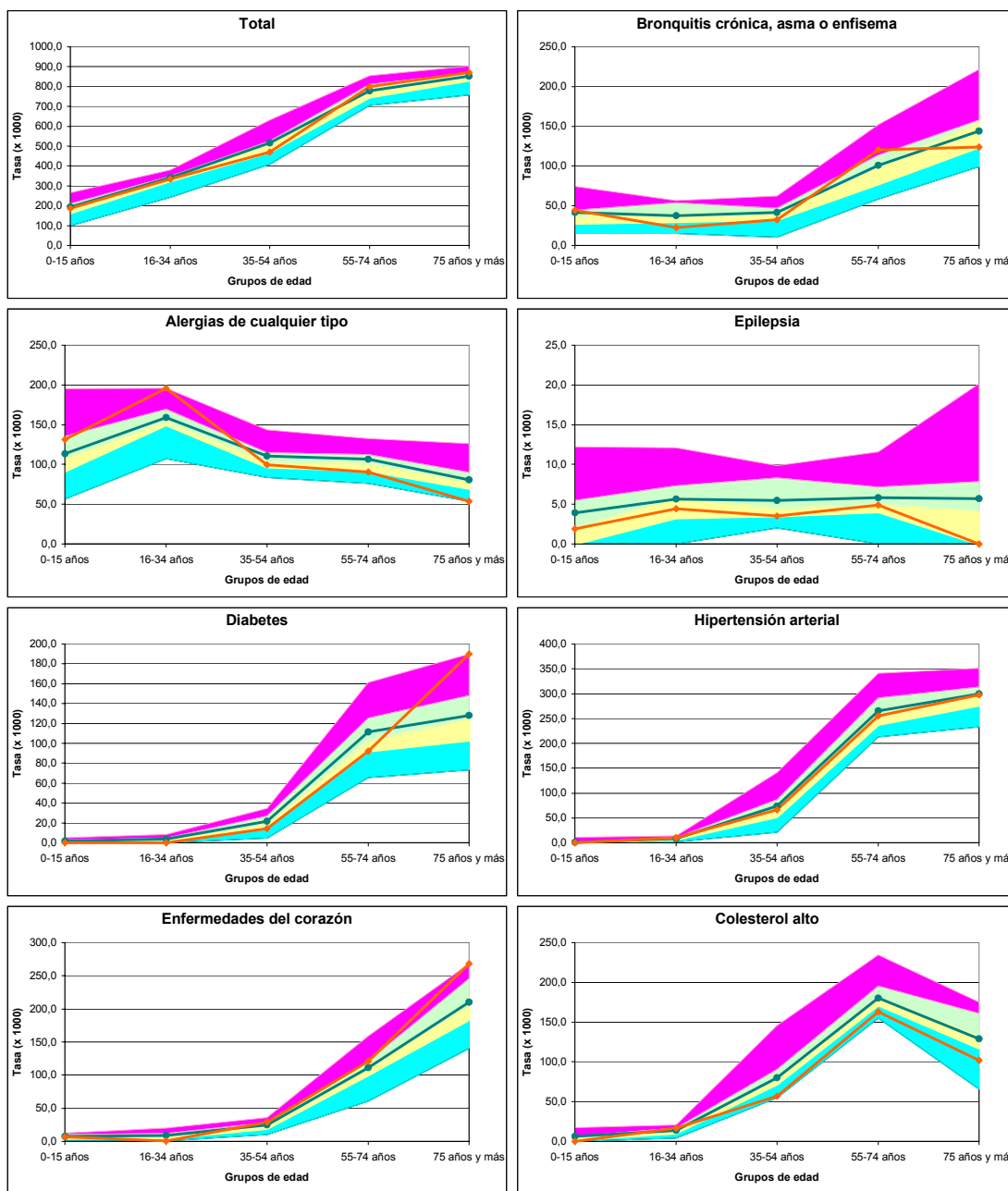
Se presentan a continuación una explotación del desglose por grupos de edad que el INE publica en su Web de esta serie. Los resultados de esta explotación sugieren que:

- ✓ Extremadura, aunque no difiere significativamente de los valores promedios nacionales en las tasas globales, presenta una mayor morbilidad en determinadas enfermedades crónicas, que además de ser las más frecuentes entre las recogidas en la encuesta, son claramente discapacitantes y por tanto se asocia una mayor dependencia, como son: Diabetes, enfermedades del corazón, artrosis y problemas reumáticos.
- ✓ Además, esta mayor morbilidad, se concentra claramente en los muy mayores.

Personas que padecen determinadas enfermedades crónicas en Extremadura.

Comparación con el Total nacional y rango de Comunidades Autónomas por edad.

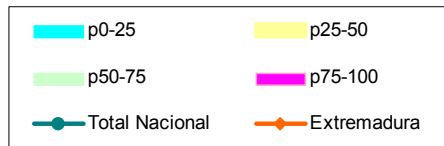
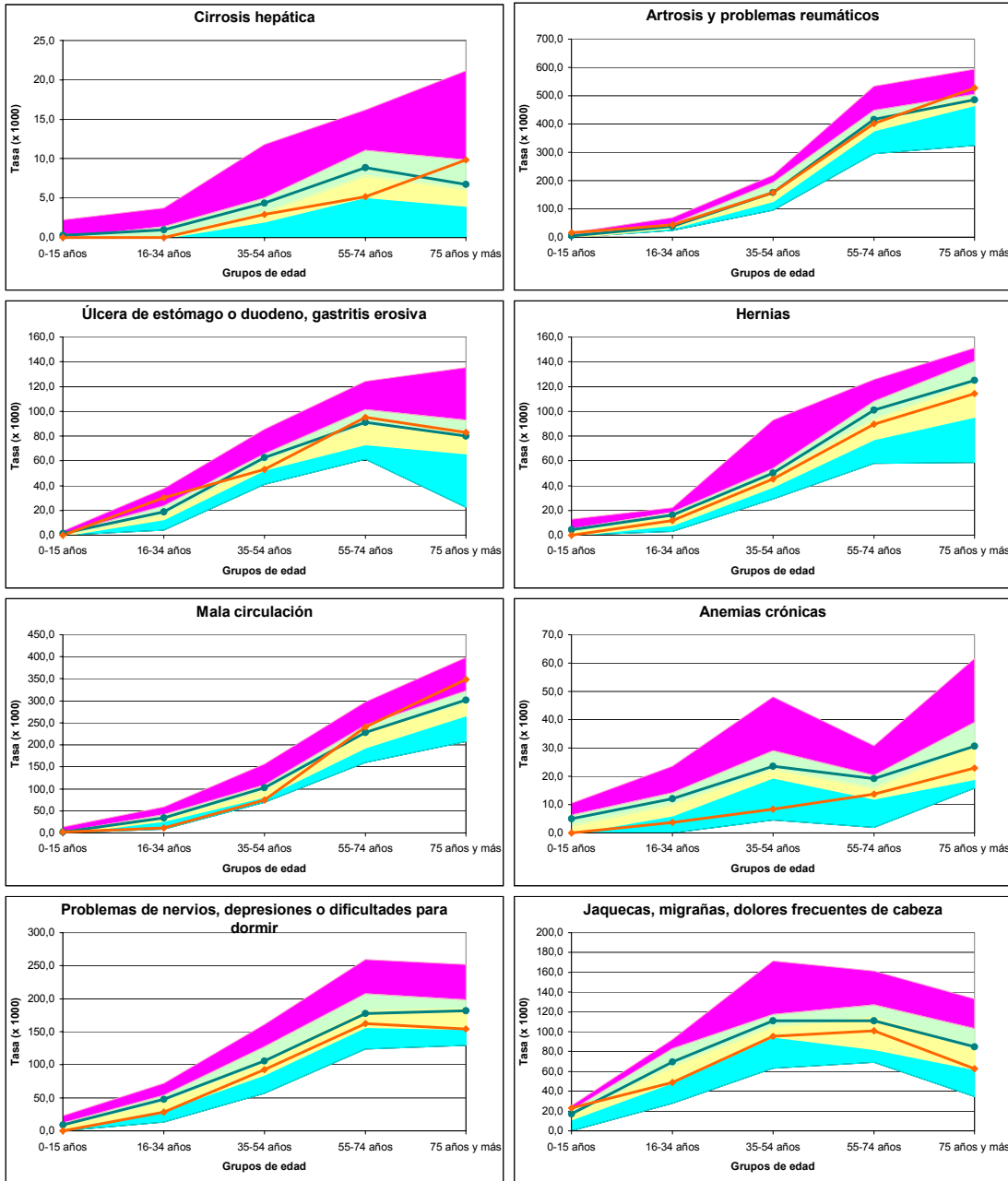
Documento Preliminar



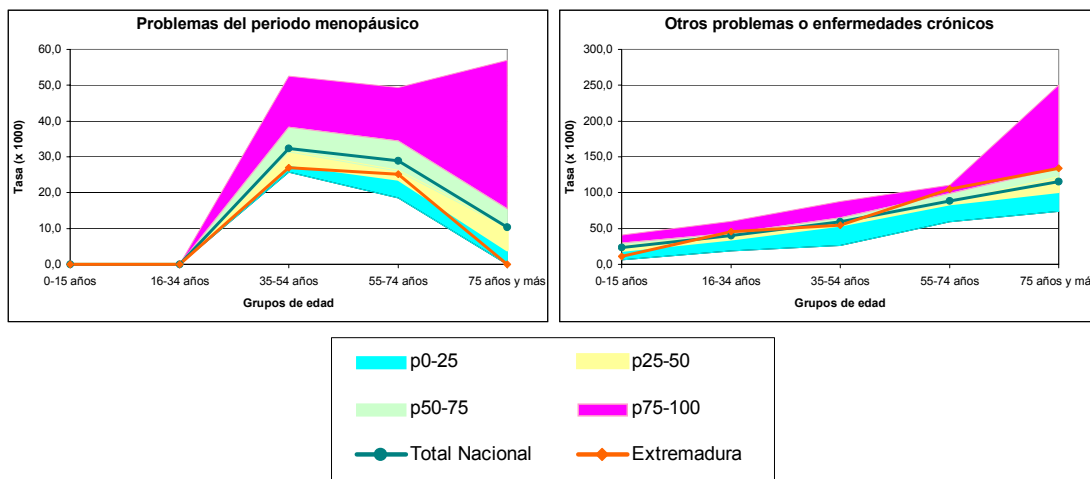
Personas que padecen determinadas enfermedades crónicas en Extremadura.

Comparación con el Total nacional y rango de Comunidades Autónomas por edad.
(Continuación)

Documento Preliminar



Personas que padecen determinadas enfermedades crónicas en Extremadura.
 Comparación con el Total nacional y rango de Comunidades Autónomas por edad.
 (Continuación)



Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de enfermedades crónicas
 Fuente de datos: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. INE
 Elaboración propia

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

Estado de salud: Tasas de mortalidad por 1.000 habitantes

	Período	Total Nacional	Extremadura	Badajoz	Cáceres	Rango Interprovincial		Posición (en Percentil) que ocupa en el Rango		
						Mínimo	Máximo	Extremadura	Badajoz	Cáceres
Ambos sexos	1995	8,8	9,7	9,6	9,9	6,43	13,5	61,20%	57,10%	67,30%
	2002	8,9	9,6	9,8	9,2	6,40	13,2	59,40%	63,20%	40,80%
Varones	1995	9,6	10,3	10,2	10,5	7,39	14,6	58,10%	53,00%	67,30%
	2002	9,5	10,3	10,6	9,8	7,29	14,4	59,90%	67,30%	44,80%
Mujeres	1995	8,1	9,2	9,0	9,4	5,48	12,4	63,10%	55,10%	69,30%
	2002	8,3	8,9	9,1	8,6	5,50	12,1	54,40%	61,20%	44,80%

Notas:

La población está calculada a 1 de julio y revisada en agosto de 2001

Se considera la provincia de residencia

El total incluye el extranjero

Fuentes:

INE, Movimiento Natural de la Población

Mortalidad evitable: Muertes por enfermedades sensibles a prevención primaria por 10.000 defunciones

	Período	Total Nacional	Extremadura	Badajoz	Cáceres	Rango Interprovincial		Posición (en Percentil) que ocupa en el Rango		
						Mínimo	Máximo	Extremadura	Badajoz	Cáceres
Varones	1992-1996	755,5	680,1	688,4	666,4	442,77	950,9	34,70%	38,70%	26,50%
	1997-2001	691,3	639,8	681,8	575,4	421,58	857,7	36,50%	51,00%	24,40%
Mujeres	1992-1996	201,3	123,0	129,4	112,8	99,32	269,4	5,40%	10,20%	2,00%
	1997-2001	183,8	110,8	111,1	109,7	85,56	266,2	6,90%	8,10%	4,00%

Notas:

Se considera la provincia de residencia

Como indicadores de calidad de la prevención primaria se han seleccionado las muertes por cáncer de pulmón, cirrosis de hígado y accidentes de vehículos a motor.

Fuentes:

INE, Defunciones según la Causa de Muerte

INE, Movimiento Natural de la Población

Mortalidad evitable: Muertes por enfermedades sensibles a cuidados médicos por 10.000 defunciones

	Periodo	Total Nacional	Extremadura	Badajoz	Cáceres	Rango Interprovincial		Posición (en Percentil) que ocupa en el Rango		
						Mínimo	Máximo	Extremadura	Badajoz	Cáceres
Varones	1992-1996	134,0	152,0	170,9	122,1	53,84	344,0	81,80%	93,80%	48,90%
	1997-2001	100,9	97,7	100,2	93,6	42,19	189,9	54,70%	67,30%	51,00%
Mujeres	1992-1996	106,5	100,5	97,2	106,0	46,51	232,6	49,10%	46,90%	63,20%
	1997-2001	85,4	75,1	75,8	73,9	38,67	290,6	44,10%	44,80%	42,80%

Notas:

Se considera la provincia de residencia

Como indicadores de calidad asistencial las principales causas de mINE, Movimiento Natural de la Población

Fuentes:

INE, Defunciones según la Causa de Muerte

Morbilidad hospitalaria (enfermos dados de alta por 1.000 habitantes)

	Periodo	Total Nacional	Extremadura	Badajoz	Cáceres	Rango Interprovincial		Posición (en Percentil) que ocupa en el Rango		
						Mínimo	Máximo	Extremadura	Badajoz	Cáceres
Ambos sexos	1995	106,6	98,1	98,4	97,6	76,45	144,7	23,70%	24,40%	22,40%
	2001	108,8	102,4	102,6	102,1	85,50	148,4	27,70%	28,50%	26,50%
Varones	1995	103,9	95,2	94,3	96,6	78,38	143,2	32,80%	28,50%	34,60%
	2001	104,2	96,5	96,0	97,4	75,02	149,5	24,80%	22,40%	28,50%
Mujeres	1995	109,3	101,0	102,5	98,6	65,71	146,2	28,90%	36,70%	16,30%
	2001	113,3	108,2	109,1	106,7	93,75	154,8	39,30%	40,80%	30,60%

Notas:

La población está calculada a 1 de julio y revisada en agosto de 2001

Se considera la provincia de residencia

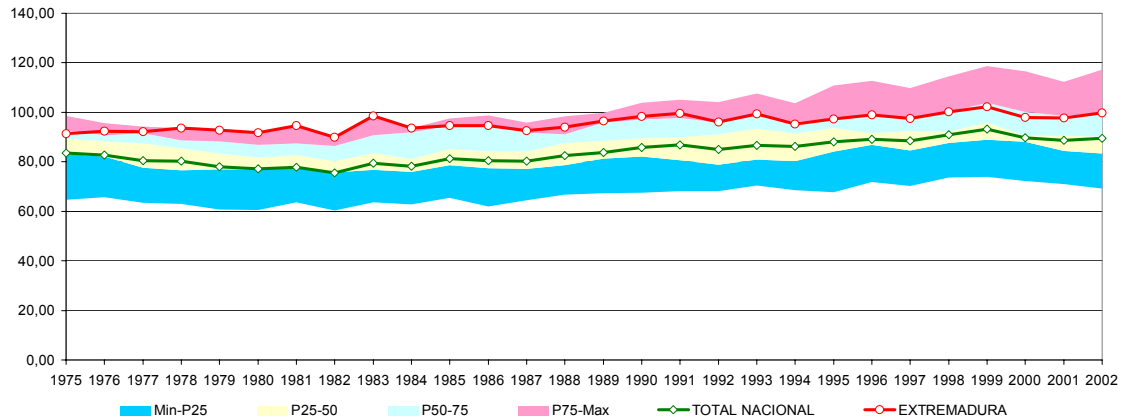
El total incluye el extranjero

Fuentes:

INE, Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

La tasa bruta de mortalidad ha aumentado muy poco desde 1975, a pesar del envejecimiento poblacional experimentado. Dada la asociación de la mortalidad con la necesidad de cuidados sanitarios, los factores puramente demográficos podrían no ser los más determinantes en el incremento de demanda sanitaria que estamos soportando.

**Tasa bruta de Mortalidad
EXTREMADURA, Ambos Sexos**



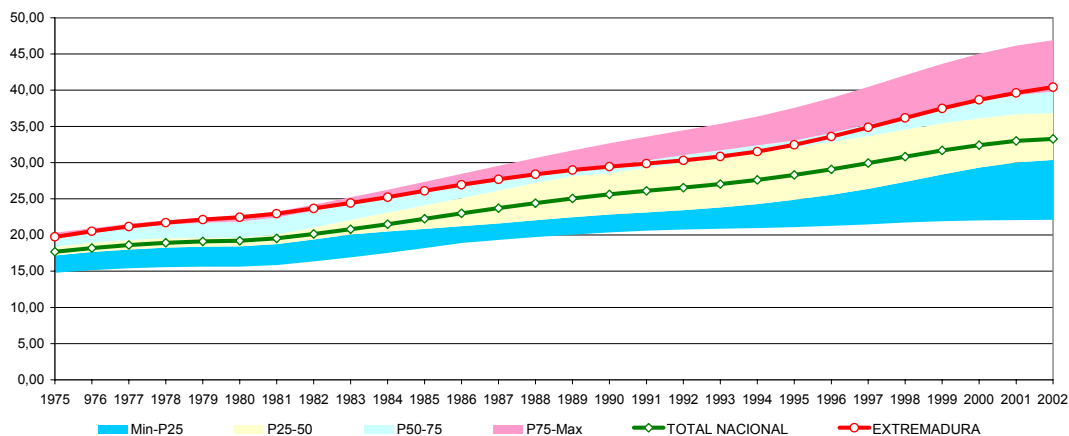
Tasa bruta de Mortalidad = Def Total años / Pob Total años * 10.000

1.3 RED SOCIAL

1.3.1 CARGA DE CUIDADORES.

Otros aspectos repercuten más directamente en la demanda, como es el mayor descenso de cuidadores experimentado por Extremadura (actualmente la mella de la migración abarca a los de 55 a 65 años, donde se concentra el mayor número de cuidadores). Fenómeno que capta bien el índice denominamos Carga de cuidadores, que empezó a crecer desde mediados de los 90 y que da idea del mayor esfuerzo que está debiendo soportar el cuidado informal (prácticamente se ha duplicado en 20 años) por condicionantes demográficos.

**Carga de Cuidadores
EXTREMADURA, Ambos Sexos**



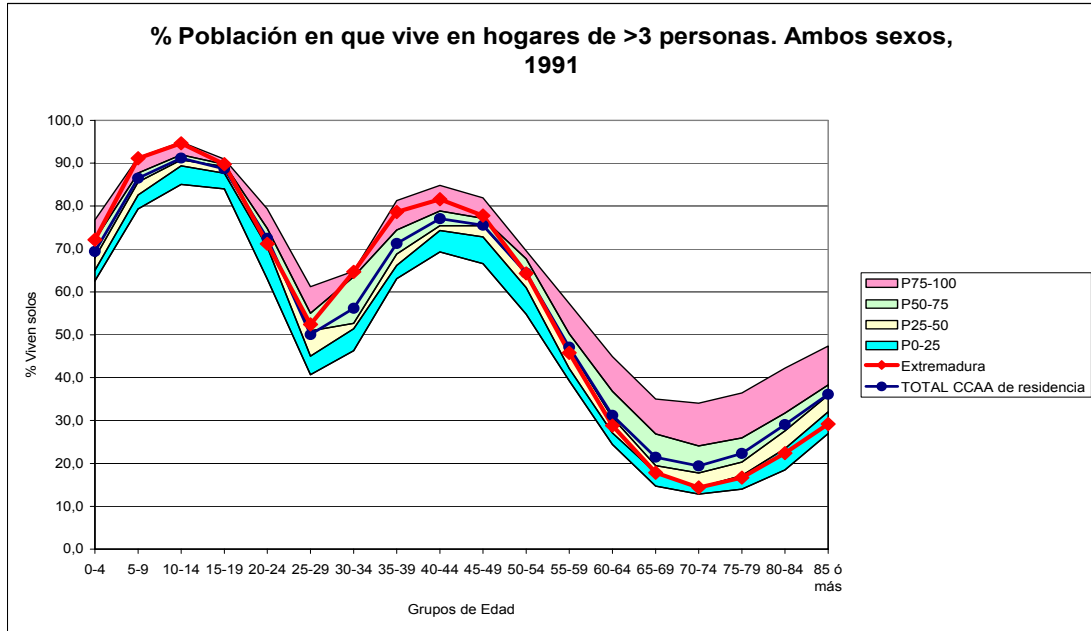
Carga de Cuidadores = Pob 75 y más / Pob 45-64 * 100

1.3.2 LOS CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR: LA SOLEDAD

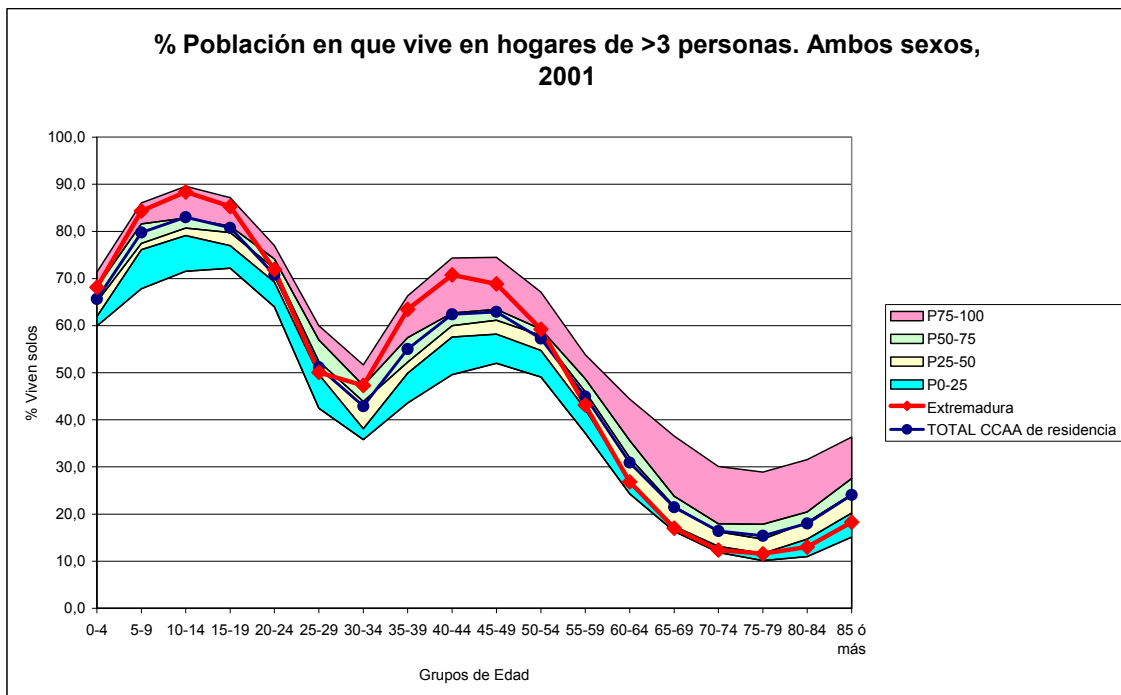
La reducción del tamaño de los hogares junto con la incorporación de la mujer al mercado del trabajo son los factores que se esgrimen como principales condicionantes de la reducción sentida en el apoyo familiar.

Efectivamente, en Extremadura, como en el resto de España el tamaño familiar se ha reducido ostensiblemente en el último decenio. Así, por ejemplo la población que vive en hogares de más de 3 personas (usamos este número como aproximación al tamaño medio de los hogares españoles, que se encuentra entre 3 y 4) pasa de 63% en 1991 al 53% en el 2001 en el total de España (Una reducción discretamente inferior ha sucedido en Extremadura que pasa del 63 al 55% en el mismo periodo).

Aunque el tamaño de hogar extremeño promedio, no difiera ostensiblemente del total nacional, incluso sea algo mayor, su composición interna presenta diferencias remarcables.

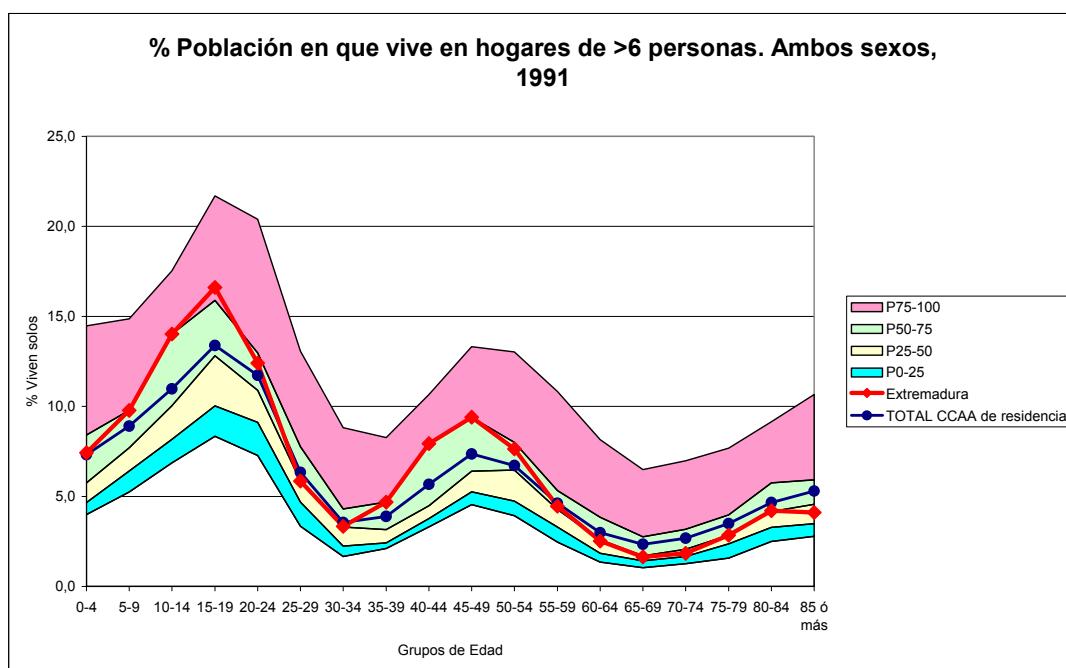


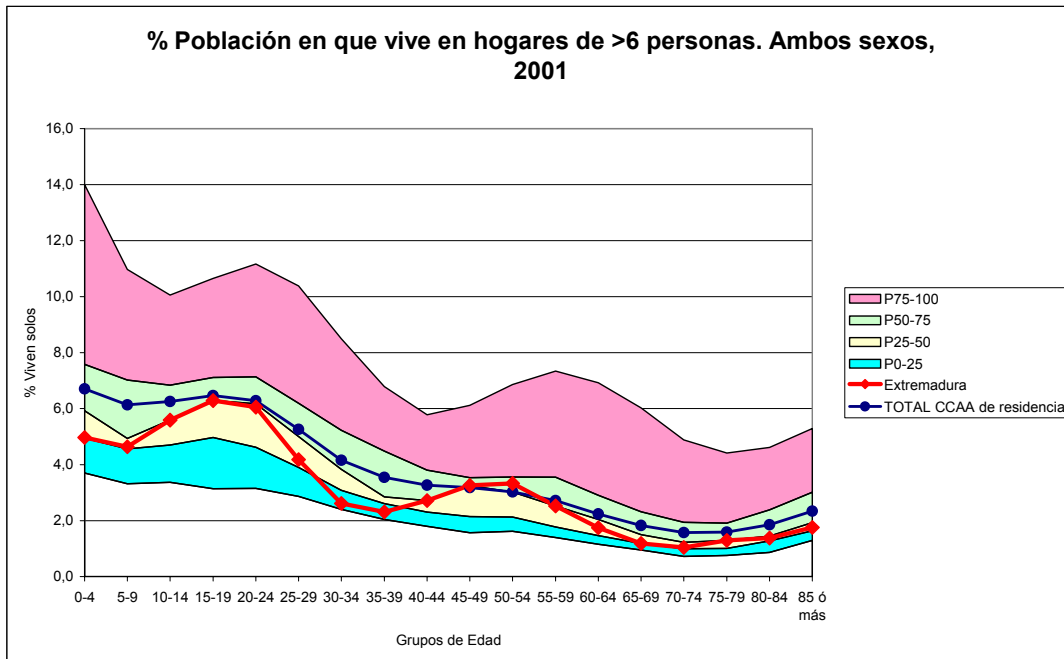
Comparando la gráfica del 2001 con la del 1991, a parte de la reducción del tamaño de los hogares comentada, se aprecia claramente que la fase de emancipación de los jóvenes y la de integración en el hogar de los hijos de los mayores, se han retrasado unos 5 años y ahora tienen su culmen ente 30-34 y en los 75-79 respectivamente.



La proporción de población joven y hasta 50-54 años que viven en hogares de más de tres personas en Extremadura es claramente mayor que la media nacional. Pero a su vez, la clara menor proporción de viejos y muy viejos que viven en familias de más de tres personas, no concuerda con el criterio anterior. La principal explicación de este comportamiento, hay que ir a buscar, como en muchos de los otros fenómenos sociodemográficos, en la emigración, que hizo que una considerable parte de las familias perdieran parte de sus efectivos.

En las economías ligadas a la tierra, como la extremeña, es en las familias más numerosas donde más repercute el fenómeno de la emigración. Eso explica que Extremadura pase de tener un 7,6% de población en hogares de más de 6 personas en 1991 (frente al 6,9% del total nacional), a tener solo un 3,4% en el 2001 (frente a un 4,1% del total nacional). Prácticamente se reduce a la mitad la población en familias numerosas. Es un ejemplo claro de que la desestructuración familiar ha sido más intensa en las Comunidades de emigración crónica.



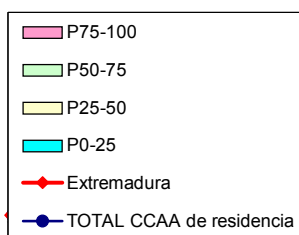
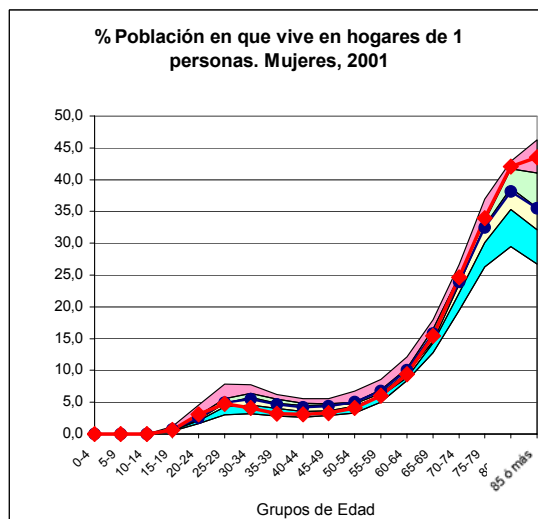
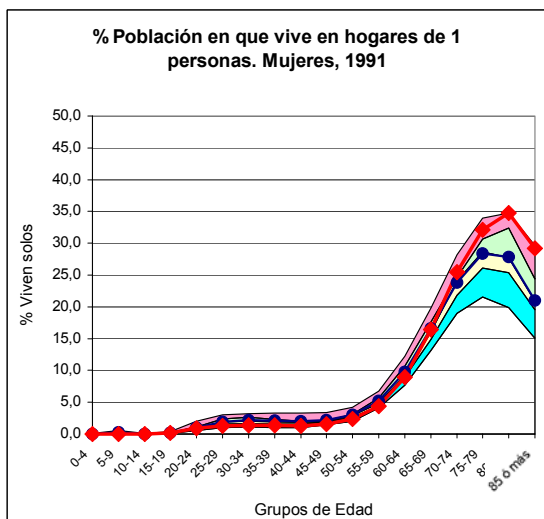
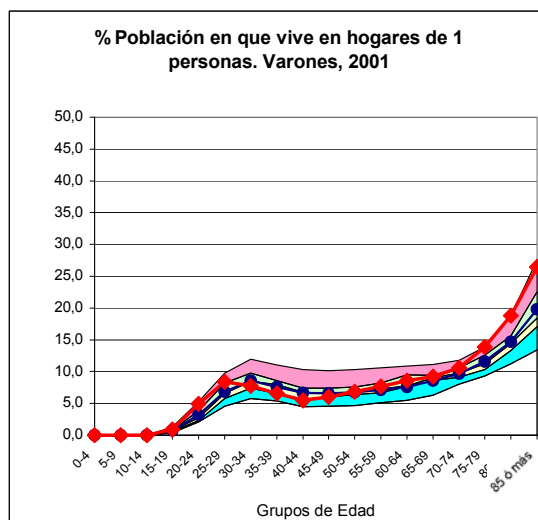
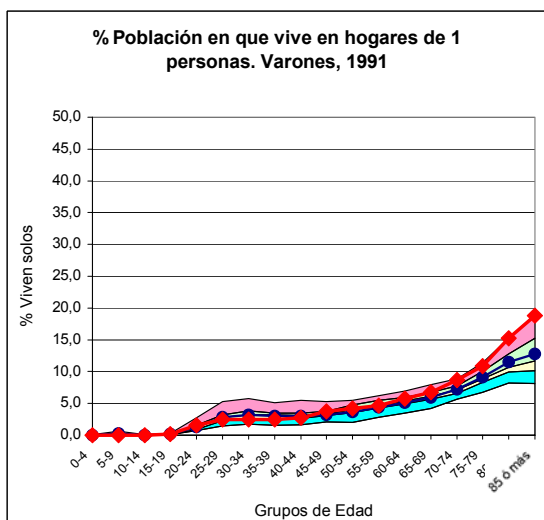


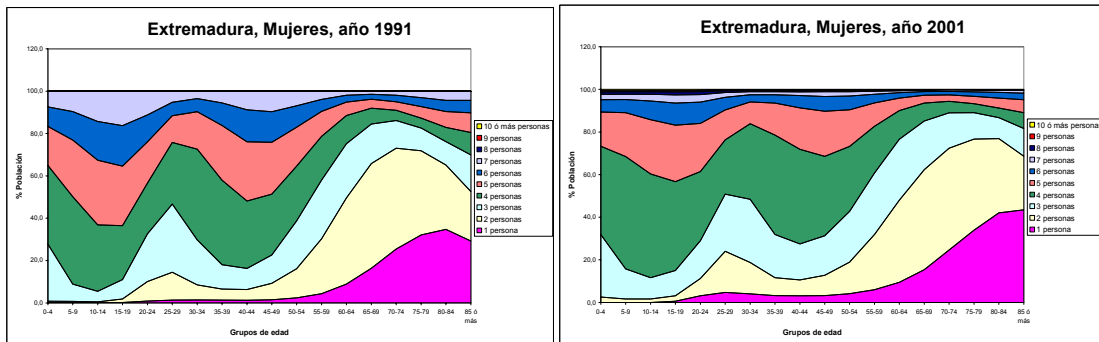
Las gráficas anteriores muestran claramente además del cambio de posición relativa de Extremadura en el conjunto de comunidades, un aplanamiento y retraso de las ondulaciones que motiva el ciclo de vida familiar debidos a la reducción del número de hijos por familia y al retraso del calendario genésico.

Lo que ha crecido más ha sido el porcentaje que viven en hogares unipersonales, a todas las edades pero de forma más intensa y progresiva en los más mayores, y más en las mujeres.

Solo las mujeres de los últimos tramos de edad muestran una discreta reducción en los porcentajes que viven solas. Pero mientras que en 1991 la inflexión ocurría a partir de los 85 años, en el 2001 esa inflexión se retrasa hasta los 90 años, como también se retrasa el grupo de edad en que empieza a aumentar la proporción que vive en hogares unipersonales.

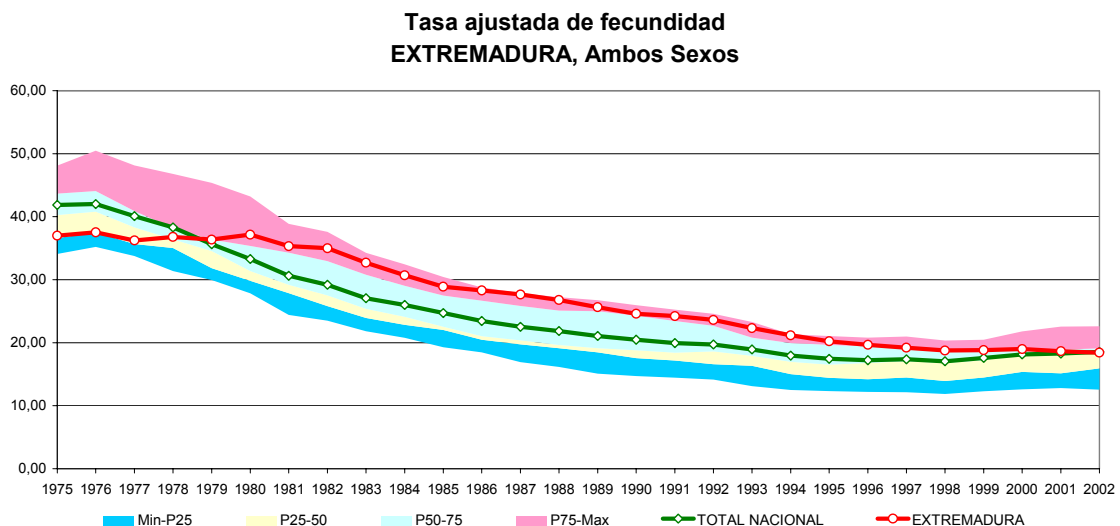
Extremadura es claramente la comunidad con más mayores que viven solos





1.3.3 NATALIDAD.

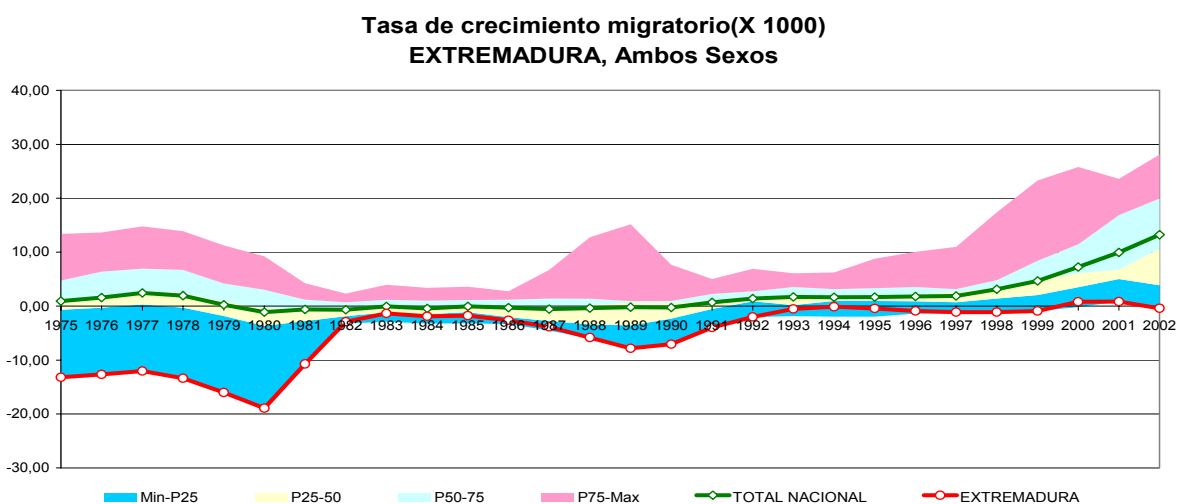
Si se mantiene el desfase que hubo en el descenso de la fecundidad, que en Extremadura se retrasó de 5 a 7 años, dado que el inicio de la recuperación de la misma ha empezado a notarse a nivel nacional en el 1999, la fecundidad en Extremadura seguirá reduciéndose, aunque a menor ritmo durante varios años más.



Tasa ajustada de fecundidad = Metodo directo; Pob de referencia Nacional 1991

1.3.4 FLUJO MIGRATORIO.

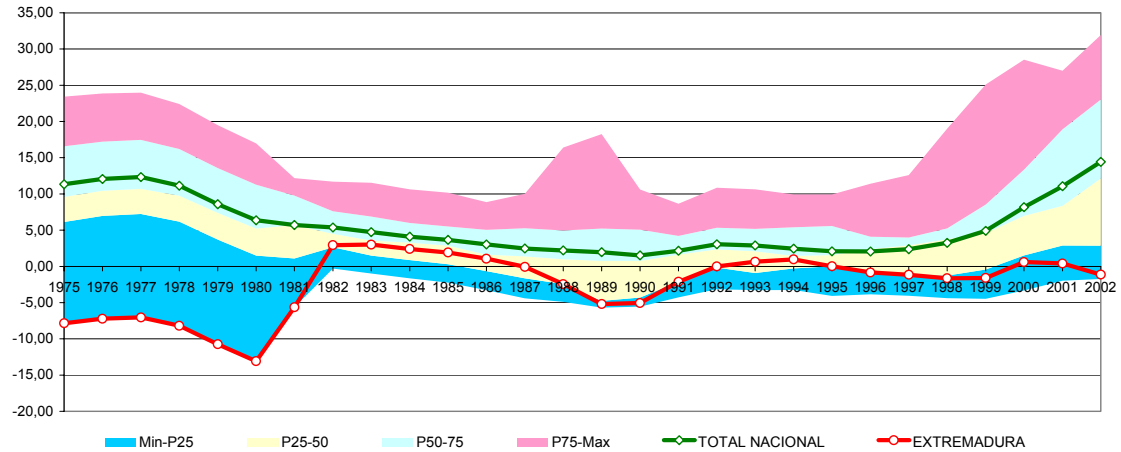
En Extremadura, desde que terminó la época de emigración masiva, salvo un repunte de emigración a otras CC.AA. a finales de los 80 y principios de los 90 (coincidiendo con la crisis económica de ese periodo), ha mantenido un saldo migratorio casi nulo: la mayor parte del tiempo, negativo. La inmigración exterior que están experimentando otras Comunidades desde mediados de los 90, no parece afectar, de momento, significativamente a Extremadura.



Tasa de crecimiento migratorio(X 1000) = Tasa de crecimiento total - Tasa de crecimiento natural

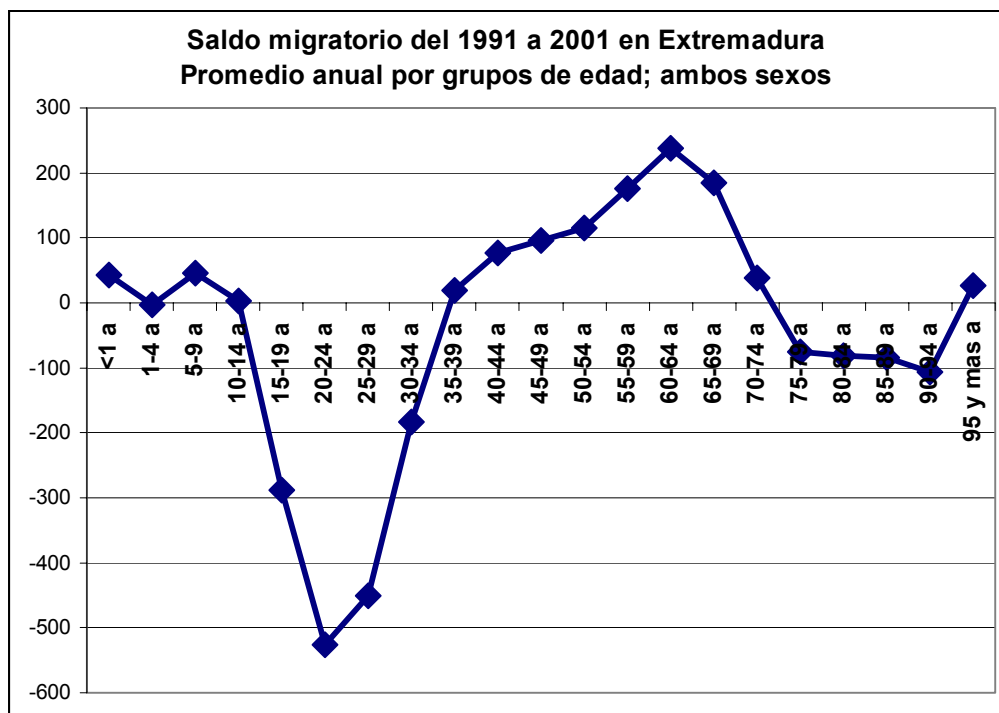
Dado que el crecimiento natural (saldo vegetativo), se ha hecho negativo en Extremadura desde 1997, nuestro crecimiento poblacional depende de cómo se comporte el saldo migratorio. Si este sigue siendo negativo o mínimamente positivo como hasta ahora, nuestro crecimiento será claramente negativo en los próximos años. De hecho ya lo ha sido durante casi todo el último lustro de los 90.

Tasa de crecimiento total (X 1000)
EXTREMADURA, Ambos Sexos



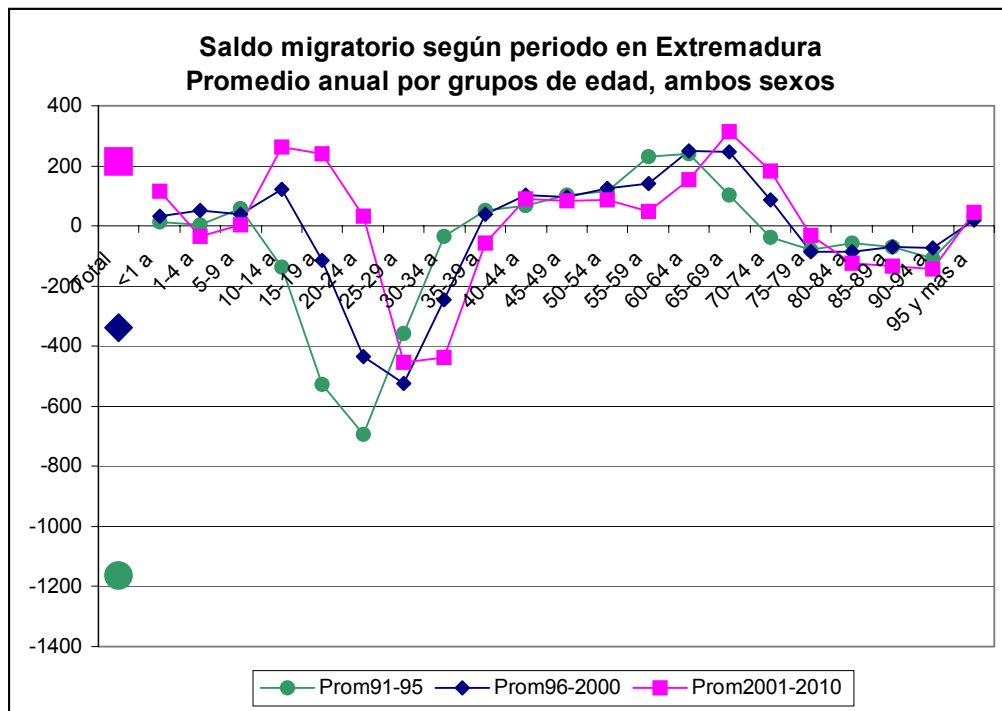
Tasa de crecimiento total (X 1000) = $(\text{Pob total del Año} - \text{Pob total Año anterior}) * 1000 / \text{Pob total Año anterior}$

El gráfico que sigue, muestra claramente que el saldo migratorio extremeño, aunque mínimo, es el resultado de una aún marcada emigración de jóvenes, contrarrestada solo en parte por un retorno de mayores, principalmente en torno a la edad de jubilación. El muy discreto saldo negativo de los mayores de 75 años, se interpreta como de mayores que abandonan su hogar para vivir en el de sus hijos emigrados a otras CCAA.



Si descomponemos el saldo según periodos, podemos ver como en el segundo lustro de los noventa, se aprecia claramente un retraso en la edad de migración de los jóvenes y el efecto de la inmigración de extranjeros que empieza a hacer positivo el saldo en los más jóvenes.

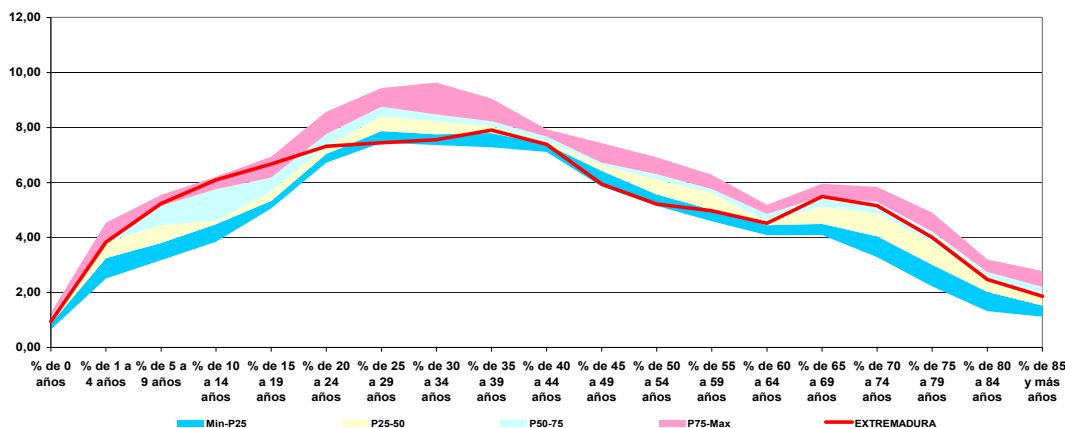
El comportamiento del saldo en la estimación utilizada para la proyección, aunque sigue magnificando esta tendencia del comportamiento de una forma bastante razonable, no deja de ser solo nuestra hipótesis de trabajo.



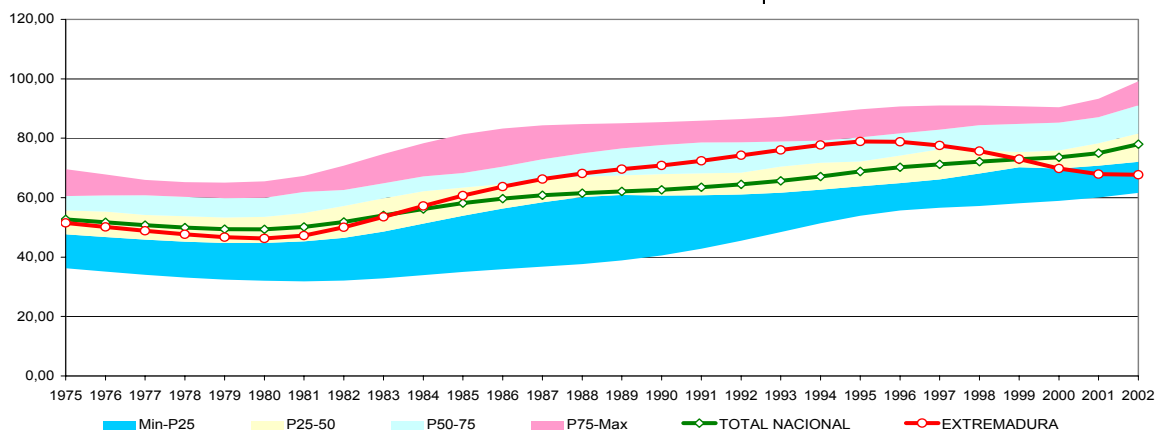
1.4 CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA ETARIA DE LA POBLACIÓN

Aunque los cambios poblacionales de Extremadura globalmente serán mínimos en el futuro próximo, aunque negativos, son los cambios en la estructura interna de la población los que sí pueden condicionar significativamente la demanda socio-sanitaria. De hecho, la estructura interna de la población aún está sometida a la gran perturbación que supuso la intensa migración de los años 60-70. La mella que provocó ahora se sitúa justo al inicio de la edad de jubilación y recorrerá este tramo de edad (de 65 a 75) durante los próximos 10 años, provocando importantes cambios coyunturales. Algunos afectan (ya se han iniciado) de una forma indirecta a la demanda socio-sanitaria, por afectar principalmente a la economía de la región y por ende a las expectativas de migración, como los que capta más claramente el índice de reemplazo de población activa.

Porcentaje de población en cada grupo de edad
EXTREMADURA, Ambos Sexos en el año 2002



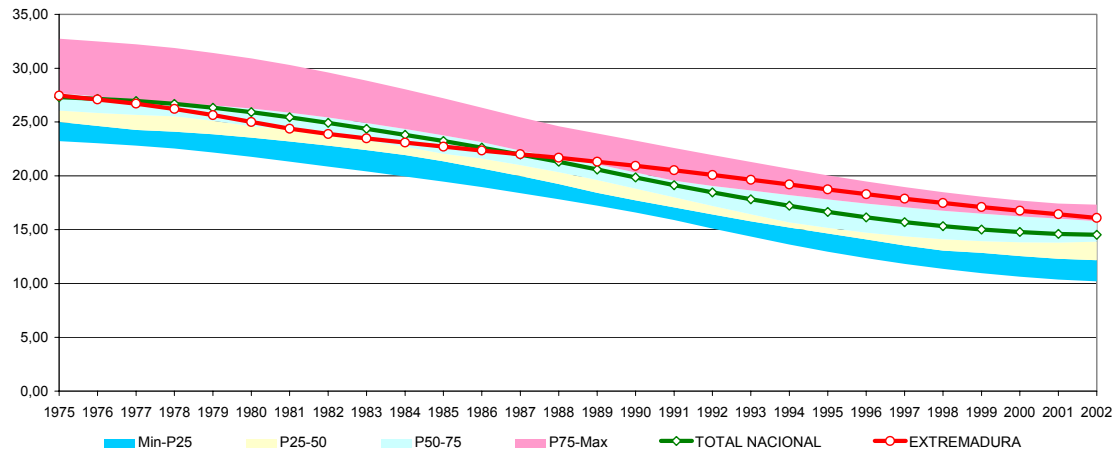
Índice de Reemplazo de Población Activa
EXTREMADURA, Ambos Sexos



Índice de Reemplazo de Población Activa = $\text{Pob } 60-64 / \text{Pob } 15-19 \cdot 100$

Un, solo en parte, indicador positivo será el porcentaje de mayores de 65 años, que aunque actualmente es de un 10% superior a la media nacional, conforme la mella de la migración pase la edad de la jubilación, se irá reduciendo aproximándose e incluso haciéndose inferior a los valores nacionales. Esta reducción del porcentaje de mayores de 65 años, durará todo el decenio, al final del cual nuestros valores volverán a situarse de nuevo próximos a los valores nacionales.

Porcentaje de población de 65 y más años
EXTREMADURA, Ambos Sexos

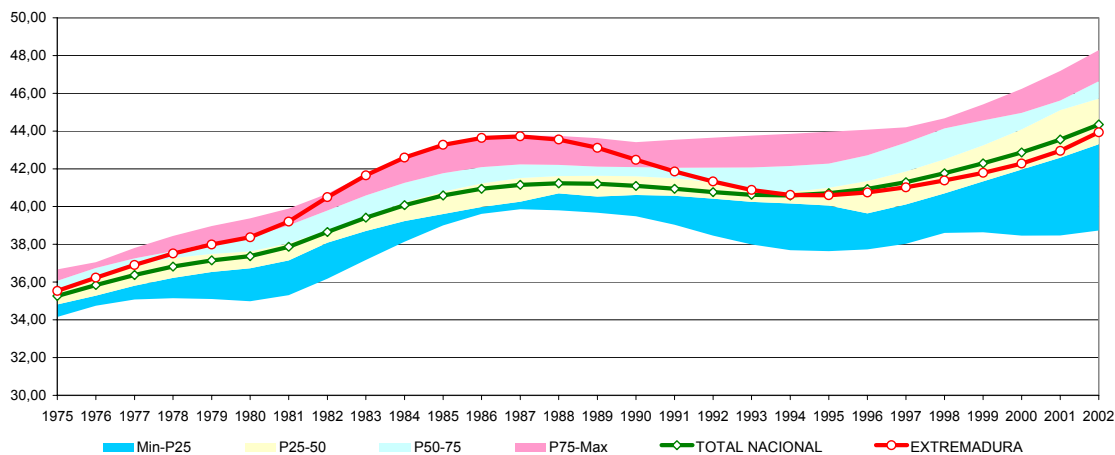


Porcentaje de población de 65 y más años = Población de más de 64 años del sexo dado *100/ Pob total del mismo sexos

Esta reducción será exclusivamente del grupo de 65 a 75 años, los menos dependientes. Los muy mayores seguirán creciendo progresivamente como hasta ahora, lo que obligará a un análisis diferencial de los mismos.

De hecho, el índice de intensidad de envejecimiento, que ahora está un punto por debajo de la media nacional, tendrá una subida espectacular en Extremadura, posiblemente alcanzando los máximos nacionales a finales del segundo lustro de este decenio y con una distancia de la media nacional mucho mayor que la que presentó a mediados de los 80.

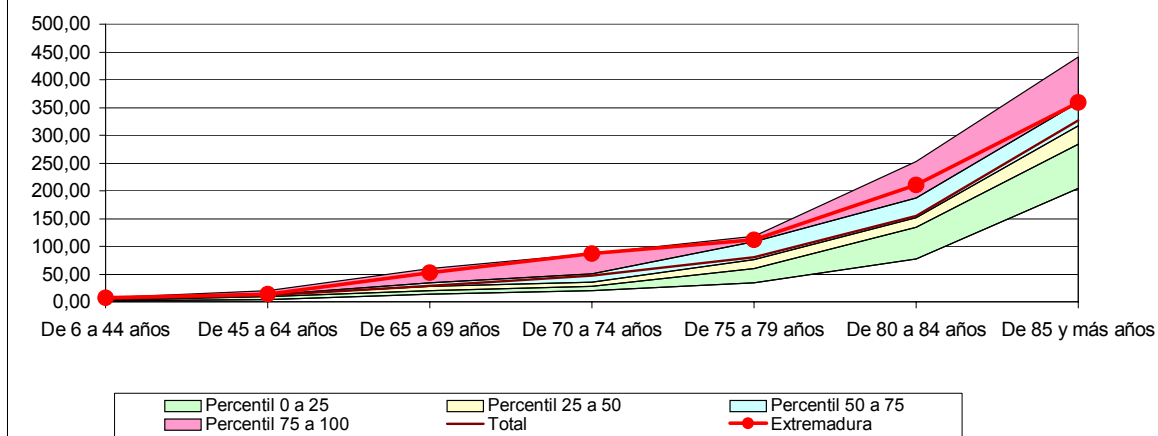
**Índice de Intensidad de envejecimiento
EXTREMADURA, Ambos Sexos**

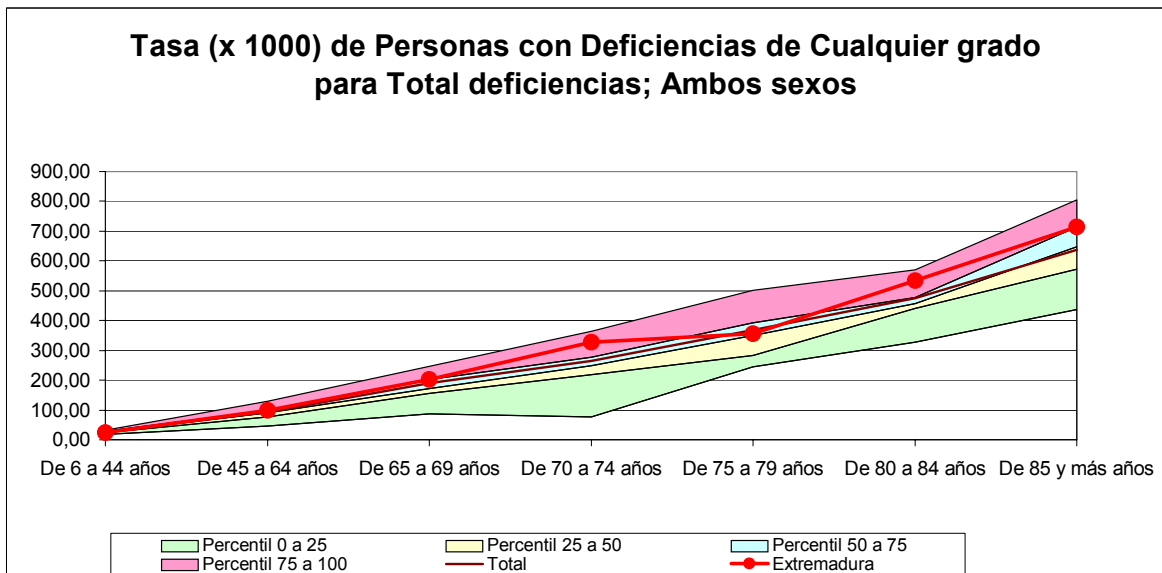
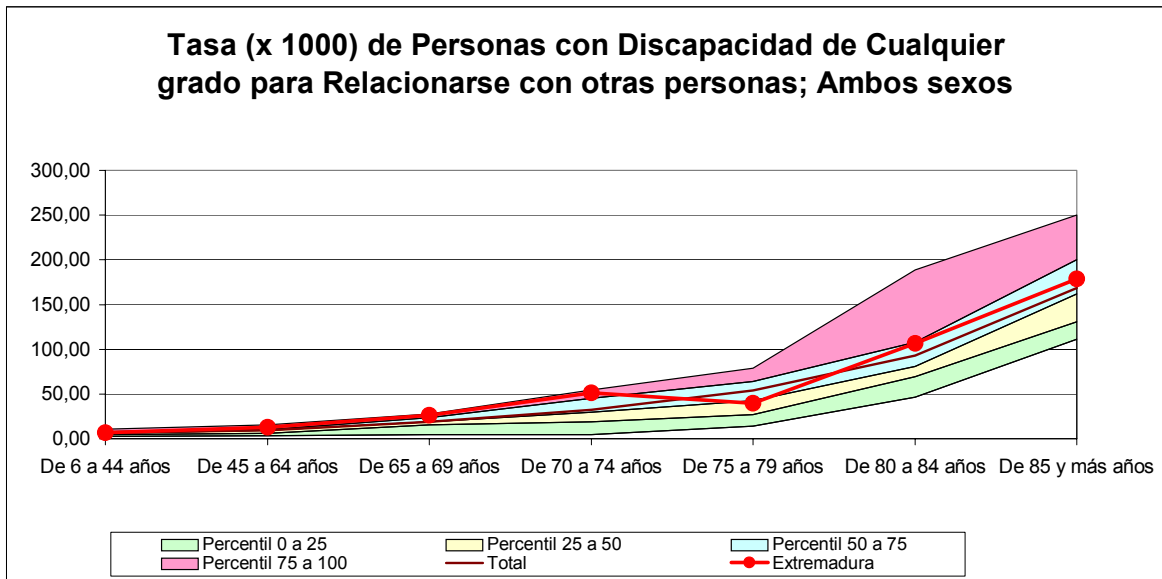


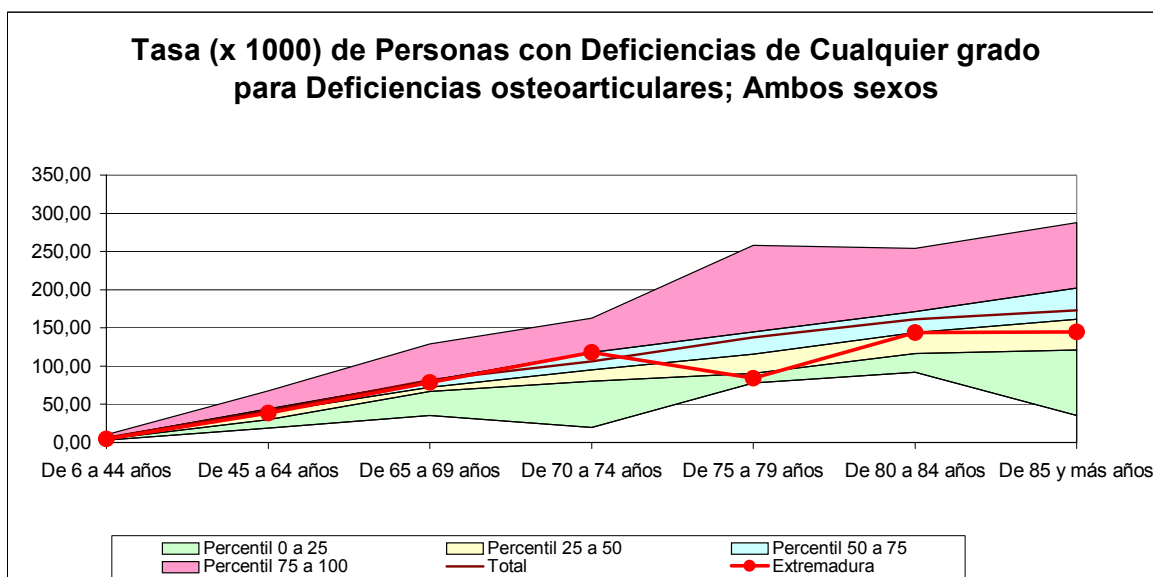
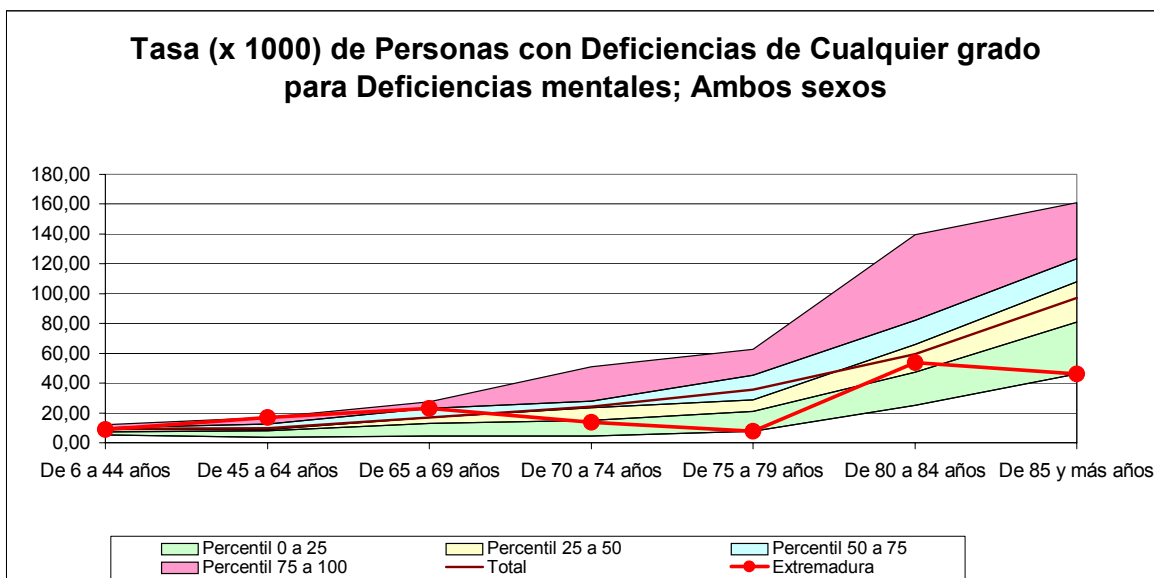
Índice de Intensidad de envejecimiento = Pob 75 y más / Pob 65 y más * 100

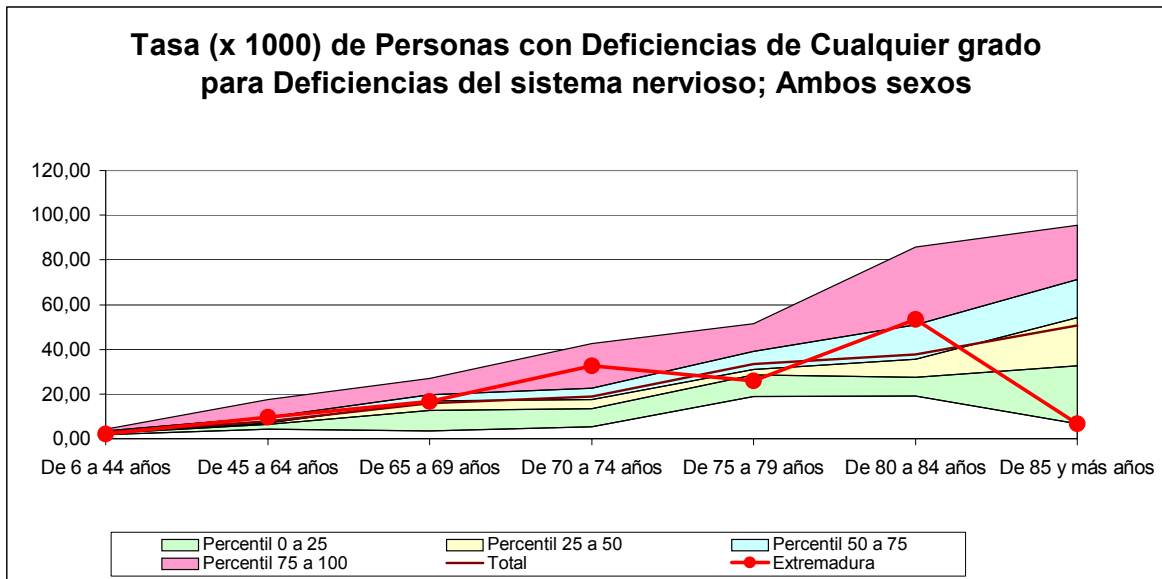
1.5 DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD.

Tasa (x 1000) de Personas con Discapacidad de Cualquier grado para Cuidar de sí mismo; Ambos sexos









Tasa (x1000 hab) de Personas con alguna discapacidad severa o total según grupo de discapacidad. Ambos sexos

	Total Nacional			Extremadura		
	6 a 64 años	65 y más años	Total de 6 y más	6 a 64 años	65 y más años	Total de 6 y más
Ver	6	77	32	8	118	29
Oír	5	63	26	4	83	19
Comunicarse	7	39	19	8	49	16
Aprender, aplicar conocim. y desarr. tareas	7	51	24	8	60	18
Desplazarse	9	100	42	10	137	34
Utilizar brazos y manos	10	83	37	10	98	27
Desplazarse fuera del hogar	19	171	75	22	221	59
Cuidar de sí mismo	6	79	33	8	117	29
Realizar las tareas del hogar	14	142	61	17	187	49
Relacionarse con otras personas	7	52	23	7	60	17
Total discapacidades	28	217	61	33	277	79
Actividades Básicas de la Vida Diaria	8	91	23	9	131	32
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	15	153	39	17	201	52
Actividades de la vida diaria (ABVD+AIVD)	17	160	42	19	203	53

1.5.1 PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EXTREMADURA

Los cambios que previsiblemente experimentará la estructura de población extremeña hasta el 2011 son especialmente manifiestos en aspectos como los relacionados con la atención socio-sanitaria, que se concentran en los mayores.

El simple ejercicio de aplicar las tasas de discapacidad estimada por la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 a la población proyectada para el 2011, muestra que por ejemplo las personas con alguna discapacidad para cuidarse de si mismo aumentarían un 20 % para el total de población, pero el incremento será de un 55% en el grupo de mayores de 79 años.

También es de resaltar que la discapacidad en los menores de 65 años se concentrara aún más en el grupo de 45 a 64 años en el 2011.

Proyección de la población con discapacidad en Extremadura al 2011.

	Discapacitados en 1999			Discapacitados 2011			Incremento absoluto			Porcentaje de Incremento		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Personas con alguna discapacidad												
Total de 6 a 64 años	35.102	16.183	18.919	38.772	17.810	20.961	3.670	1.627	2.042	10,5%	10,1%	10,8%
De 6 a 44 años	14.183	7.437	6.746	12.124	6.348	5.776	-2.059	-1.089	-970	-14,5%	-14,6%	-14,4%
De 45 a 64 años	20.920	8.746	12.173	26.647	11.462	15.186	5.728	2.716	3.013	27,4%	31,1%	24,7%
Total de 65 y más años	67.189	24.541	42.648	80.022	30.515	49.507	12.833	5.974	6.859	19,1%	24,3%	16,1%
De 65 a 69 años	11.787	4.926	6.862	9.948	4.269	5.679	-1.840	-657	-1.183	-15,6%	-13,3%	-17,2%
De 70 a 74 años	16.472	6.072	10.399	14.199	5.245	8.954	-2.272	-827	-1.445	-13,8%	-13,6%	-13,9%
De 75 a 79 años	13.510	5.360	8.150	16.717	6.767	9.951	3.207	1.407	1.801	23,7%	26,2%	22,1%
De 80 a 84 años	11.874	3.117	8.756	18.744	5.735	13.009	6.871	2.618	4.253	57,9%	84,0%	48,6%
De 85 y más años	13.546	5.066	8.480	20.414	8.499	11.915	6.868	3.433	3.435	50,7%	67,8%	40,5%
Total de 6 y más años	102.291	40.724	61.567	118.794	48.326	70.468	16.503	7.602	8.901	16,1%	18,7%	14,5%
Personas con alguna discapacidad para cuidar de si mismo												
Total de 6 a 64 años	7.167	3.834	3.333	7.356	3.951	3.404	189	117	71	2,6%	3,1%	2,1%
De 6 a 44 años	4.275	2.349	1.926	3.654	2.005	1.649	-621	-344	-277	-14,5%	-14,6%	-14,4%
De 45 a 64 años	2.892	1.485	1.407	3.701	1.946	1.755	809	461	348	28,0%	31,1%	24,7%
Total de 65 y más años	23.188	7.714	15.474	28.971	9.721	19.251	5.783	2.007	3.777	24,9%	26,0%	24,4%
De 65 a 69 años	3.081	1.288	1.792	2.599	1.116	1.483	-481	-172	-309	-15,6%	-13,3%	-17,2%
De 70 a 74 años	4.387	2.064	2.323	3.783	1.783	2.000	-604	-281	-323	-13,8%	-13,6%	-13,9%
De 75 a 79 años	4.232	1.548	2.684	5.231	1.954	3.277	999	406	593	23,6%	26,2%	22,1%
De 80 a 84 años	4.671	911	3.759	7.261	1.676	5.585	2.591	765	1.826	55,5%	84,0%	48,6%
De 85 y más años	6.817	1.902	4.915	10.097	3.191	6.906	3.280	1.289	1.991	48,1%	67,8%	40,5%
Total de 6 y más años	30.355	11.548	18.807	36.327	13.672	22.655	5.972	2.124	3.848	19,7%	18,4%	20,5%
Personas con alguna discapacidad severa para las actividades de la vida diaria												
Total de 65 y más años	38263	12198	26065	46.636	15.690	30.946	8.373	3.492	4.881	21,9%	28,6%	18,7%
De 65 a 79 años*	20832	7288	13544	19.825	7.001	12.824	-1.007	-287	-720	-4,8%	-3,9%	-5,3%
De 80 y más años*	17431	4910	12521	26.812	8.689	18.122	9.381	3.779	5.601	53,8%	77,0%	44,7%
Personas con alguna discapacidad severa o total para cuidar de si mismo												
Total de 65 y más años	21911	7385	14526	28.744	10.802	17.943	6.833	3.417	3.417	31,2%	46,3%	23,5%
De 65 a 79 años*	8960	2803	6157	8.522	2.692	5.829	-438	-110	-327	-4,9%	-3,9%	-5,3%
De 80 y más años*	12951	4582	8369	20.223	8.109	12.113	7.271	3.527	3.744	56,1%	77,0%	44,7%

(*) Las cifras de estos grupos, solo se han publicado a nivel nacional. Nosotros las hemos estimado suponiendo que Extremadura presenta una razón entre las tasas de estos grupos igual a la observada a nivel nacional y que la suma de casos de estos dos grupos es igual a la observada para el total de mayores de 65 años en Extremadura, que si se publica.

2. ANÁLISIS DE LA OFERTA ACTUAL

2.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE RECURSOS Y FUNCIONAMIENTO DE REDES.

2.1.1 ESTUDIO DE CONCORDANCIA DE LOS MAPAS SOCIAL Y SANITARIO.

Un problema comúnmente señalado en cualquier proyecto de coordinación entre los sistemas social y sanitario en el territorio nacional, es la falta de concordancia en la zonificación entre ambas redes. Actualmente Sanidad se ordena en 8 áreas de salud, mientras Bienestar Social en unas 80 (que no son coincidentes).

Por ello, el Plan se marca como objetivo prioritario la búsqueda de una sectorización coincidente entre las zonas utilizadas por Bienestar Social para la planificación y provisión de servicios y las Áreas de Salud utilizadas por la Consejería de Sanidad con idéntico fin. El resultado de este trabajo es una propuesta de sectorización entre ambos mapas, inicialmente realizada para la planificación en el área de mayores, pero que se encuentra pendiente de ser ratificada y aplicada con carácter general.

2.1.2 RECURSOS RESIDENCIALES

No se realiza un análisis exhaustivo de los dispositivos pertenecientes a los ámbitos sociales y sanitarios que se ocupan de la atención de las personas que han sido objeto de estudio por los motivos ya señalados. Tal y como se ha indicado, nuestro análisis se centra en aquellos en los que se dan las circunstancias siguientes: atención social y sanitaria conjunta e intensa, oferta inadecuada a las necesidades de la población atendida o provisión de servicios sanitarios continuados o residenciales de atención a la dependencia. Nos centramos por ello de manera preferente en el análisis de los dispositivos residenciales por reunir tales circunstancias.

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

Con el fin de realizar una primera aproximación a la oferta actual, a continuación detallamos la oferta residencial de camas dirigidas a la población objeto del estudio, según datos actualizados con fecha Enero de 2004.

RECURSOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Total Plazas	Asistidas		Válidos		S.E. Diurnas	S.E.D. Demencias	Rehabilitación	
		Dem.	Resid.	P.T.			U.G.R.	H. de Día
5.090	1.103	164	1.482	1.483	731	105	4	18

RESIDENCIAS AUTÓNOMAS DE GESTIÓN DIRECTA EN FUNCIONAMIENTO PERSONAL SANITARIO

Plazas			Ocupación			PERSONAL SANITARIO						
Total	Válidos	Asistidos	Autón.	Ayuda	Depend.	M	G	Ps	En	Fs	To	Aux.
1.855	966	889	489	390	1.006	14	3	3	94	5	2	483

- Dem.** Plazas para personas con Demencia.
- Resid.** Residencias
- P.T.** Pisos Tutelados.
- S.E.** Diurnas: Servicio de Estancia Diurna.
- U.G.R.** Unidad Geriátrica de Rehabilitación.
- H. Día** Hospital de Día.
- M.** Médico.
- G.** Geriatra
- Ps.** Psicólogo
- En.** Enfermera
- Fs.** Fisioterapeuta.
- T.O.** Terapeuta Ocupacional.
- Aux.** Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS ASISTENCIALES DE ATENCIÓN A ENFERMOS MENTALES

Número de Plazas			
Hosp. Psiquiátrico	P. Supervisados	Pisos apoyo	Residencias
733	19	18	30

RECURSOS SANITARIOS PARA CUIDADOS DE LARGA ESTANCIA

Número de Plazas hospitalarias	Ámbito de actuación	Població de cobertura
31		1.158.217

RECURSOS RESIDENCIALES DE ATENCIÓN A DISCAPACITADOS PSÍQUICOS

Número de Plazas				Ocupación
Residencias			Viviendas Tuteladas	
Autosuficientes	Grav. afectados	Unid. familiar conv.		
330	358	15	73	100%

RECURSOS RESIDENCIALES DE ATENCIÓN AL DISCAPACITADOS FÍSICOS GRAVEMENTE AFECTADOS

Número de Plazas residenciales	Ámbito de actuación	Ocupación
120	Nacional	100%

RECURSOS PRIVADOS DE ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES (ANCIANOS Y DISCAPACITADOS)

	Número de Plazas
TOTAL	3.252

P. Supervisados Pisos supervisados.
 Unid. Familiar. Conv. Unidad Familiar de Convivencia.

2.1.3 ADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS EN LOS HOSPITALES DE AGUDOS.

Partimos de la base de que en la actualidad y con independencia de las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes, la gran mayoría de de las situaciones que podemos considerar como graves o urgentes, son atendidas por los dispositivos de ambas redes. Sin embargo, ello no quiere decir que dicha atención se preste en el recurso más adaptado a la patología o dependencia del paciente. La ausencia o escasez de una red destinada a la atención prolongada de la patología, la atención a a la dependencia en jóvenes o la diversificación de la oferta domiciliaria, entre otras, facilita la polarización de la atención en los dispositivos hospitalarios, residenciales o en la familia.

Por ello, entendemos que en los dispositivos sanitarios se presta atención a la dependencia y viceversa, es decir que los dispositivos sociales asumen una parte de la atención a la patología.

Con el fin de analizar el impacto de la atención a la dependencia en los hospitales del SES, llevamos a cabo dos tipos de estudios:

1. Análisis de los “outliers” de tipo superior en los Hospitales de la región. (Entendemos por “outlier” superior el número de casos cuya estancia supera el punto de corte superior, es decir, todas las estancias extremas, agrupadas por GDR, obtenidas con la fórmula: $\text{Percentil } 75 + 1,5 (\text{Percentil } 75 - \text{Percentil } 25)$).
2. Estudio de la adecuación de las estancias en los Hospitales de la región medida con la herramienta AEP (Appropriatness Evaluation Protocol).

a) Estudio sobre Outliers en las ocho áreas de salud:

En 2003: El 5,6% de los episodios fueron Outliers en Extremadura; consumieron un total de 122.665 estancias. Las que sobrepasaron el punto de corte

fijado para cada GDR fueron 42.837 estancias, del total de estancias del CMBD que fue 690.425 estancias. Reutilizando estas estancias Outliers se podrían incrementar un 10 % el total de 98.809 episodios del CMBD de Extremadura del 2003.

Hospital	Todos los episodio		Fuera de rango (Outliers)		Estancias en exceso de los Outliers	Altas equivalentes	% de las altas Totales que son por Outliers	% de las estancias totales que son por exceso de los Outliers	% de las altas Totales que suponen las equivalentes
	Altas	Estancias	Altas	Estancias					
Hospital de Don Benito - Villanueva	10.709	71.129	401	8.523	2.822	751	3,7%	4,0%	7,0%
Hospital de Mérida	12.581	78.900	607	10.421	3.170	659	4,8%	4,0%	5,2%
Hospital de Llerena	8.962	52.689	378	7.132	2.369	624	4,2%	4,5%	7,0%
Complejo Hosp. Infanta Cristina (Badajoz)	30.694	254.357	2.325	56.613	20.993	4.187	7,6%	8,3%	13,6%
Complejo Hosp. San Pedro del Alcántara	18.641	133.400	1.158	25.690	8.560	2.056	6,2%	6,4%	11,0%
Hospital Virgen del Puerto (Plasencia)	9.065	57.609	406	8.524	2.994	772	4,5%	5,2%	8,5%
Hospital Campo arañuelo (Navalmoral)	3.996	20.256	110	2.466	858	187	2,8%	4,2%	4,7%
Hospital de Coria	4.161	22.085	141	3.296	1.071	235	3,4%	4,8%	5,7%
Total de Hospitales de Extremadura	98.809	690.425	5.526	122.665	42.837	9.865	5,6%	6,2%	10,0%

Existe un enorme potencial que tienen los Outliers para la mejora de la gestión de los Centros:

b) Estudio sobre la prevalencia de estancias inadecuadas en los Hospitales de Agudos:

El objetivo del estudio fue analizar la adecuación de los ingresos y las estancias en los 10 Hospitales de la región, con el fin de conocer, por un lado, el potencial de mejora existente en la gestión de determinados procesos asistenciales y por otro, el impacto de las variables sociales y de dependencia en la utilización de los servicios hospitalarios.

Para ello se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo en Junio de 2004 utilizando una herramienta ampliamente validada en nuestro contexto para tales fines: el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).

Los **resultados** sobre la explotación de 616 casos pertenecientes a especialidades médicas (exclusión de psiquiatría y pediatría) de 10 hospitales han permitido obtener las **siguientes conclusiones**:

- ✓ El 16,3% de los ingresos y el 25% de las estancias globales aplicando el AEP son inadecuadas.
- ✓ Ingresos:
La principal causa de inadecuación: podrían tratarse el 78% de forma ambulatoria siendo el principal servicio alternativo (70%) la consulta externa.
- ✓ Estancias:
El 19% tenían servicio alternativo de los clasificados como de atención socio-sanitaria.
- ✓ Como principales causas sobresalen las pautas conservadoras (40,7%) y pruebas diagnósticas (40,7%).

2.1.4 ANÁLISIS CUALITATIVO DEL FUNCIONAMIENTO Y LA COORDINACIÓN DE AMBOS SISTEMAS: CONCLUSIONES GENERALES.

A pesar de los incrementos producidos en la diversificación de la oferta sanitaria y social en los últimos años, existen una serie de elementos de mejora en dichas redes y en su coordinación, que en la actualidad constituyen puntos débiles de ambos sistemas.

Desde el punto de vista de la relación entre redes.

1. Separación administrativa de las entidades provisoras (Sanidad y Bienestar Social) y ausencia de mecanismos de coordinación formales establecidos.

2. La cobertura de las necesidades residenciales, de integración social y reinserción laboral a personas con enfermedad mental grave se realiza de manera casi exclusiva desde el campo sanitario.
3. Necesidad de creación de mecanismos de coordinación en la inspección sanitaria de centros sociales en los que se presta atención sanitaria.
4. Incremento de la coordinación funcional de los médicos de centros asistidos de Bienestar Social y Atención Primaria.
5. Potenciación del suministro de material sanitario de curas y farmacia, de la determinación de pruebas diagnósticas y prescripción de tratamiento de centros asistidos de Bienestar Social desde el sistema sanitario público.
6. Fomento de la prestación de cuidados con criterios de continuidad, incidiendo en los sistemas de información y derivación.

Desde el punto de vista de la oferta

1. Mejora de los niveles de cobertura a determinadas necesidades de los pacientes, relacionadas con la prevención de la patología, los cuidados intensos y continuados, la hospitalización de larga duración, la convalecencia, la rehabilitación la hospitalización parcial y la atención domiciliaria. Especialmente en determinados grupos: geriatría, personas con enfermedad mental y personas menores de 60 años con graves afecciones y discapacidad asociada.
2. Necesidad de diversificar la oferta actual de prestaciones que incremente la posibilidad de plantear opciones razonables, ágiles y flexibles al ingreso hospitalario.
3. Revisión de las normativas sociales que plantean criterios de exclusión por motivos de edad o diagnóstico.

4. Se detectan algunos déficits de recursos de apoyo social, especialmente graves en el caso de la atención a trastornos mentales, lo que puede llegar a provocar sobrecarga y claudicación de los cuidadores, que acabe incidiendo en el propio sistema.
5. Es necesario igualmente, incrementar los recursos residenciales adaptados en función del nivel dependencia para personas menores de 60 años.
6. A pesar de las mejoras en este sentido, continúa existiendo un cierto déficit de prestaciones y servicios para atender las necesidades de los ancianos con demencia en relación con el estadio de la enfermedad y el impacto en el entorno familiar.
7. La oferta de atención domiciliaria es en Extremadura es superior a la media nacional, sin embargo es necesario realizar un esfuerzo en profesionalización de dicha red, que permita un incremento de la coordinación con la propia del sistema sanitario y permita incrementar el apoyo a los familiares cuidadores en domicilio.

Todo ello provoca:

1. La tendencia al ingreso en los actuales Hospitales Psiquiátricos de pacientes que requieren cuidados continuados sanitarios y/ o sociales.
2. La atención de personas con necesidades de atención sanitaria continuada en dispositivos con consideración y objetivos prioritarios de cobertura social, sin que dispongan de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para proporcionar los cuidados sanitarios que los residentes precisan.

3. ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DIANA.

Resulta fácil a priori, desde la realidad asistencial cotidiana, realizar un estudio de las necesidades detectadas que no son suficientemente atendidas o lo son de manera inadecuada por los actuales sistemas sociales o sanitarios. Esta aproximación se hace más compleja si se realiza con cierto rigor metodológico, porque para desentrañar esa realidad, se requiere un “mapa” que la interprete, es decir, un modelo que nos ayude a definir, en primer lugar, la población objeto de estudio y en segundo lugar, las necesidades que debemos incluir dentro del conjunto, a veces ilimitado, de necesidades posibles.

Habitualmente lo que nos encontramos son listados, generalmente prolijos, de colectivos agrupados por diagnóstico y edad que son potenciales usuarios de la atención socio-sanitaria. En ocasiones, ello ha llevado a entender que todas las necesidades de dichos grupos deben ser objeto de atención por parte de la “red socio-sanitaria” y que por inferencia, cualquier dispositivo que preste atención de manera específica a personas pertenecientes a alguno de estos grupos es considerado un dispositivo “socio-sanitario”.

Como consecuencia de ello, se crean “colectivos socio-sanitarios” que son atendidos en “dispositivos socio-sanitarios”, lo que implica en la práctica, la exclusión de los sistemas sociales y sanitarios de dichas personas.

Es cierto, sin embargo, que existen determinadas patologías que requieren un abordaje sanitario más prolongado, intenso y continuado, que por las propias características de la sintomatología presente, esté orientado a la rehabilitación, el cuidado o la reincorporación. Y es cierto también que, en ocasiones, este tipo de sintomatología va acompañada de déficits en el funcionamiento habitual de las personas para manejarse en su contexto habitual o reincorporarse a él con éxito, por lo que se dan en esas mismas personas, distintos niveles de dependencia.

La unión de estas dos situaciones les hace usuarios de las prestaciones sociales y sanitarias de manera conjunta, continuada y en ocasiones, permanente. Si además, su red de apoyo natural no puede asumir la atención a dichas situaciones de dependencia, se genera una necesidad de cobertura por parte de los sistemas públicos.

La orientación eminentemente curativa del sistema sanitario, la cobertura limitada de la red social, que ha provocado la creación de un filtro en base a criterios de edad o diagnóstico y sectorizado su atención a determinados colectivos y la pervivencia de un grupo de pacientes tradicionalmente excluidos de ambas redes, como son los enfermos mentales, ha hecho que existan lagunas en la atención de las situaciones anteriormente descritas.

Aplicando el modelo previamente definido, entendemos que se puede realizar un análisis sobre quiénes serían los beneficiarios del Plan, destinado a cubrir las lagunas en la cobertura y la asistencia social y sanitaria de determinadas situaciones y garantizar la necesaria coordinación de las actuaciones, sin que ello suponga generar un espacio específico conformado por dispositivos “socio-sanitarios” que atienden en exclusiva a colectivos concretos.

Tal y como hemos explicitado en la descripción del modelo, se trata de describir los componentes del espacio desde tres diferentes ejes: las necesidades, los usuarios y los servicios. Es decir:

- A)** En función del tipo de usuarios o pacientes: no debe tener un carácter restrictivo sino orientativo de la tipología de necesidades que tienen nuestros usuarios. Es decir, no se trata de restringir las prestaciones sólo a estos grupos, sino de determinar, grupos de situaciones similares en función de la variable iso.necesidad.
- B)** En función del tipo de recursos en que son dispensados los servicios.
- C)** En función de los perfiles de intensidad en la necesidad de cuidados sanitarios.

No pretendemos, por tanto, analizar la situación social y sanitaria de las personas que por edad, diagnóstico o necesidad de cuidados continuados, asociados a la dependencia y consecuente con su sintomatología, han sido incluidas tradicionalmente en el ámbito “socio-sanitario”. Nuestro análisis se centrará en aquellas necesidades no adecuadamente cubiertas en general por ambos sistemas, con independencia de las variables anteriores.

Como ya hemos indicado, entendemos la población objeto del análisis como aquella en la que concurren de manera significativa y sinérgica una necesidad de cuidados sanitarios más o menos intensa y/o prolongada, acompañada de diversos grados de dependencia y ausencia de red social o riesgo de quiebra de la misma. Esta situación les convierte en usuarios de los sistemas sanitario y social de manera simultánea. Nos centramos por tanto más en las necesidades que en los colectivos o grupos de pacientes.

Sin embargo, somos conscientes de la necesidad de categorizar y cuantificar dichas necesidades centrándonos en los grupos de pacientes en los que a priori concurren de manera significativa los anteriores parámetros, teniendo en cuenta que dicha cuantificación no es excluyente de las posibles situaciones que el sistema debe cubrir.

No hemos realizado, por tanto, un análisis completo de las situaciones susceptibles de atención social o sanitaria, sólo de aquéllas en las que se da una interrelación de los factores indicados. Para este análisis hemos seleccionado una serie de áreas de atención generales que serían objeto de estudio: personas mayores, con necesidad de cuidados paliativos, con trastorno mental, discapacidad intelectual y adultos y jóvenes con necesidad de atención sanitaria prolongada. Dicha selección se ha realizado sobre la base de la existencia en ambas Consejerías de programas de atención transversales destinados a tales grupos, lo que permitía un mejor conocimiento de su situación social y sanitaria.

Resulta obvio, además el hecho de que las necesidades sociales y sanitarias concurrentes de estos grupos suman un alto porcentaje de lo que podríamos considerar el “universo” de la población susceptible de atención social y sanitaria.

4. RESUMEN POR GRUPOS DE POBLACIÓN.

4.1 SALUD MENTAL

En Extremadura existe una variada oferta de dispositivos destinados a la atención de las personas con trastornos mentales, y en especial para los más graves, que pretende organizarse de manera coordinada y sinérgica, así como incrementar su cobertura. La atención ambulatoria es cubierta mediante 14 Equipos de Salud Mental, 2 equipos de Salud Mental Infantojuvenil y 1 Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Dichos Equipos están constituidos por psiquiatras, psicólogos, enfermeras y en algún caso, con trabajador social. El ingreso hospitalario se lleva a cabo en las cuatro Unidades de Psiquiatría existentes, 2 de ellas en los Hospitales de Cáceres y Badajoz y 2 en los Hospitales Psiquiátricos, mediante concierto con el SES. La necesidad de hospitalización más prolongada de las patologías severas, se realiza en las tres Unidades específicas existentes en los Hospitales Psiquiátricos, que están orientadas a la atención continuada y a la rehabilitación.

El complemento a la intervención farmacológica y psicoterapéutica se realiza a través de las intervenciones rehabilitadoras en los 6 Centros de Rehabilitación Psicosocial existentes, que son financiados por el SES. La red se completa con los dispositivos de apoyo social de carácter residencial (1 Residencia y 10 pisos) y con los programas orientados a la inserción laboral.

Los aspectos a mejorar son los siguientes:

1. Aunque se dispone de algunos recursos sociales, su número aún es insuficiente para la demanda actual y futura.
2. La cobertura de los equipos de salud mental por Áreas de Salud es amplia, pero asimétrica (se sitúa entre 1,9 y 3,7 / 100.000 hab.)
3. Los patrones de “utilización de la cama” de las distintas UHB tienen diferencias que sugieren mejor gestión en unos que en otros.
4. Aunque con niveles de cobertura por encima de los estándares, los CRPS tienen elevados niveles de utilización (5 de los 6 tienen una ocupación superior al 100%)

4.2 CUIDADOS PALIATIVOS.

Actualmente, el Servicio Extremeño de Salud presta los cuidados paliativos siguiendo las directrices del Programa Marco de Cuidados Paliativos, publicado en 2002.

Los Equipos de Atención Primaria registran los casos y realizan una prestación básica, pero universal, que incluye: Registro inicial de signos y síntomas básicos, identificación del cuidador principal y valoración social, identificación inicial de problemas y plan de cuidados de enfermería, y visita al menos quincenal con revisión de signos, síntomas y plan de cuidados.

Los Equipos específicos de cuidados paliativos (uno por cada una de las 8 áreas sanitarias) actúan como soporte de otros niveles asistenciales. Asisten a los enfermos cuando la complejidad de los mismos no puede ser asumida por la Atención Primaria o Especializada, coordinan la atención, asesoran a otros profesionales y realizan actividades formativas. Su grado de intervención puede ser compartida con Atención Primaria o Directa, cuando así se requiere, y pueden actuar en el entorno hospitalario (ingresando pacientes a su cargo o en forma de consultas e interconsultas en el hospital de referencia del Servicio Extremeño de Salud) o en la comunidad. De esta forma se garantiza la atención básica y especializada a pacientes en situación de enfermedad terminal en toda la Comunidad Autónoma.

Los ámbitos de mejora son los siguientes:

1. Los Equipos de Cuidados Paliativos ya en 2003 atendieron al 52% de la población estimada total. Aunque los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos ofrecen niveles de cobertura similares en las 8 Áreas de Salud, 3 de ellas generaron en 2003 más de la mitad de la actividad.
2. El 86,4% de los pacientes atendidos se encuentran en su domicilio. 26% de los casos ingresados lo están por falta de recurso alternativo, no por razones clínicas. Existe una considerable demanda de recursos para la atención de personas con problemas en su red social de apoyo, que permanece insatisfecha o se ha resuelto en recursos alternativos inadecuados. (Casos que podrían ser atendidos en recursos de un nivel inferior de complejidad y coste sin compromiso de la calidad de la atención)

4.3 MENORES DE 65 AÑOS. CON DISCAPACIDAD FÍSICA.

1. Ausencia de recursos residenciales propios para discapacitados físicos gravemente afectados. Lista de espera en el CAMF.
2. Limitada oferta de servicios de Rehabilitación funcional.
3. Utilización escasa de servicios a domicilio

4.4 MAYORES CON DEPENDENCIA.

1. Aunque la cobertura de plazas residenciales está sobre la media nacional, la oferta es asimétrica por Áreas de Salud y hay 2.860 personas en lista de espera.
2. A pesar de dicha cobertura, existe una limitada oferta sanitaria en las residencias. El perfil sanitario de las personas que ocupan residencias no se conoce claramente, pero datos preliminares sugieren que alrededor del 50% son T2.
3. Aunque la cobertura de los servicios domiciliarios existentes es alta, se trata de una oferta limitada en cuanto a variedad.
4. La red de centros de día especializados está poco desarrollada.
5. No existe reserva de estancias temporales.

4.5 DISCAPACITADOS INTELECTUALES.

1. Recursos residenciales que proporcionan cobertura insuficiente sobre la población demandante con una distribución territorial heterogénea y sin un patrón claramente definido.
2. Amplia y variada oferta de servicios de rehabilitación, centros de día, ocupacionales, servicios de atención temprana y programas.
3. Ausencia de recursos residenciales específicos para discapacitados intelectuales con trastornos de conducta graves.

5. ANÁLISIS DE CAMPO: UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD

De entre ese conjunto potencial anteriormente descrito, destaca una serie de usuarios caracterizados por una elevada necesidad de cuidados sanitarios, escasa o nula red social de apoyo y alta dependencia. Con los trabajos que a continuación presentamos hemos pretendido cuantificar las necesidades reales de este tipo existentes en nuestra Comunidad y cuya cobertura cuestiona ambos sistemas, al encontrarse en un territorio en el que las lagunas asistenciales que dejan las redes sociales y sanitarias pueden hacerse más patentes.

Realizamos por tanto diversos análisis y trabajos de campo, que nos aproximaran a la demanda real existente y al análisis cómo ésta incide en las redes asistenciales y de protección social que en la actualidad se ofertan.

5.1 PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

5.1.1 ESTUDIO DE NECESIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA.

Se parte de la hipótesis de que existe un determinado número de pacientes cuya tasa de reingreso y sus necesidades de hospitalización, le harían subsidiario de una atención más prolongada en unidades específicas y adaptadas.

Objeto de estudio: pacientes ingresados a lo largo de un año en las 4 UHB de la región, que tengan al menos uno de los siguientes criterios: 30 días de estancia continuada, 90 discontinua o 3 ó más ingresos.

Resultados:

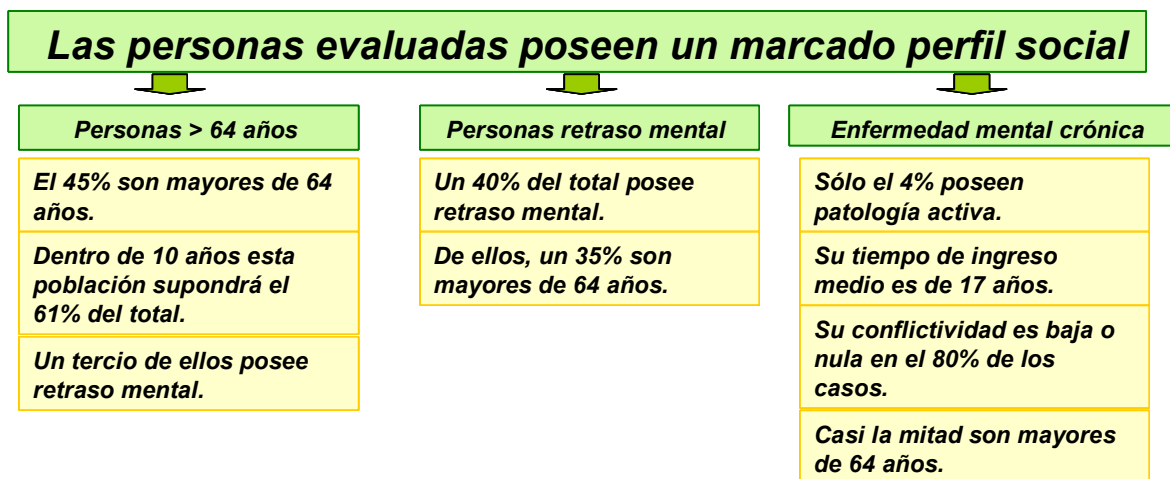
- ✓ Reúnen alguno de estos criterios **292 pacientes**, que suponen el 18% de los ingresos.
- ✓ Estos pacientes ocasionan el 38% de los ingresos.
- ✓ Tales ingresos representan a su vez el 45,6% de las estancias.

5.1.2 ESTUDIO DE EVALUACIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN Y TRANSFERENCIA DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS DE EXTREMADURA SOBRE NECESIDADES SANITARIAS Y SOCIALES DE LA POBLACIÓN RESIDENTE.

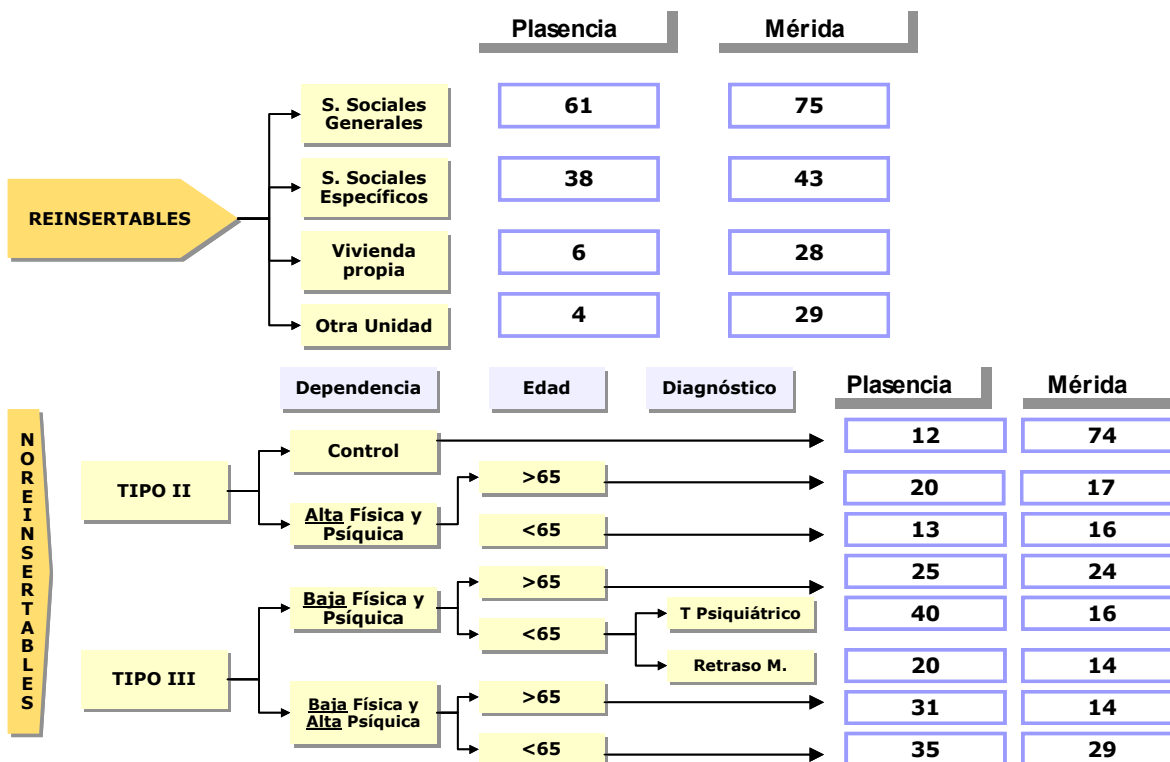
Objeto de estudio: Detección de la necesidad de cuidados sanitarios, nivel de dependencia y grado de cobertura de la red social de apoyo de 699 residentes en los Hospitales Psiquiátricos de la región a través del análisis de las siguientes variables:

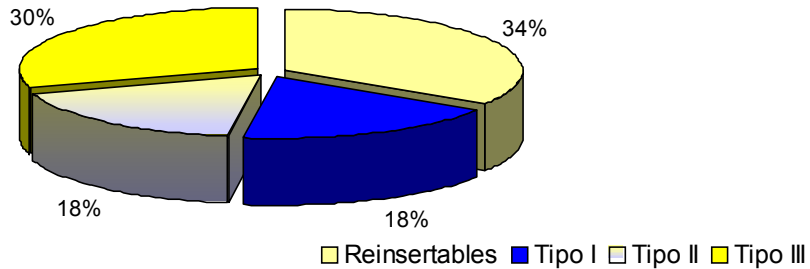
- ✓ Situación social: edad, tiempo de ingreso, visitas.
- ✓ Patología: diagnósticos, estado psicopatológico, necesidad de enfermería, conflictividad.
- ✓ Dependencia: psíquica, física.
- ✓ Ubicación adecuada de cada uno de los residentes desde el punto de vista asistencial.

Resultados:



Este análisis nos ha permitido realizar una agrupación de pacientes por idoneidad en función de las variables estudiadas.





5.2 PERSONAS DEPENDIENTES DE LA COMISIÓN TUTELAR DE ADULTOS:

- ✓ El 29,8 % de los tutelados se encuentran acogidos en dispositivos sociales, públicos o privados específicos para atender sus necesidades.
- ✓ El 56% son enfermos mentales crónicos: prácticamente la totalidad, se encuentran acogidos en dispositivos **sanitarios** (Psiquiátricos).
- ✓ La población de discapacitados físicos (grandes inválidos, patologías orgánicas crónicas y degenerativas,...) menores de 60 años, representa el 5,3% de la población total y de ella sólo el 0,9% reside en centro adecuado a sus necesidades, el 4,4% restantes residen en centros públicos o privados orientados a la atención a personas mayores.
- ✓ El 8% de los tutelados permanecen en sus domicilios supervisados por los Servicios Sociales de Base, familia extensa o con apoyo vecinal.



5.3 PERFILES DE NECESIDAD DE PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL Año 2003 (944 pacientes)

- Criterios: Índice de Karnofsky < 50% y ausencia de red social.
- Problema social: 136 (Media: 0,62 ingresos). (Aprox 10%).
- Sin problema social: 808 (0,45 ingresos).
- Estancias continuadas necesarias: 1165.
- Estancias sin ingreso: 5738



A menudo, el motivo del ingreso en un recurso hospitalario se debe a la falta de apoyo social, y no a la falta de control sintomático. Son ingresados en hospital, por la falta de centros alternativos.

5.4 ESTUDIO DE PACIENTES CON DEPENDENCIA Y NECESIDAD SANITARIA

5.4.1 ESTUDIO RETROSPECTIVO DESCRIPTIVO DEL AÑO 2003, DE IDENTIFICACIÓN DE CASOS CON DEPENDENCIA, NECESIDAD DE CUIDADOS SANITARIOS Y DIFICULTADES DE APOYO SOCIAL.

Objeto del estudio: identificación de personas dadas de alta en los Hospitales de la Comunidad en las que concurrieran una alta necesidad de cuidados sanitarios, alta dependencia consecuente y frágil o nula red social de apoyo que dificultara dicho alta.

Método: encuesta remitida a las Unidades de Trabajo Social de cada Hospital con el fin de proporcionar información de las altas del año 2003.

Resultados:

		< 60 años (N=138)	>60 años (N = 251)	TOTAL = 389
Dependencia	Total	24 (17,4 %)	114 (45,41 %)	138 (35,48%)
	Alta	114 (81,88%)	137 (54,58%)	250 (64,27%)
		(99,3%)	251 (100%)	389 (100%)
Necesidad Cuidados Sanitarios	CCSI (T1)	15 (10,87%)	75 (30%)	90 (23,136%)
	ASD (T2)	123 (89,13%)	176 (70%)	299 (76,87%)
	Exitus	10 (7,24%)	19 (7,6%)	29 (7,45%)
		138 (100%)	251 (100%)	389 (100%)
Red social	Ausencia	99 (71,74%)	193 (76,90 %)	292 (75%)
	Grave riesgo de quiebra	39 (28,26%)	58 (23,10%)	97 (25%)
		138 (100%)	251 (100%)	389 (100%)

Durante el año 2.003 los Hospitales Generales de la Comunidad Autónoma atendieron a un total de 389 personas a las que les fue dada el alta médica en situación de dependencia y sin el apoyo y protección social adecuada.

Los **diagnósticos** que provocaron mayor número de ingresos en pacientes **mayores de 60 años** fueron, los procesos neurológicos y neurodegenerativos (que incluyen los ACVA) y las enfermedades del aparato locomotor (fracturas, amputaciones,..), patologías de alta prevalencia en los ancianos y que se encuentran entre las principales causas de incapacidad en los mayores.

Los diagnósticos de ingreso con mayor incidencia en el grupo de pacientes **menor de 60 años** fueron, los trastornos mentales graves, los procesos neurológicos y neurodegenerativos (que incluyen los ACVA) y los asociados a la infección por el VIH., patologías que producen un alto nivel de dependencia y de necesidad de cuidados sanitarios continuados e intensos para este grupo de edad.

Por **necesidades globales** al alta:

	< 60 años	> 60 años	Total
Cuidados sanitarios intensos continuados	15 10 exitus	75 19 exitus	90 29 exitus
Atención sanitaria a la dependencia	123	176	299

5.4.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PATOLOGÍAS CON NECESIDAD DE CUIDADOS SANITARIOS EN EL CENTRO DE GRANDES DISCAPACITADOS DE ALCUÉSCAR (CAMF) DEL IMSERSO.

El Centro de atención a minusválidos físicos (CAMF), ubicado en la localidad de Alcuéscar (Cáceres) es el único recurso específico en la Comunidad Autónoma destinado a la protección social de grandes discapacitados físicos con edades comprendidas entre 18 y 60 años. El Centro depende del IMSERSO y su ámbito de actuación es nacional. Dispone de 120 plazas de apoyo y protección social, y cuenta para la atención y control sanitario de los acogidos con 1 médico y 8 enfermeros.

Resultados: Aplicando las variables que venimos repitiendo en los distintos estudios a la población residente nos encontramos con los siguientes datos:

- ✓ Del total de residentes acogidos en el Centro, se ha estudiado la población con necesidades de cuidados sanitarios continuados, que representan el 16,6% de la población acogida.
- ✓ El 16,6% de los residentes se encuentran en situación de dependencia total.
- ✓ El 30% de la población estudiada requieren cuidados sanitarios continuados intensos y el 70 % atención sanitaria prolongada a la dependencia.

- ✓ El 90% de los residentes dependientes totales son menores de 60 años y el 10 % mayores de 60 años. La edad media de esta población es 46,1 años.

5.4.3 ESTUDIO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DEMANDANTE DE INGRESO EN CENTROS DE ATENCIÓN A MINUSVÁLIDOS FÍSICOS REGISTRADOS EN LOS CADEX DE EXTREMADURA. ENERO 2004.

Los Centros de Atención a Discapacitados de Extremadura (CADEX), tiene entre otras funciones la valoración y tramitación de las solicitudes de ingresos en centros para grandes discapacitados físicos menores de 60 años. Hemos estudiado la lista de espera actual existente con los siguientes **resultados**:

- ✓ En la fecha estudiada existían 14 personas demandantes de atención.
- ✓ El 100% de personas con grave discapacidad física objeto del estudio se encuentran en espera de plaza en centro de grandes discapacitados.
- ✓ La edad media de los solicitantes es 44,3 años.
- ✓ En el 100% de las solicitudes de ingreso, están motivadas por la ausencia, incapacidad o quiebra de la red social.
- ✓ El 100% de los afectados no disponen de ingresos económicos propios suficientes para cubrir sus necesidades con recursos privados.
- ✓ El 92,8 % está en su domicilio atendido por familiares a la espera de concesión de plaza en alguno de los centros del dispositivo nacional de atención a los discapacitados físicos.
- ✓ El 7,1% se encuentran institucionalizado (residencia de mayores).

5.4.4 RESUMEN

De los estudios de los perfiles de necesidad sanitaria de personas con dependencia (sin incluir residencias) en el 2004: CAMF, CADEX, Comisión Tutelar de Adultos y Dirección General de Infancia y Familia:

Centro informador	CTA	DGIF	CAMF	CADEX
Cuidados sanitarios intensos (tipo I)				6
Atención sanitaria a la dependencia (II)	236	6	14	14

6 personas con necesidad de cuidados sanitarios intensos

270 con necesidad de atención sanitaria a la dependencia

2.1.5 ESTUDIO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO DE LA PREVALENCIA DE PERFILES DE NECESIDAD DE ATENCIÓN SANITARIA EN LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS DE LA COMUNIDAD.

500 plazas.

Datos preliminares:

- ✓ En plazas de asistidos, donde la ratio de personal sanitario es el correspondiente al perfil residencial (tipo 3), la prevalencia de perfiles de necesidad de atención sanitaria a la dependencia (tipo II) que requiere un mayor ratio de personal sanitario, está alrededor del **40%**.
- ✓ En plazas de válidos, **hasta un 20%** podría presentar también un perfil de necesidad de atención sanitaria a la dependencia.

- ✓ En el último año, aproximadamente el 30% de los ingresos en la residencia asistida se debe a motivos exclusivamente sanitarios.

En resumen, en este momento existen una serie de necesidades de personas dependientes que requieren respuesta prioritaria y que podemos concretar en:

1. Personas menores de 60 años, en situación de dependencia total, con apoyo (familiar o institucional), que requieren atención y cuidados sanitarios importantes y permanentes, imposibles de facilitar en su entorno.
2. Personas menores de 60 años, con enfermedades evolutivas en fase avanzada, en distintos niveles de dependencia funcional, sin apoyo o con apoyo familiar (insuficiente, incapaz, agotado, etc...), que requieren un alto nivel protección, asistencia y cuidados continuados.
3. Personas menores de 60 años, con grandes discapacidades físicas, sin apoyo social suficiente, que requieren ambientes adaptados y servicios de apoyo intensivo.
4. Personas menores de 60 años, con trastornos mentales severos, con distintos niveles de dependencia funcional, sin apoyo o con apoyo familiar (insuficiente, incapaz, claudicación, etc...), que requieren distintos niveles de protección, asistencia y cuidados continuados.
5. Enfermos no psicóticos con alteraciones conductuales o mala adaptación y/o hospitalismo.
6. Pacientes adultos con retraso mental que pueden tener patología psiquiátrica y/o conductual en situación de dependencia psíquica para las actividades de la vida diaria.

7. Mayores en situación de dependencia funcional no recuperable con o sin apoyo familiar o residencial.
8. Atención a la demencia y problemas mentales de los ancianos
9. Personas que tras superar una fase aguda, precisan rehabilitación por un grado moderado de dependencia.

Cuantitativamente las poblaciones más amplias son los mayores y los enfermos mentales crónicos.

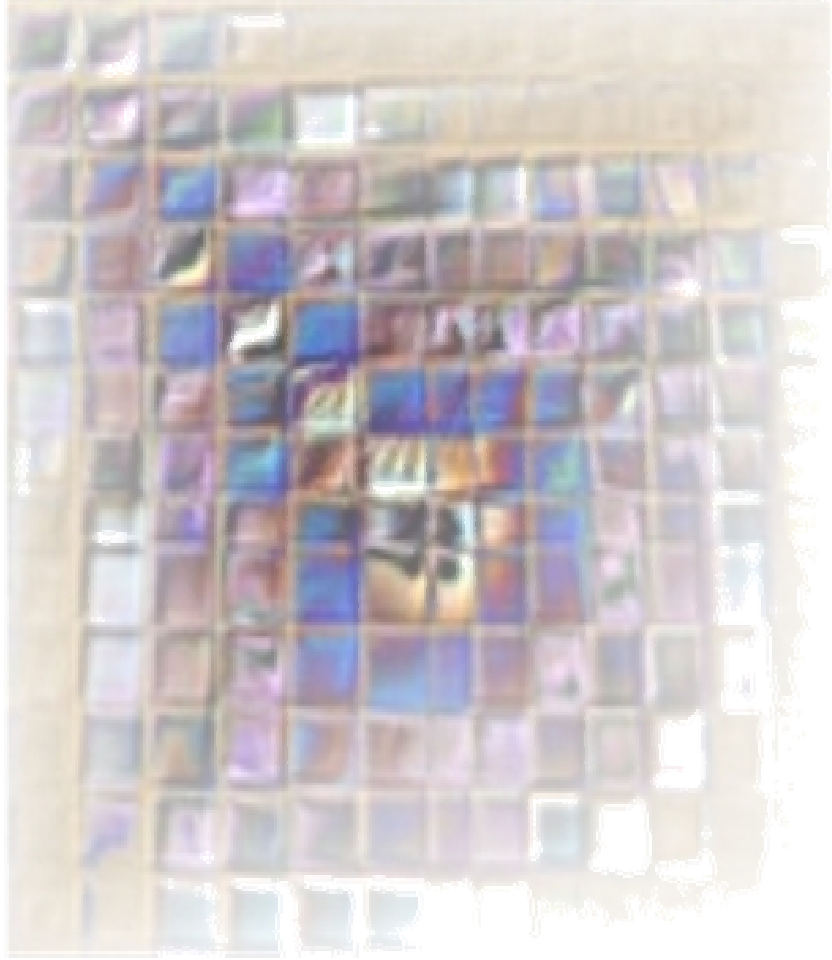
✓

de recursos sociales suficientes y presentan mayor necesidad de desarrollo de dispositivos sanitarios específicos. Por el contrario, los enfermos mentales disponen de recursos sanitarios adecuados y presentan una mayor necesidad de incremento de recursos orientados al apoyo social.

✓

años, que presentan una alta necesidad de cuidados sanitarios intensos y un elevado nivel de dependencia y que pueden presentar, en algunos casos, mayores necesidades por la escasez de protección suficiente y adecuada en ambos sistemas.

Documento Preliminar



**prestaciones
y servicios**

PRESTACIONES Y SERVICIOS

1. METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE GRUPOS POBLACIONALES
2. DEFINICIÓN DE PERFILES Y PREVALENCIAS
 - 2.1. Salud mental
 - 2.2. Cuidados paliativos
 - 2.3. Menores de 65 años con alta necesidad de cuidados sanitarios.
 - 2.4. Mayores de 65 años con dependencia.
 - 2.5. Discapacitados intelectuales
 - 2.6. En resumen
3. ANÁLISIS DE LAS OPCIONES DE CUIDADOS POR GRUPOS DE POBLACIÓN
 - 3.1. Descripción de la tipología de servicios y recursos a ofertar
 - 3.2. Resumen de las opciones de cuidados planteadas
 - 3.2.1. Salud mental
 - 3.2.2. Cuidados paliativos
 - 3.2.3. Menores de 65 años con discapacidad física
 - 3.2.4. Mayores con dependencia
 - 3.2.5. Discapacitados intelectuales
4. ANÁLISIS CUALITATIVO OFERTA ACTUAL - OFERTA FUTURA.
5. ANÁLISIS CUANTITATIVO OFERTA ACTUAL – OFERTA FUTURA.
 - 5.1. Principales resultados del escenario básico en pleno funcionamiento
 - 5.2. Análisis por grupos de servicios

PRESTACIONES Y SERVICIOS

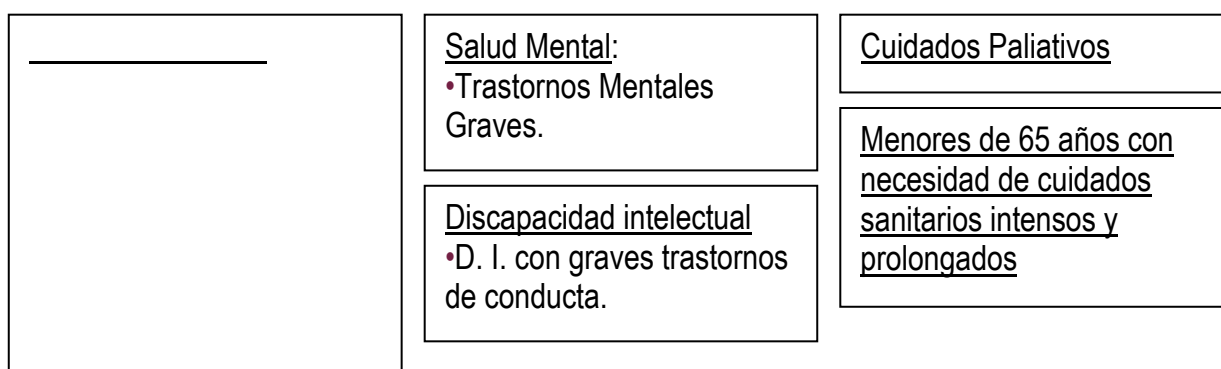
Vista la situación existente, el objetivo es diseñar la oferta de servicios adecuada para atender a la población identificada.

Para ello:

- ✓ Se realiza una serie de proyecciones poblacionales y su desglose por perfiles de atención, agrupados en función de las tres variables ya apuntadas: red social, dependencia y necesidad de atención sanitaria.
- ✓ Se diseña, igualmente, el plan de cuidados ideal para cada grupo, según consenso de grupo nominal de expertos. Definidos los cuidados ideales de cada grupo, y habiendo definido la población diana, se cuantifican la oferta teórica (ideal) proyectada al 2001 para la necesidad esperada.
- ✓ Por último se obtiene la diferencia entre la oferta ideal y la existente actualmente que equivale a la oferta que es necesario implementar para obtener el objetivo definido.

1. METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE GRUPOS POBLACIONALES

Como hemos indicado, los grupos y perfiles estudiados son los siguientes:

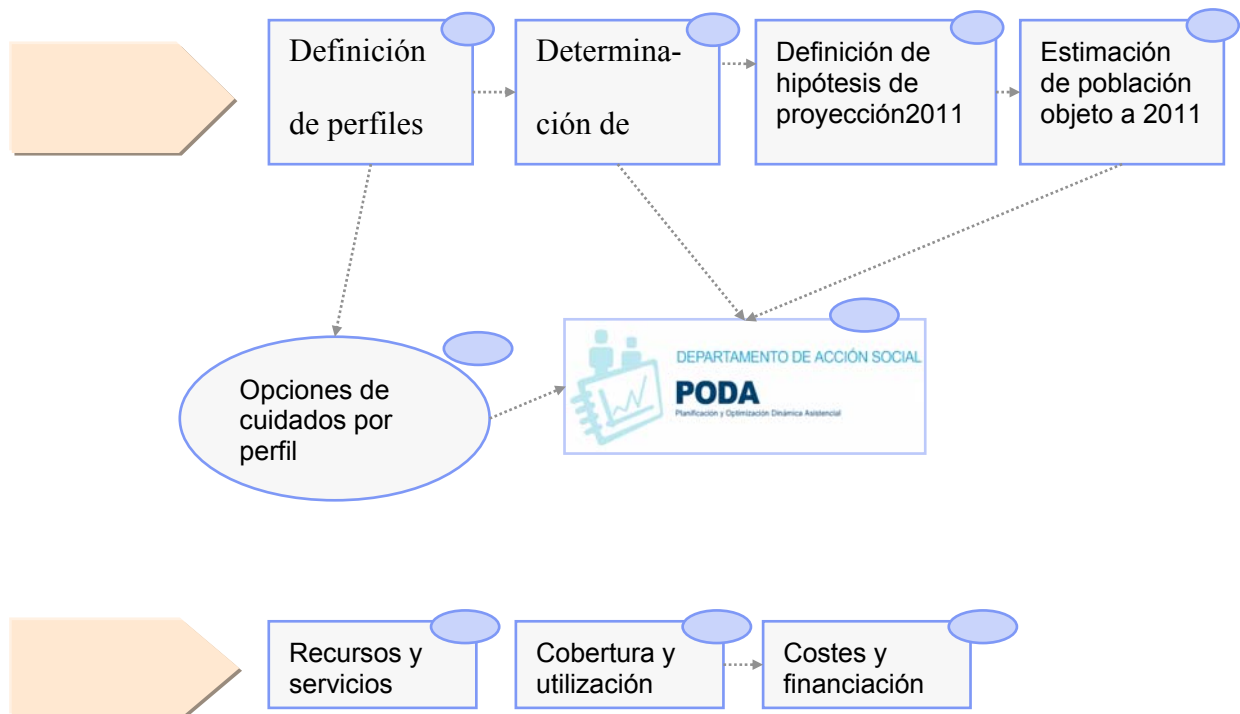


Teniendo en cuenta los tres ejes descritos en el modelo, hemos analizado dichos grupos en función de las variables ya mencionadas:

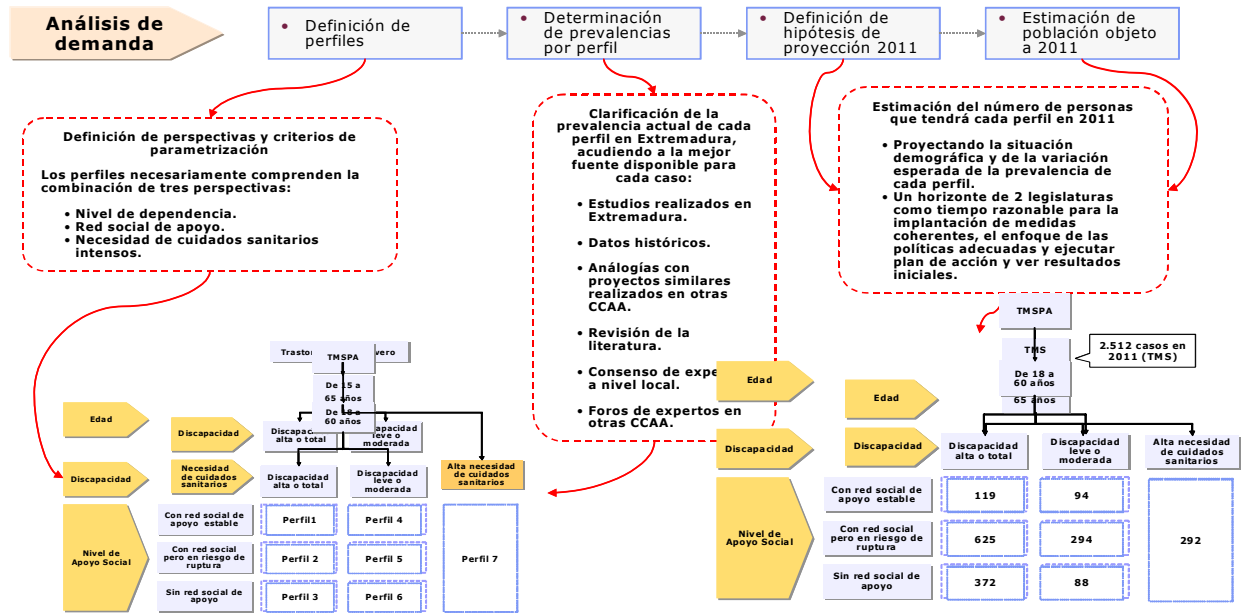
1. **Grado de discapacidad. Subdividido a su vez en:**
 - a. Alta / Total.
 - b. Leve / Moderada.
2. **Nivel de apoyo social. Subdividido a su vez en:**
 - a. Estable.
 - b. En riesgo de ruptura.
 - c. Sin red social.
3. **Alta necesidad de cuidados sanitarios.**

Con el fin de determinar las necesidades de dicha población en un horizonte temporal que permita la planificación a medio plazo, hemos proyectado, por ferfiles, dicha población al año 2011.

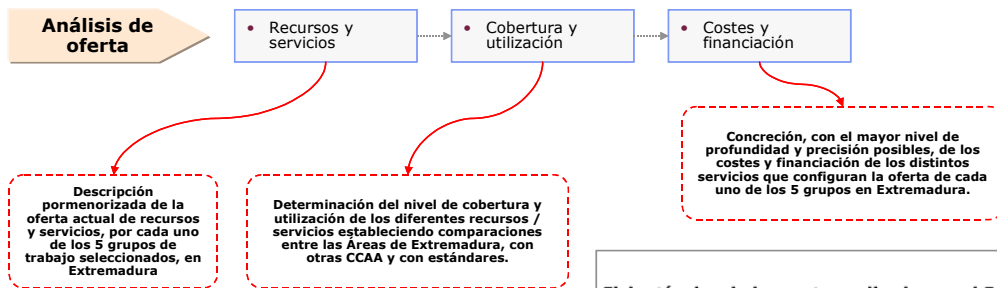
La metodología de trabajo seguida se expone en el siguiente cuadro:



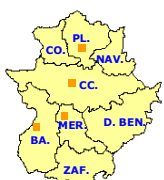
El análisis estima cuál será la necesidad esperable de atención sociosanitaria en Extremadura en 2011 mediante 4 pasos concretos



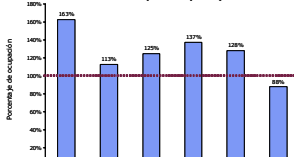
Mediante este análisis, se determinaron los recursos y servicios sociales y sanitarios existentes, la adecuación de su nivel de cobertura, su grado de utilización, costes y financiación



Distribución de las unidades de hospitalización breve



Porcentaje de ocupación¹⁰⁰ de los Centros de Rehabilitación Psicosocial por Área (L.002)



Ficha técnica de los costes aplicados en el BOC

T1 Camas mayores alta complejidad cuidadas 56,7€ estancia/día

Descripción
Recurso residencial donde se presta una atención integral y vivienda permanente a personas mayores. Se ofrecen servicios médicos y de enfermería con un alto grado de intensidad. Además ofrecen servicios de fisioterapia, psicólogo, servicios sociales y servicios generales (limpieza, cocina...).

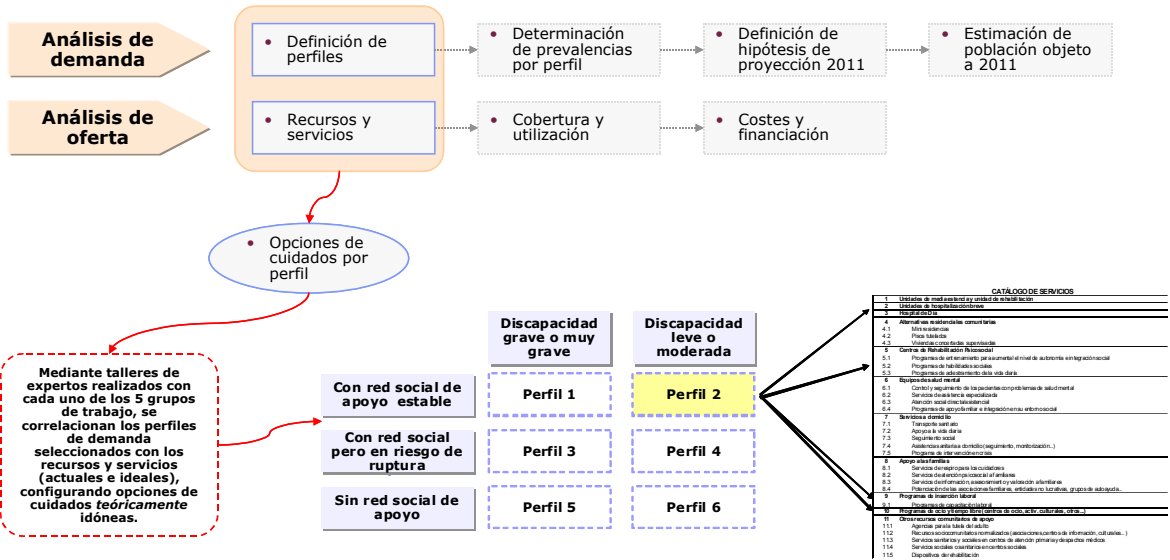
Actividad del paciente
Para calcular el coste de las camas de mayores alta complejidad de cuidadas (T1) se han establecido varias hipótesis:
- En primer lugar se ha tomado como referencia el coste medio por plaza de los grandes centros de asistidos que existen actualmente en Extremadura (46,4 € estancia/día).
- Posteriormente se ha calculado el incremento del coste de personal que conlleva convertir un servicio residencial T1 en un servicio residencial T1.
- Convertir una T3 en una T1 representa un incremento del 42,6% del coste de personal.
Finalmente, para medir cuál es el impacto del coste de personal sobre el coste total de los recursos residenciales, se ha considerado que el coste de personal supone el 31,9% del total de costes de una residencia, por lo que finalmente:
- El coste de convertir un recurso T3 en T1 es del 22,1% del total de costes de una T3.

Financiación del servicio

FINANC. ACTUAL	Porcentaje	FINANC. FUTURA	Porcentaje
Consejería de Sanidad		Consejería de Sanidad	
Consejo de Bienestar Social	80%	Consejo de Bienestar Social	
Apartamiento		Apartamiento	
Usuarios	20%	Usuarios	
Otros		Otros	

Una vez terminados el análisis de la oferta y de la demanda, se configuraron las opciones de cuidados de cada perfil

- Con expertos de cada grupo de trabajo, se definieron las opciones de cuidados dirigidas a satisfacer las necesidades de recursos y servicios de los distintos perfiles.



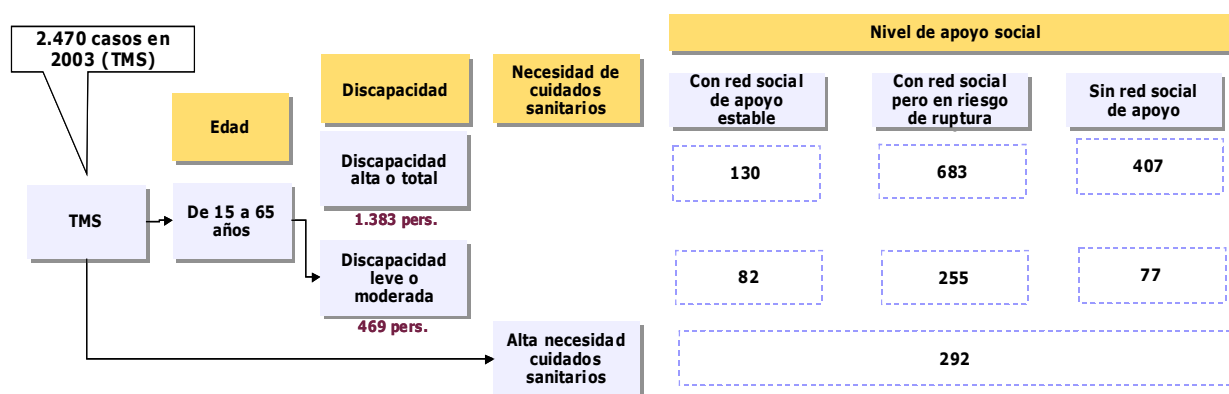
2. DEFINICIÓN DE PERFILES Y PREVALENCIAS

Exponemos a continuación y de manera sintética, el análisis de la demanda por grupos y agruparemos más adelante el resultado de las opciones de cuidados por tipo de servicio.

2.1 SALUD MENTAL

- ✓ Dentro de la amplitud que presenta la patología mental, sólo se ha incluido la correspondiente a las personas con Trastorno Mental Grave (o Severo), entendido como aquel trastorno mental de duración prolongada que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social.

- ✓ Se han seleccionado como objeto de este grupo de trabajo los casos de 15 a 65 años, teniendo en cuenta que en el grupo de Mayores con Dependencia se han planificado las opciones de cuidados de las personas mayores de 65 años.
- ✓ Existe consenso entre los responsables implicados en este grupo de trabajo en considerar como aplicables para el caso de Extremadura los resultados de un estudio que consideran la prevalencia del TMS en 2,3 casos/1000 habitantes. Extrapolando este dato a la población de Extremadura (a 2003 según el INE), se obtiene el valor supuesto actual de casos de TMS: 2.470 casos



Fuente: CADEX de Cáceres y Badajoz, Julio de 2004 y estudio interno realizado por el SES

Se ha estimado que todos los perfiles seleccionados son susceptibles de atención social y sanitaria en los términos descritos.

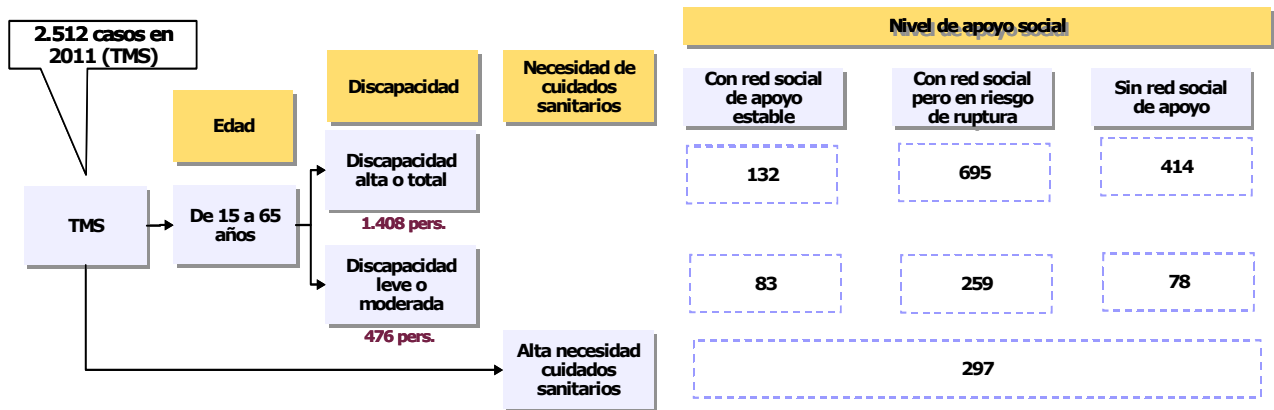
Proyección 2011

Para realizar la proyección de los perfiles identificados se han tenido en cuenta:

- ✓ En la actualidad, no se identifican factores importantes que impliquen la variación significativa en los próximos años de los determinantes biológicos de las patologías que componen los Trastornos Mentales Severos.

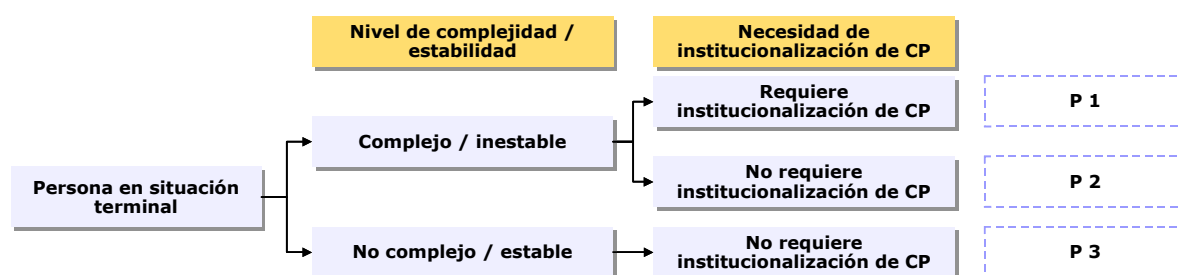
- ✓ Por otro lado, con el transcurso del tiempo, la carga del cuidador se incrementa y por lo tanto, la ruptura o el riesgo de ruptura de la red social también aumenta.
- ✓ Por esta razón, es importante tener en cuenta a los mayores de 65 años con dependencia, ya que actualmente no acceden a los servicios sociales si presentan un TMS.

No hay razones para pensar que la incidencia del Trastorno Mental Severo (TMS) incrementará en los próximos 7 años, aunque probablemente aumentará la dependencia debido al envejecimiento de la población y la relación que este factor tiene el incremento del riesgo de ruptura de la red social de apoyo



2.2 CUIDADOS PALIATIVOS

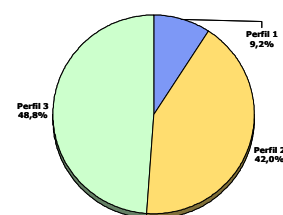
El criterio de estimación de pacientes terminales para Extremadura es de 3 casos por 1000 habitantes. Extrapolando este valor a la población de referencia para Extremadura (1.073.904 hab), se estima que los casos actuales suman: 3.222.



Perfil 1. Personas con necesidad de cuidados paliativos en situación clínicamente compleja o inestable que requiere institucionalización de CP

Perfil 2. Personas con necesidad de cuidados paliativos en situación clínicamente compleja o inestable que no requiere institucionalización de CP

Perfil 3. Personas con necesidad de cuidados paliativos en situación clínicamente no compleja o estable



Población de Extremadura	1.073.904 hab.			
Estimación de casos terminales	3.222 personas			
		Distribución por perfiles		
		Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3
Personas atendidas por los equipos de cuidados paliativos		155	695	808
Resto de personas con necesidad de CP				1.567
TOTAL CASOS TERMINALES		152	695	2.375

Se ha estimado que todos los perfiles seleccionados son susceptibles de atención social y sanitaria.

Proyección 2011

- ✓ El criterio de estimación de pacientes terminales para Extremadura es de 3 casos por 1000 habitantes. Este criterio tiene en cuenta el impacto de las variaciones que se puedan producir, tales como la desaceleración del aumento de la mortalidad por cáncer, a pesar del aumento producido en los últimos veinte años, por lo que se ha consensuado que la cifra de prevalencia sea la misma en el año 2.011.
- ✓ Casos esperados a 2011 en Extremadura: 3.276.
- ✓ Solo 4,8% de los casos (160 personas) requerirán institucionalización por su complejidad / inestabilidad.
- ✓ Aunque aproximadamente 3.116 casos (95,1%) no requerirán institucionalización, 116 (3,7%) de estas personas no tendrán red social de apoyo.

		Red social de apoyo			
		87,1%	9,2%	3,7%	
		Porcentajes obtenidos en Extremadura y en otras CC.AA para subperfiles similares			
		Nivel de complejidad / estabilidad	Necesidad de institucionalización de CP		
Persona en situación terminal	No complejo / estable	No requiere institucionalización de CP	Con red social de apoyo estable 2.098 (1,92 x 1000h)	Con red social pero en riesgo de ruptura 221 (0,20 x 1000h)	Sin red social de apoyo 90 (0,08 x 1000h)
	Complejo / inestable	Requiere institucionalización de CP	139 (0,13 x 1000h)	15 (0,01 x 1000h)	6 (0,01 x 1000h)
		No requiere institucionalización de CP	616 (0,56 x 1000h)	65 (0,06 x 1000h)	26 (0,02 x 1000h)

2.3 MENORES DE 65 AÑOS CON ALTA NECESIDAD DE CUIDADOS SANITARIOS.

Determinamos inicialmente el universo de la población con discapacidad física, desglosada por niveles de dependencia y red social de apoyo.

		Red social de apoyo			
		Con red social de apoyo estable	Con red social pero en riesgo de ruptura	Sin red social de apoyo	
Edad	Discapacidad física transitoria	Porcentajes obtenidos en otras CC.AA para subperfiles similares	65,5%	24,5%	10%
		Nivel de dependencia			
		Dependencia Total	119	44	18
	Discapacidad física permanente	Dependencia Alta	234	88	36
		Dependencia Moderada	580	217	89
		Dependencia Total	1.365	511	208
Entre 14 y 65 años	Dependencia Alta	2.690	1.006	411	
	Dependencia Moderada	6.675	2.497	1.019	

A continuación, hemos estimado la prevalencia de discapacitados físicos con **alta necesidad de cuidados** a partir del “Estudio sobre necesidades de cuidados sanitarios continuados intensos y atención sanitaria a la dependencia” realizado por la propia Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. A estos datos les hemos aplicado las estimaciones sobre red social de apoyo, proyectando, además la población a 2011, obteniendo los siguientes resultados:

		Red social de apoyo		
		Con red social de apoyo estable	Con red social pero en riesgo de ruptura	Sin red social de apoyo
Edad	Necesidad de cuidados sanitarios			
	Alta necesidad cuidados sanitarios prolongados	104 (0,11*1.000h)	17 (0,02*1.000h)	37 (0,04*1.000h)

Proyección.2011

- ✓ Las causas de las discapacidades físicas son diversas y de análisis complejo de cara a estimar su variación en un horizonte a corto - medio plazo como son los próximos 7 años.
- ✓ El trauma, las enfermedades crónicas y las neurodegenerativas son las principales causas.
- ✓ En cuanto a las traumáticas es evidente el papel claramente determinante de la incidencia de discapacidades secundarias a los accidentes de tráfico, sin embargo, establecer proyecciones razonables sobre la variación de dicha incidencia tiene un elevado nivel de incertidumbre.
- ✓ En cuanto a las patologías asociadas, aunque existen avances continuos que están tratando cada vez mejor dichas enfermedades y sus complicaciones, la supervivencia también se está incrementando y con ella la prolongación de la discapacidad y el crecimiento de la dependencia en función del envejecimiento.
- ✓ Por último, no se han identificado estudios que sugieran el impacto futuro de lo descrito en la variación de la prevalencia de las discapacidades físicas.
- ✓ Valorado esto se ha optado como opción razonable por la hipótesis de mantener la prevalencia actual en Extremadura y proyectarla a 2011 en función de la estimación poblacional realizada.
 - Casos totales de discapacitados físicos esperados a 2011 en Extremadura: 17.806 personas con edades comprendidas entre los 14 y 65 años.
 - 16.381 personas (92%) tendrán discapacidad permanente, un 12,7% de estos (2.084 personas) tendrán dependencia total y 10% (208) no tendrán red social de apoyo.
 - Además, 186 personas tendrán una alta necesidad de cuidados sanitarios prolongados.

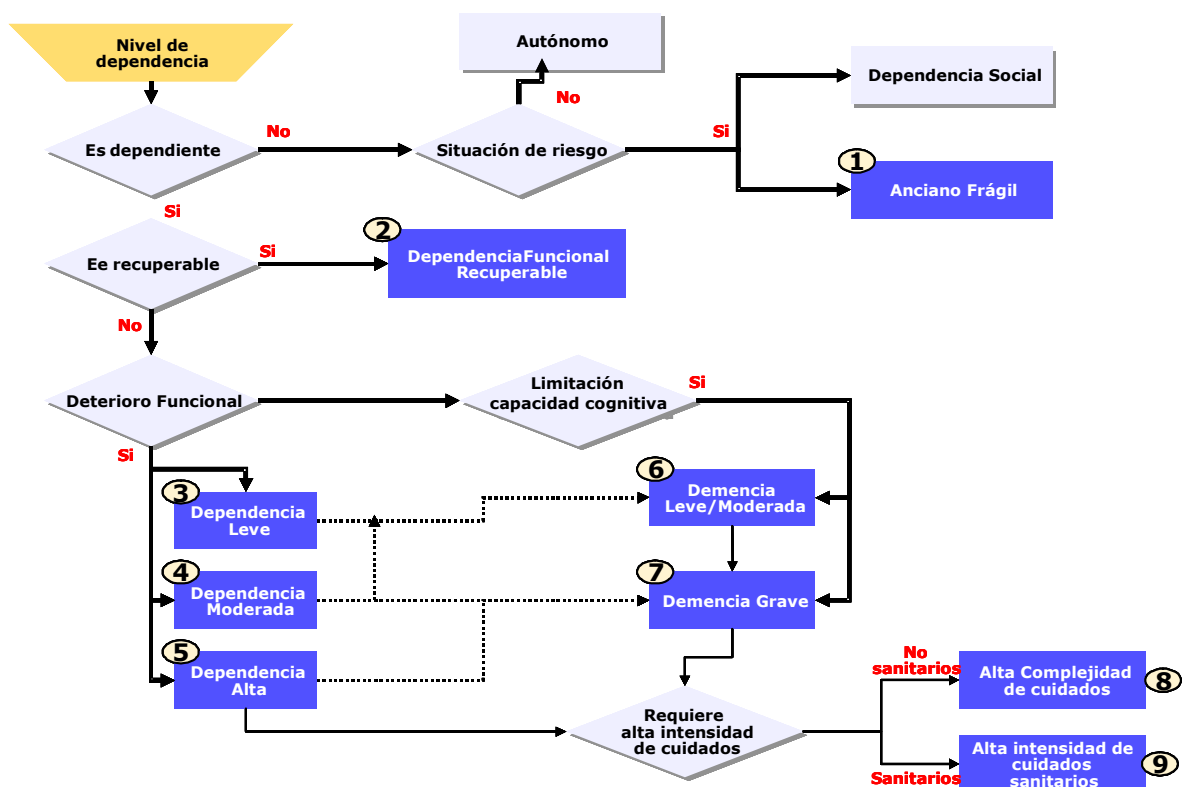
Finalmente se han seleccionado 3 perfiles que pueden requerir atención socio-sanitaria: los que presentan discapacidad física permanente y niveles de dependencia alta y total y los que requieren cuidados sanitarios continuados.

		Nivel de apoyo social			
Porcentajes orientativos obtenidos en otras CC.AA. para perfiles similares.		65,5%	24,5%	10%	
Edad	Discapacidad	Nivel de dependencia	Con red social de apoyo estable	Con red social en riesgo de ruptura	Sin red social de apoyo
Entre 14 y 65 años		Dependencia total	1.365 (1,25*1.000h)	511 (0,47*1.000h)	208 (0,19*1.000h)
		Dependencia alta	2.690 (2,46*1.000h)	1.006 (0,92*1.000h)	411 (0,37*1.000h)

		Nivel de apoyo social		
Edad	Tipos de cuidados	Con red social de apoyo estable	Con red social en riesgo de	Sin red social de apoyo
Entre 14 y 65 años	Sanitarios	122 (0,11*1.000h)	20 (0,018*1.000h)	44 (0,04*1.000h)

2.4 MAYORES DE 65 AÑOS CON DEPENDENCIA.

La perspectiva “nivel de dependencia” se desarrolló mediante un árbol de decisión, permitiendo así determinar 8 criterios de parametrización.



La perspectiva red social de apoyo, se evaluó con los criterios generales del estudio.

Las prevalencias de cada uno de los perfiles se han obtenido a partir de 3 fuentes:

- ✓ La cuantificación de personas *mayores con alta intensidad de cuidados sanitarios* se han obtenido a partir del “Estudio sobre necesidades de cuidados sanitarios continuados intensos y atención sanitaria a la dependencia” realizado por la Dirección General de Atención Socio-sanitaria y Salud del SES.
- ✓ La cuantificación de *mayores con demencia alta y con dependencia funcional alta* ha sido definido por el grupo de expertos.
- ✓ La prevalencia del resto de perfiles se ha obtenido a partir de proyectos similares desarrollados por Antares en otras CC.AA.

Proyección 2011

Por lo que respecta a las proyecciones de la población a 2011, cabe hacer el siguiente análisis:

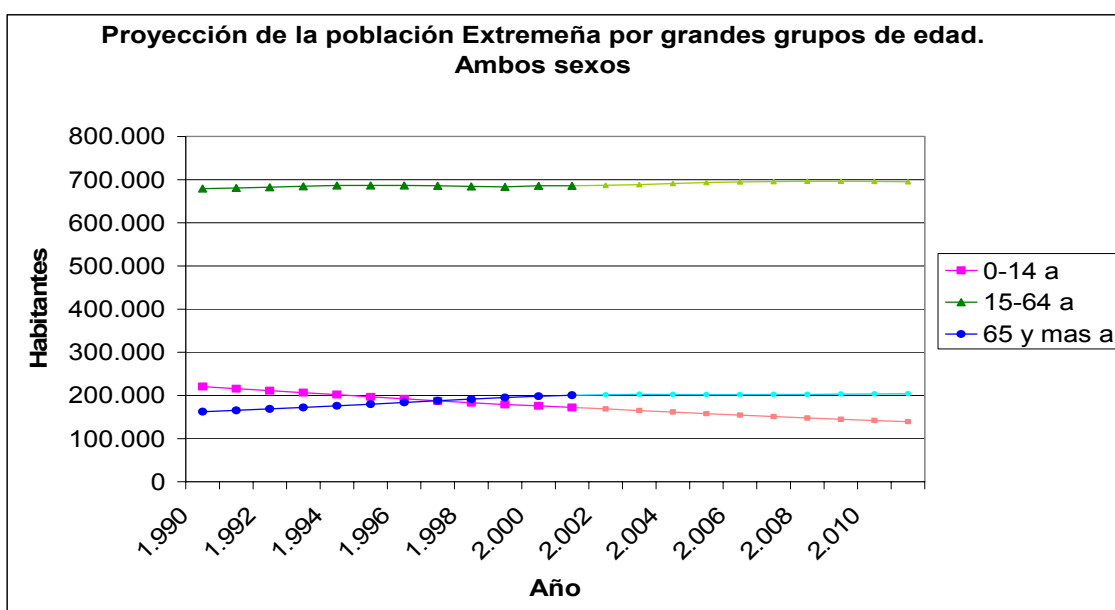
1. Si nos fijamos en solo los grandes grupos de edad, no resultaría aventurado estimar, para Extremadura en el 2011, una población de mayores de 64 años bastante similar a la actual.
2. Sin embargo, como presuponemos cambios importantes en la estructura interna de la población de mayores en Extremadura, motivados por el paso a la jubilación de grupos etarios muy escasamente poblados (la mella de la migración), necesitamos estimaciones algo más afinadas. Desgraciadamente deberemos esperar algunas semanas más hasta que el INE haga públicas sus proyecciones por Comunidades. Por ello, de manera provisional, en espera de tales datos, hemos realizado nuestras propias proyecciones. Con un método lógicamente mucho más grosero, pero que creemos puede ser suficiente para estos fines.
3. Para nuestros cálculos, hemos partido de los datos que, por edades simples y sexo, publica el INE en INEBASE de: población, defunciones y nacimientos

(según edad de la madre) de residentes en Extremadura del 1990 al 2002. Estos datos nos permiten calcular las tasas por edades simples de mortalidad y fecundidad; e indirectamente el saldo migratorio también por edades.

4. Hemos considerado que un buen supuesto de partida sería que estos tres componentes demográficos, seguirán una tendencia temporal de crecimiento similar, aunque con cierta desaceleración, a la experimentada en el último decenio.
5. Los resultados de nuestra proyección nos dicen que a nos ser que se invierta la tendencia en la reducción de la fecundidad y/o aumente sustancialmente la inmigración, Extremadura sufrirá una reducción de la población total en los próximos años de casi 20.000 (-19.875 habitantes menos respecto al 2001, lo que supone un 1.9% menos de población).

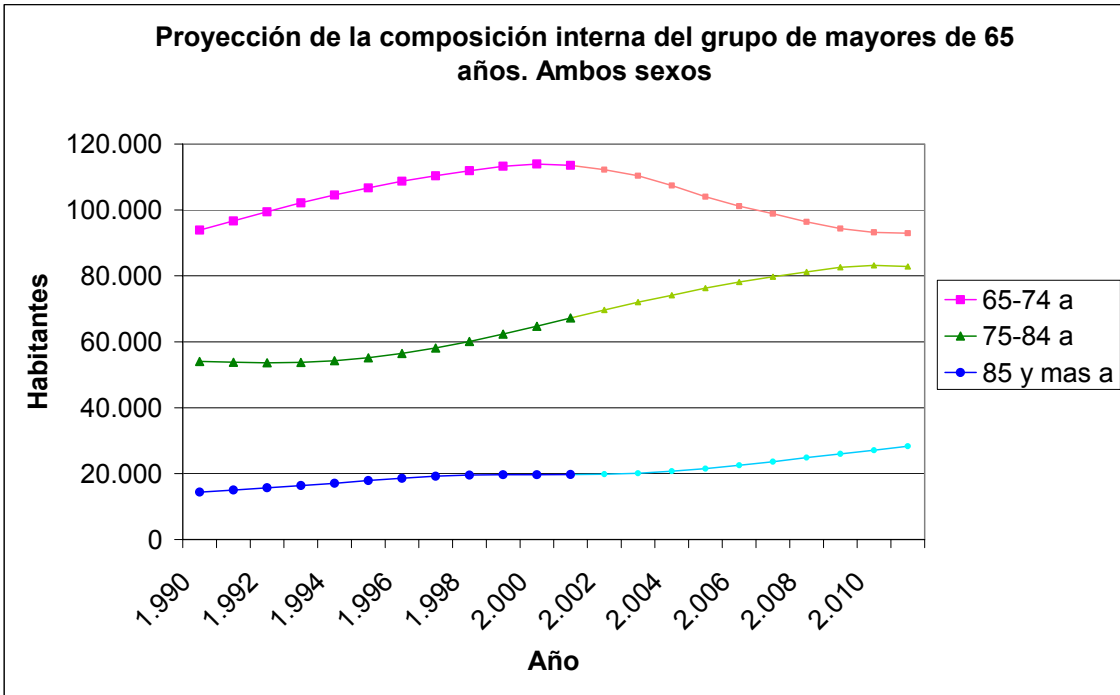
Los resultados de nuestro ejercicio de proyección, también vienen a confirmar nuestras sospechas iniciales:

- ✓ Por grandes grupos de edad, la población tiende a evolucionar de manera estable y sin cambios de tendencia.
- ✓ Estimamos una población mayor de 64 años ligeramente superior a la actual (crece en 3.570 habitantes respecto 2001, un 1.8% más de población), siendo el gran descenso de la población menor de 15 años (32.898 habitantes menos, 19% menos) el causante del descenso de la población Extremeña, ya que la población de 15 a 64 crece (9.453 habitantes más, 1.4% más).

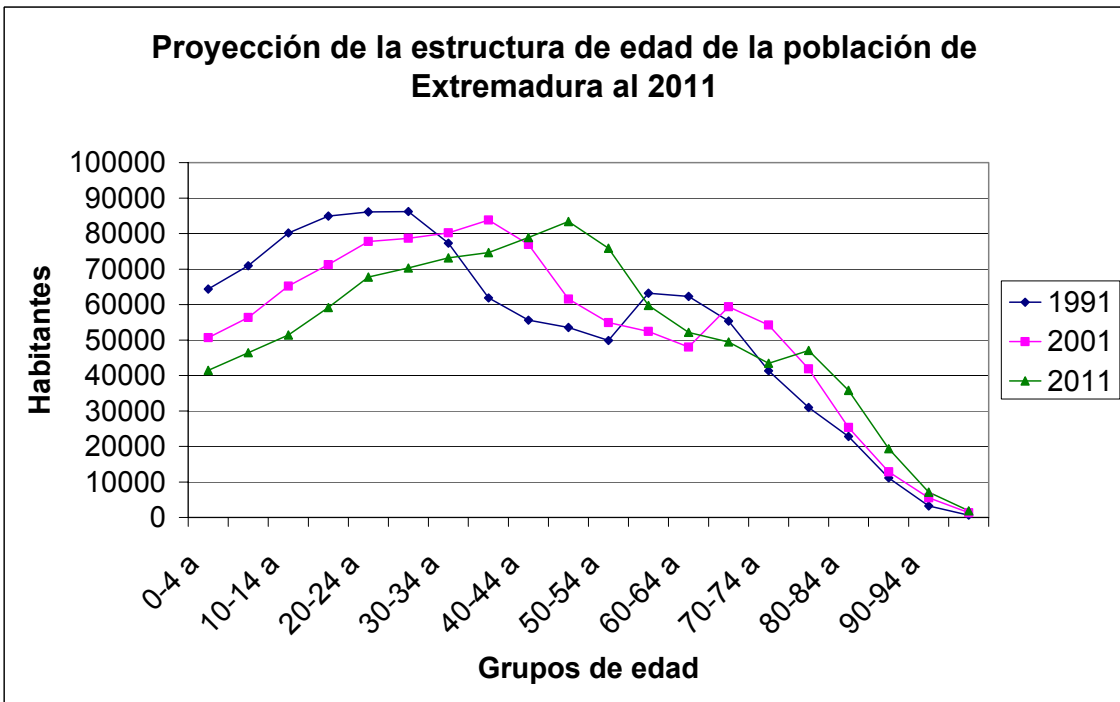


Pero es la estructura interna de la población mayor de 64 años la que sufrirá los mayores cambios.

- ✓ Con un gran descenso de la población de 65 a 74 años (20.647 habitantes menos que en el 2001, 18% menos), y un aumento más pronunciado de los de 75 a 84 años (15.595 habitantes más, 23% más), que casi alcanza cifras similares a las del grupo de 65 a 75.
- ✓ Los muy mayores siguen la tendencia ascendente del último decenio sin cambios notables, lo que no impide que sea también importante el incremento de la población de muy mayores (8.622 habitantes más, 44% más).



El gráfico que sigue, muestra los cambios que sufrirá la estructura de población por grupos quinquenales de edad, donde se aprecia claramente el efecto del paso de la mella de la emigración hasta abarcar principalmente los grupos de edad de 65 a 74 años en el 2011.



Las tablas que siguen resumen los resultados obtenidos.

**Proyección de la población de Extremadura al 2011.
Cifras absolutas por grupos de edad y sexo.**

	Varones			Mujeres			Ambos sexos		
	1991	2001	2011	1991	2001	2011	1991	2001	2011
Total	524966	524743	515393	536770	533422	522897	1061736	1058165	1038290
0-4 a	33252	25917	21049	31122	24725	20375	64374	50642	41424
5-9 a	36575	28860	23493	34379	27484	22921	70954	56344	46414
10-14 a	40938	33568	26032	39217	31608	25393	80155	65176	51426
15-19 a	43478	36910	30296	41479	34340	28832	84957	71250	59128
20-24 a	44014	39828	35137	42061	37941	32617	86075	77769	67754
25-29 a	44070	40311	36796	42117	38342	33472	86187	78653	70267
30-34 a	40202	40798	37582	37071	39412	35576	77273	80210	73158
35-39 a	32501	42933	38216	29377	40913	36410	61878	83846	74626
40-44 a	28736	40064	40173	26844	36853	38688	55580	76917	78861
45-49 a	27082	32306	42691	26440	29254	40695	53522	61560	83386
50-54 a	24397	28148	39252	25461	26766	36625	49858	54914	75877
55-59 a	30740	26037	30730	32441	26361	29011	63181	52398	59742
60-64 a	30214	22976	25953	32063	25025	26220	62277	48001	52173
65-69 a	25929	27881	23733	29403	31474	25718	55332	59355	49451
70-74 a	17818	24700	19664	23505	29510	23802	41323	54210	43467
75-79 a	11831	17794	19972	19164	24083	27067	30995	41877	47039
80-84 a	8316	9624	14521	14505	15737	21272	22821	25361	35794
85-89 a	3743	4102	7241	7391	8728	12145	11134	12830	19386
90-94 a	979	1625	2399	2252	3880	4684	3231	5505	7083
95 y mas a	151	361	463	478	986	1373	629	1347	1835

La extrapolación de datos obtenidos en otras CC.AA nos permite cuantificar el estado de la red social del total de mayores en Extremadura.

Porcentajes orientativos obtenidos en otras CCAA para personas mayores de 65 años	Nivel de apoyo social		
	45,8% Con red social de apoyo estable	35,5% Con red social pero en riesgo de ruptura	18,7% Sin red social de apoyo
Anciano frágil	32.216	=	14.755 + 11.437 + 6.024
Dep. funcional recuperable	1.305	=	598 + 463 + 244
Dep. leve	12.790	=	5.858 + 4590 + 2.392
Dep. Moderada	10.310	=	4.722 + 3.660 + 1.928
Dem. Leve o moderada	10.310	=	4.722 + 3.660 + 1.928
Dependencia alta	7.700	=	3.527 + 2.734 + 1.440
Demencia Grave	1.958	=	897 + 695 + 366
Alta complejidad de cuidados	1.958	=	897 + 695 + 366
Alta intensidad de cuidados sanitarios	305	=	140 + 108 + 57

Documento Preliminar

En el análisis final se ha considerado que del total de perfiles, son cuatro los que tendrían prioridad para requerir atención social y sanitaria de manera sinérgica, que son los que se señalan a continuación:

- ✓ Personas mayores con un nivel alto de dependencia.
- ✓ Personas mayores que presentan demencia grave.
- ✓ Personas mayores con alta complejidad de cuidados.
- ✓ Personas mayores que precisan una alta intensidad de cuidados sanitarios.

Las prevalencias esperadas para cada uno de los perfiles son las siguientes:

				18,7%				
		Con red social de apoyo estable	Con red social pero en riesgo de ruptura	Sin red social de apoyo				
Nivel de dependencia	Dependencia alta	7.700	=	3.527	+	2.734	+	1.440
	Demencia Grave	1.958	=	897	+	695	+	366
	Alta Complejidad de cuidados	1.958	=	897	+	695	+	57
	Alta intensidad cuida. sanit.	305	=	305				



2.5 DISCAPACITADOS INTELECTUALES

Para realizar la cuantificación de los perfiles consensuados para los discapacitados intelectuales es necesario analizar las siguientes variables:

- ✓ Edad de los discapacitados intelectuales.
- ✓ Nivel de dependencia.
- ✓ Trastornos de conducta.
- ✓ Red social de apoyo.

La proyección a 2011 de esta población es la siguiente:

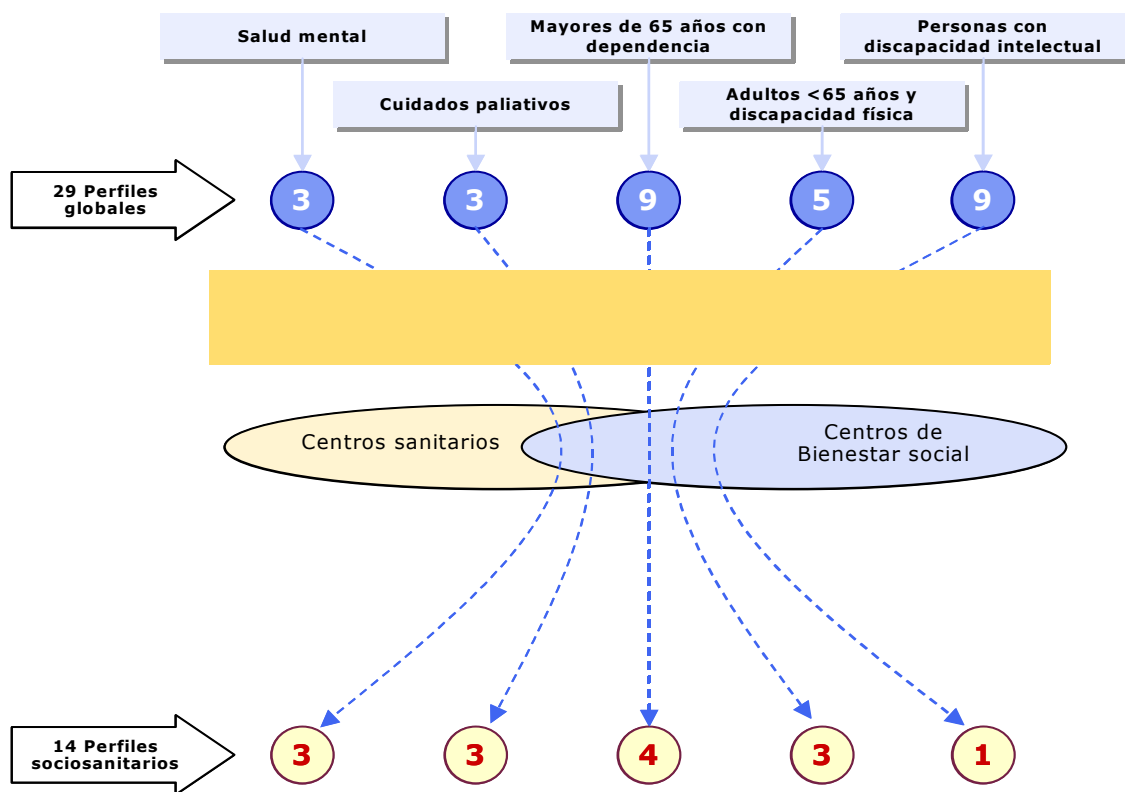
Edad	Nivel de dependencia	Trastornos de conducta	Nivel de apoyo social	
			Con red social de apoyo	Sin red social de apoyo
			Porcentajes obtenidos en otras CC.AA para subperfiles similares	
			77,8%	22,2%
Niños (0-6)	Dependencia alta y total	Con y Sin T. de cond	22	5
En etapa escolar / juvenil (7-20)	Dependencia alta	Con T. de cond	13	3
		Sin T. de cond	304	68
	Dependencia total	Con T. de cond	7	2
		Sin T. de cond	151	33
En etapa adulta (21-64)	Dependencia alta	Con T. de cond	135	30
		Sin T. de cond	6.184	1.373
	Dependencia total	Con T. de cond	45	10
		Sin T. de cond	2.077	461
			1.616	461

El número de discapacitados intelectuales que requieren atención socio-sanitaria es pequeño y se tratará de forma específica.

- ✓ Se estima que en 2011 habrán cerca de 200 personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta.
- ✓ De estas personas, solo entre 8% y 10% tendrán trastornos de conducta graves.
- ✓ Al ser un número tan pequeño de casos, se consideran como un perfil único a tratar de forma específica con planes de acción a medida.

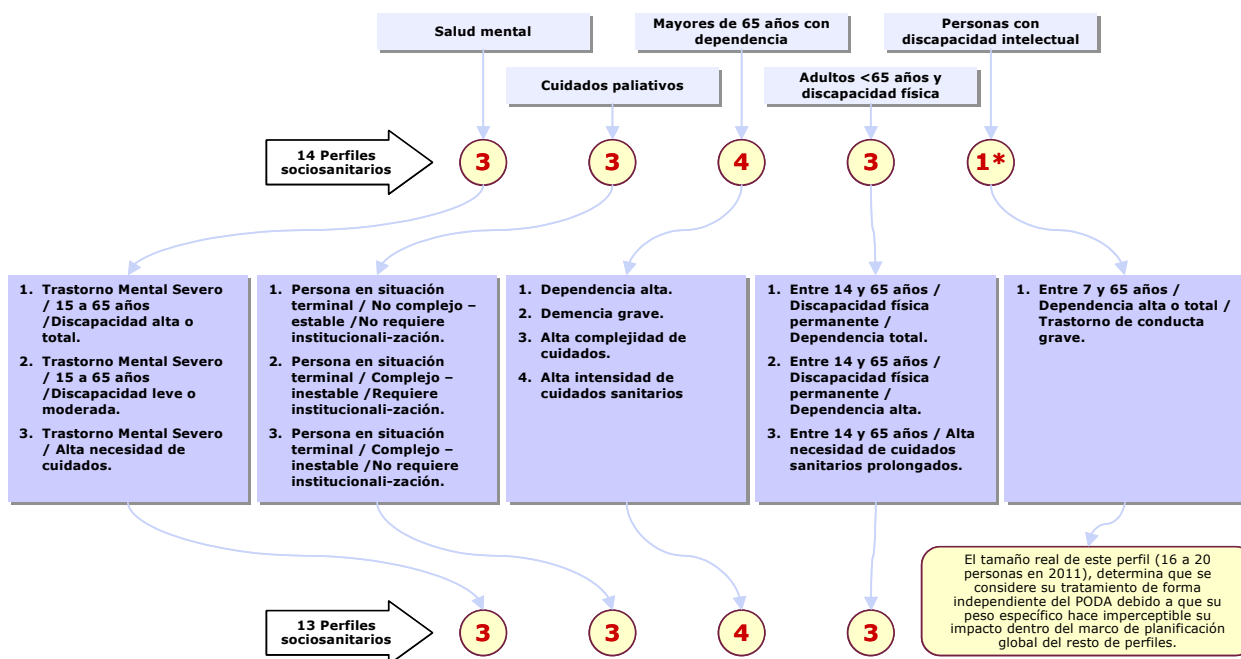
2.6 EN RESUMEN

1. Se determinaron cinco grandes tipologías de usuarios que agrupan a los potenciales demandantes de servicios socio-sanitarios.
2. Para cada uno de estos grupos de usuarios se establecieron los principales determinantes que podrían diferenciarlos en función de la necesidad de cuidados, estableciendo así 29 perfiles globales.
3. De estos, se seleccionaron a su vez los perfiles que comprenden aquellos tipos de usuarios que por su necesidad de cuidados y servicios, requieren atención socio-sanitaria.



PERFILES CON NECESIDAD DE ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL

Documento Preliminar



3. ANÁLISIS DE LAS OPCIONES DE CUIDADOS POR GRUPOS DE POBLACIÓN

Siguiendo la metodología descrita en el apartado anterior, una vez descrita la oferta de servicios presente y futura y la demanda actual y esperada, se correlacionan ambos aspectos, configurando opciones de cuidados teóricamente ideales para cada grupo de población, por perfiles.

Las opciones de cuidados han sido definidas en 5 talleres de expertos celebrados en Extremadura para cada uno de los grupos: discapacitados físicos, discapacitados intelectuales, mayores con dependencia, cuidados paliativos y salud mental.

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y RECURSOS A OFERTAR

Los servicios que aparecen a continuación han sido los planteados a los distintos grupos de expertos como una oferta posible de prestaciones y dispositivos sobre la que establecer las opciones de cuidados y no supone en absoluto un catálogo de servicios cerrado y mucho menos, una propuesta de cartera de servicios. Están realizadas bajo el prisma de la máxima variedad en la oferta posible y la adecuación en su denominación y funciones a la actualmente existente en la región, en los casos en los que el servicio se ofrece. Aparecen agrupados por tipo de dispositivo.

La descripción de cada uno de los dispositivos, la oferta actual del mismo en la región, así como su coste y financiación, aparece en el correspondiente anexo del presente trabajo.

SERVICIOS RESIDENCIALES

T2 Camas físicos
 T2 Camas mayores (Dep. Alta y Dem. Grav)
 T2 Camas psíquicos
 T2 Camas discapacitados intelectuales
 T2 Centro rehabilitación físicos
 T3 Camas enfermos mentales
 T3 Camas físicos
 T3 Camas mayores
 T3 PNCP
 Pisos tutelados D. Físicos
 Pisos tutelados Mayores
 Pisos tutelados D.Intelect.
 Pisos tutelados S.Mental

SERVICIOS SANITARIOS

T1 Camas físicos alta int. cuid. sanit.
 T1 Camas mayores
 T1 Camas PNCP
 T1 Unidad de Media Estancia
 T1 Unidad de rehabilitación
 Estancias en centros hospitalarios CP
 Unidad de hospitalización breve
 Hospital de día D. Físicos
 Hospital de día Mayores
 Hospital de día S.Mental
 Visitas hospitalarias CP
 Control y seguimiento por los ESM
 Intervención del ESM a domicilio
 Atención domiciliaria de cuidados paliativos
 Atención primaria

SERVICIOS DE APOYO A LAS FAMILIAS

Servicio de respiro a domicilio
 Estancia temporal sanitaria
 Formación a cuidadores
 Servicio de atención psicosocial cuidadores
 Servicio de atención psicosocial familiar(CP)
 Servicio de información y orientación

SERVICIOS EN CENTROS DIURNOS

Centro día físicos
 Centro día mayores
 Centro día psíquicos
 Centro ocup. físicos
 Centro ocup. Psíquicos
 Centro ocup. Salud Mental
 Centros día demencia mayores
 Apoyo psicológico al paciente PNCP
 Asesoramiento jurídico
 Centro de rehabilitación psicosocial
 Prog.de inserc.y capac.labor. psíquicos
 Prog.inser.y capac. laboral físicos
 Programas de inser. y capac. laboral S.Mental
 Programas de ocio y tiempo libre Mayores
 Programas de ocio y tiempo libre Salud Mental
 Programas de refuerzo y seg. prevent.
 Servicios de educación especial
 Servicio de terapia ocupacional PNCP

SERVICIOS A DOMICILIO

Telealarma
 Transporte sanitario
 Ayuda a domicilio de cuidados personales
 Ayuda a domicilio atención doméstica
 Lavandería a domicilio
 Comida a domicilio
 Ayudas técnicas
 Fisioterapia a domicilio
 Enfermería a domicilio
 Médico a domicilio
 Compañía a domicilio
 Seguimiento social a domicilio

Los servicios de internamiento dirigidos a los grupos de población definidos y a los perfiles seleccionados que han servido para establecer el plan de cuidados ideal para cada uno de estos grupos, se han agrupado según las tablas adjuntas, en recursos tipo convalecencia, tipo 1 y tipo 2, según oferten cuidados sanitarios de diferente intensidad. Por la novedad de su denominación, así como por la importancia que tienen en el análisis de la demanda y en la determinación de la oferta, se adjunta aquí la definición de cada uno de ellos. Están referidas a los perfiles de población con características no psiquiátricas.

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

Documento Preliminar

UNIDAD DE CONVALECENCIA Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL (T "0")		
Ubicación preferente	Entorno hospitalario, a ser posible una unidad en cada hospital de agudos.	
Cartera de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de rehabilitación - Terapia ocupacional - Fisioterapia - Control de horarios - Terapia ocupacional con alimentación 	
Paciente diana	<ul style="list-style-type: none"> - ACVA, cadera y rodilla > 65% - Inmovilidad, crónicos recuperables < 35% <p>* Procedencia 90% de hospital y 10% de la comunidad, siempre previa valoración de la UVS.</p> <p>* Cualquier paciente con deterioro subagudo, bien diagnosticado y posibilidad de recuperación en tres semanas de 25% en el Barthel.</p>	
Requisitos mínimos	<ul style="list-style-type: none"> - Habitaciones dobles, espacio suficiente (20 a 25 metros) - Oxígeno y vacío en todas las camas - Sistemas de privacidad para la exploración - Camas motorizadas para todas las posiciones - Baños geriátricos y entorno adaptado - Sistemas de aviso adaptados a discapacidad - Gimnasio equipado, separado de la sala de estar - Pasillos amplios y adaptados - Entorno agradable 	
Personal (30 camas)	Ratios (10 camas)	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos: 0,48 - DUE: 2,03 - Auxiliares: 2,95 - Ter. Ocupacional: 0,41 - Fisioterapeuta: 0,59 - Trab. Social: 0,23
	Mañana	<ul style="list-style-type: none"> - 2 médicos (compartidos con UVS) - 2 DUE - 2 auxiliar - 2 terapeuta ocupacional - 0,5 trab. Social - 1 fisioterapeuta (o posibilidad de acudir a fisioterapia en gimnasio hospital)
	Tarde	<ul style="list-style-type: none"> - 1 DUE - 2 auxiliar - 1 terap. Ocupacional
	Noche	<ul style="list-style-type: none"> - 1 DUE - 1,5 auxiliar
Estancia media	<24 días	
Destino al alta	<p>Domicilio: 72,6 %</p> <p>Residencia: 11,96 %</p> <p>Fallecimientos: 6,92 %</p> <p>Unidad de Agudos: 4,21 %</p> <p>U. Larga Estancia: 2,44 %</p>	

T1 - UNIDAD DE CUIDADOS SANITARIOS INTENSOS CONTINUADOS (CIC)	
Ubicación preferente	<ul style="list-style-type: none"> – En unidades independientes pero integradas dentro de un hospital de agudos, o en un hospital de apoyo.
Cartera de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> – Valoración y plan inicial médico, de cuidados de enfermería y social. – Visita médica diaria. – Visita médica de urgencia si se precisa. – Control de constantes básicas. – Control y seguimiento estricto de síntomas. – Farmacia hospitalaria, control de la prescripción e interacciones, guía farmacológica. – Protocolos e itinerarios clínicos.
Paciente diana (T1A)	<p>Paciente que cumpla los siguientes criterios (T1A):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de una o varias de las siguientes enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> – Insuficiencia de órgano vital avanzada o descompensada – Enfermedad en fase terminal – Senilidad extrema – Pluripatología (>7 categorías diferentes CIE9 MC) 2. Necesidad de seguimiento médico diario 3. Imposibilidad de prestación de cuidados en domicilio 4. Evaluación de los tres criterios anteriores por el EVS
Paciente diana (T1B)	<p>Paciente que cumpla los siguientes criterios (T1B):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de una o varias de las siguientes enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> – Demencia de cualquier etiología – Enfermedad neoplásica en fase terminal – Insuficiencia de órgano – Daño cerebral secundario a traumatismo o accidente cerebrovascular 2. Necesidad de uno de estos servicios: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidados de enfermería superiores a ½ hora diaria, todos los días de la semana, incluyendo curas de úlceras, sueroterapia intensiva, aspiración de secreciones, etc. – Ventilación mecánica – Nutrición parenteral 3. Imposibilidad de prestar estos cuidados en el domicilio, según criterio de la unidad de V.S.

T1 - UNIDAD DE CUIDADOS SANITARIOS INTENSOS CONTINUADOS (CIC)	
Requisitos mínimos	<ul style="list-style-type: none">– Habitaciones individuales, con espacio suficiente (15 a 20 metros)– Oxígeno y vacío en todas las camas– Camas motorizadas para todas las posiciones– 1 baño geriátrico por cada 15 camas– Entorno adaptado para la máxima comodidad del cuidador.– Medidas antiescaras. Incluyendo 1 colchón antiescaras por paciente.
Personal (ratios para cada 10 camas)	<ul style="list-style-type: none">– 0,6 médicos + guardia presencia física en el centro, 24 horas– 3,5 DUE– 3 auxiliar de enfermería– 0,2 psicólogos, 0,2 trab. Sociales y 0,5 fisioterapeutas
Destino al alta	<ul style="list-style-type: none">– Domicilio (>50%)– T3 ó centros residenciales– Éxitus– Hospital de agudos (<10%)

T2 – UNIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA A LA DEPENDENCIA (ASD)	
Ubicación preferente	En centros residenciales, dotados de unidades separadas.
Cartera de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> – Valoración inicial de médico, enfermera y trabajador social. – Visita médica a demanda del personal de enfermería. – Visita de enfermería diaria, con control de síntomas y constantes vitales, curas y administración de tratamientos parenterales o en aerosol si se precisan. – Fisioterapia y terapia ocupacional – Control de alimentación o nutrición enteral
Paciente diana	<p>Pacientes que cumplan los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Barthel igual o inferior a 50 2. Uno de los siguientes requisitos. <ul style="list-style-type: none"> – Necesidad de medicación parenteral (subcutánea) ó nutrición enteral. – Presencia de curas con carga de enfermería inferior a ½ hora diaria. – Necesidad de oxigenoterapia continua o aspiración intermitente de secreciones. – Una o varias ostomías. 3. Imposibilidad de prestar estos cuidados en el domicilio (según valoración del EVS)
Requisitos mínimos	<ul style="list-style-type: none"> – Habitaciones individuales, con espacio suficiente (15 a 20 metros) – Oxígeno y vacío (pueden ser portátiles siempre que se garantice una unidad cada 2 camas) – Camas motorizadas para todas las posiciones – 1 baño geriátrico por cada 15 camas – Entorno adaptado para la máxima comodidad del cuidador. – Medidas antiescaras. incluyendo 1 colchón antiescaras por paciente.
Personal (ratios para cada 10 camas)	<ul style="list-style-type: none"> – 0,2 médicos + guardia localizada, 24 horas – 2,5 DUE – 4 auxiliar de enfermería – 0,2 psicólogos, 0,5 trab. Sociales, 0,4 terap. Ocupacionales y 0,2 fisioterapeutas
Destino al alta	<ul style="list-style-type: none"> – Domicilio (>30%) – T2 – Unidad de cuidados continuados intensivos – Centros residenciales – Éxitus – Hospital de agudos < 10%

Documento Preliminar

T3 – CUIDADOS PERSONALES Y DE LA DEPENDENCIA	
Ubicación preferente	Centros Residenciales para asistidos.
Cartera de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> – Valoración inicial de médico, enfermera y trabajador social. – Visita médica a demanda del personal de enfermería. – Visita de enfermería < 1/24 horas, a demanda para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Úlceras grados I ó II que requieran curas <1/24 horas ▪ Medicación im ó sc < 1/24 horas – Auxiliar: Disponibilidad continua para higiene, administración de medicamentos (no parenterales) y de alimentación. – Fisioterapia y terapia ocupacional a demanda.
Paciente diana	Personas que requieren cuidados dirigidos a paliar su dependencia, con intervención sanitaria puntual (similar, desde el punto de vista sanitario, a cualquier persona en domicilio).
Requisitos mínimos	<ul style="list-style-type: none"> – Habitaciones individuales o dobles, con espacio suficiente. – 1 bomba de oxígeno y un aparato de vacío por cada 25 residentes. – Camas motorizadas para todas las posiciones – Baños geriátricos en todas las habitaciones. – 1 colchón antiescaras por cada 5 residentes. – Equipamiento geriátrico necesario, como grúas elevadoras o de transferencia.
Personal (ratios para cada 10 camas)	<ul style="list-style-type: none"> – 0,12 médicos + guardia localizada, 24 horas – 0,50 DUE – 3,5 auxiliar de enfermería – 0,04 terap. Ocupacionales y 0,04 fisioterapeutas – 0,25 psicólogos por cada 10 plazas de demencia grave
Destino al alta	<ul style="list-style-type: none"> – Domicilio (<10%) – T2 – Unidad de cuidados continuados intensivos – Centros residenciales – Éxitus – Hospital de agudos < 10%

3.2 RESUMEN DE LAS OPCIONES DE CUIDADOS PLANTEADAS

El resumen de los criterios de actuación básicos establecidos por los expertos participantes en los talleres para cada uno de los grupos de población son los siguientes

3.2.1 SALUD MENTAL

Institucionalización social de las personas con un alto grado de discapacidad y red social frágil

- Las personas que presentan este tipo de perfil serían atendidas en mini-residencias o en pisos tutelados con refuerzo sanitario especializado.

Integración en la vida en comunidad y máxima normalización posible

- Los programas de ocio y tiempo libre, así como los de inserción y capacitación laboral fueron propuestos para la mayor parte de los perfiles.
 - Actualmente este tipo de servicios no se ofrecen en Extremadura.
- Por otro lado, los servicios ofrecidos por los centros de rehabilitación psicosocial se consideran necesarios para todos los perfiles.

3.2.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Institucionalización de las personas que no disponen de una red social de apoyo

- Las PNCP no complejas/estables deben ser atendidas en residencias asistidas de adultos.
- Las PNCP complejas/inestables deben ser atendidas en recursos sanitarios, concretamente en unidades de cuidados paliativos de agudos de corta y media estancia.

Mayor acompañamiento familiar para evitar la claudicación de los cuidadores

- Las PNCP en situación clínicamente no compleja/estable y las PNCP en situación clínicamente compleja/inestable que no requieren institucionalización, deberán recibir servicios de ayuda a domicilio, así como servicios de apoyo a las familias.
 - Adicionalmente las PNCP con red social en riesgo de quiebra deberán poder acceder a servicios de respiro familiar.

Una parte importante de los servicios propuestos no se ofrecen actualmente en Extremadura

- Algunos de los recursos propuestos para varios de los perfiles definidos se ofrecen en Extremadura de forma todavía por optimizar:
 - Estancias en unidades de cuidados paliativos de media estancia, servicios de asesoramiento jurídico, servicios de respiro, presupuesto para adaptación del entorno y/o ayudas técnicas, servicios de rehabilitación y servicios de acompañamiento.

3.2.3 MENORES DE 65 AÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Total normalización de las personas con discapacidad física recuperable

- La mayor parte de discapacitados físicos recuperables son atendidos en hospitales de día o en centros con capacidad de rehabilitación.
 - Puntualmente se le ofrecen otro tipo de ayudas (p.ej. presupuesto para adaptación del entorno y/o ayudas técnicas)

Apoyo personal y acompañamiento a la familia para los discapacitados físicos no recuperables

- Se persigue conseguir la máxima normalización posible del discapacitado físico no recuperable.
 - Para ello, se ofrecen servicios en centros ocupacionales, servicios domiciliarios y atención en centros de día especializados.
- Por otro lado se ofrecen servicios que eviten la claudicación de los cuidadores, como por ejemplo:
 - Servicios de respiro, apoyo psicológico y programas de formación a familiares.

Una parte importante de los servicios propuestos no se ofrecen actualmente en Extremadura

- Algunos recursos propuestos para la atención adecuada de los discapacitados físicos no se ofrecen en Extremadura, en concreto:
 - Viviendas tuteladas, servicios de respiro, centros de día de atención especializada, servicios de terapia ocupacional, programas de apoyo psicológico, programas de formación a la familia, centros de crónicos...

3.2.4 MAYORES CON DEPENDENCIA

Mantenimiento de la persona mayor en su unidad familiar

- Los servicios residenciales han sido propuestos únicamente para personas graves sin red social de apoyo.
 - Las personas con un nivel de dependencia leve y sin red social serían atendidas en pisos tutelados
- A medida que aumenta el nivel de dependencia de la persona mayor, se ponen a su disposición una mayor cantidad de servicios (domicilio, de apoyo a los cuidadores...) para evitar la institucionalización del paciente.

Medidas preventivas para evitar factores de riesgo

- Los servicios de vigilancia y prevención son propuestos para una gran parte de los perfiles definidos.

3.2.5 DISCAPACITADOS INTELECTUALES

Institucionalización de los discapacitados intelectuales con problemas de conducta

- La atención en centros especializados para personas con graves problemas de conducta fueron propuestas para la mayor parte de discapacitados intelectuales entre 7 y 64 años que presentan un problema de conducta.

Mantenimiento del discapacitado intelectual sin trastornos de conducta en la unidad familiar

- Se consideró la institucionalización como último recurso para atender a las personas con discapacidad intelectual sin trastornos de conducta:
 - El apoyo familiar fue considerado la mejor opción de cuidados para las personas discapacitadas. Además se le dio una gran importancia a los servicios de respiro familiar como medida para mantener la estabilidad del núcleo familiar.
 - Las viviendas tuteladas fueron consideradas el recurso más adecuado para las personas sin trastorno de conducta, en etapa escolar y laboral y sin red de apoyo social.

Máxima normalización posible

- Los discapacitados intelectuales son considerados como personas con capacidad de aprendizaje y desarrollo, y se apuesta por la capacitación a todos los niveles

4. ANÁLISIS CUALITATIVO OFERTA ACTUAL - OFERTA FUTURA.

Realizamos a continuación un análisis comparativo entre las opciones de cuidados ideales planteadas por los expertos y la oferta real actual existente en nuestra Comunidad para cada uno de los grupos.

SALUD MENTAL

La mayor parte de los servicios propuestos en el taller de expertos de salud mental se ofrecen actualmente en Extremadura con distintos grados de intensidad

SERVICIOS RESIDENCIALES	Servicio propuesto en el taller de SM	Oferta actual	SERVICIOS EN CENTROS DIURNOS	Servicio propuesto en el taller de SM	Oferta actual
	T2 Camas físicos T2 Camas mayores (Dep. Alta y Dem. Grav.) T2 Camas psíquicos T2 Centro rehabilitación físicos T2 Camas Discap. Intelectuales T3 Camas enfermos mentales T3 Camas físicos T3 Camas mayores T3 PNCP Pisos tutelados D. Físicos Pisos tutelados Mayores Pisos tutelados D. Intelec. Pisos tutelados S. Mental				Centro día físicos Centro día mayores Centro día psíquicos Centro ocup. físicos Centro ocup. Psíquicos Centro ocup. Salud Mental Centros día demencia mayores Apoyo psicológico al paciente PNCP Asesoramiento jurídico Centro de rehabilitación psicosocial Prog.de inserc.y capac.labor. psíquicos Prog.inser.y capac. laboral físicos Programas de inser. y capac. laboral S.Mental Programas de ocio y tiempo libre Mayores Programas de ocio y tiempo libre Salud Mental Programas de refuerzo y seg. prevent. Servicios de educación especial Servicio de terapia ocupacional PNCP
SERVICIOS SANITARIOS			SERVICIOS A DOMICILIO		
T1 Camas físicos alta int. cuid. sanit. T1 Camas mayores (Alta complejidad cuidados) T1 Camas PNCP T1 Unidad de Media Estancia T1 Unidad de rehabilitación Estancias en centros hospitalarios CP Unidad de hospitalización breve Hospital de día D. Físicos Hospital de día Mayores Hospital de día S.Mental Visitas hospitalarias CP Control y seguimiento por los ESM Intervención del ESM a domicilio Atención domiciliaria de cuidados paliativos Atención primaria			Telealarma Transporte sanitario Ayuda a domicilio de cuidados personales Ayuda a domicilio atención doméstica Lavandería a domicilio Comida a domicilio Ayudas técnicas Fisioterapia a domicilio Enfermería a domicilio Médico a domicilio Compañía a domicilio Seguimiento social a domicilio		
SERVICIOS DE APOYO A LAS FAMILIAS					
Servicio de respiro a domicilio Estancia temporal sanitaria Formación a cuidadores Servicio de atención psicosocial cuidadores Servicio de atención psicosocial familiar(CP) Servicio de información y orientación					

CUIDADOS PALIATIVOS

Aproximadamente la mitad de los servicios propuestos en el taller de expertos de cuidados paliativos no son ofrecidos en la actualidad en Extremadura

Documento Preliminar

	Servicio propuesto en el taller de CP	Oferta actual		Servicio propuesto en el taller de CP	Oferta actual
SERVICIOS RESIDENCIALES			SERVICIOS EN CENTROS DIURNOS		
T2 Camas físicos			Centro día físicos		
T2 Camas mayores (Dep. Alta y Dem. Grav)			Centro día mayores		
T2 Camas psíquicos			Centro día psíquicos		
T2 Centro rehabilitación físicos			Centro ocup. físicos		
T2 Camas Discap. Intelectuales			Centro ocup. Psíquicos		
T3 Camas enfermos mentales			Centro ocup. Salud Mental		
T3 Camas mayores			Centros día demencia mayores		
T3 Camas físicos			Apoyo psicológico al paciente PNCP		
T3 PNCP			Asesoramiento jurídico		
Pisos tutelados D. Físicos			Centro de rehabilitación psicosocial		
Pisos tutelados Mayores			Prog.de inserc.y capac.labor. psíquicos		
Pisos tutelados D.Intelect.			Prog.inser.y capac. laboral físicos		
Pisos tutelados S.Mental			Programas de inser. y capac. laboral S.Mental		
			Programas de ocio y tiempo libre Mayores		
			Programas de ocio y tiempo libre Salud Mental		
			Programas de refuerzo y seg. prevent.		
			Servicios de educación especial		
			Servicio de terapia ocupacional PNCP		
SERVICIOS SANITARIOS			SERVICIOS A DOMICILIO		
T1 Camas físicos alta int. cuid. sanit.			Telealarma		
T1 Camas mayores (Alta complejidad cuidados)			Transporte sanitario		
T1 Camas PNCP			Ayuda a domicilio de cuidados personales		
T1 Unidad de Media Estancia			Ayuda a domicilio atención doméstica		
T1 Unidad de rehabilitación			Lavandería a domicilio		
Estancias en centros hospitalarios CP			Comida a domicilio		
Unidad de hospitalización breve			Ayudas técnicas		
Hospital de día D. Físicos			Fisioterapia a domicilio		
Hospital de día Mayores			Enfermería a domicilio		
Hospital de día S.Mental			Médico a domicilio		
Visitas hospitalarias CP			Compañía a domicilio		
Control y seguimiento por los ESM			Seguimiento social a domicilio		
Intervención del ESM a domicilio					
Atención domiciliaria de cuidados paliativos					
Atención primaria					
SERVICIOS DE APOYO A LAS FAMILIAS					
Servicio de respiro a domicilio					
Estancia temporal sanitaria					
Formación a cuidadores					
Servicio de atención psicosocial cuidadores					
Servicio de atención psicosocial familiar(CP)					
Servicio de información y orientación					

DISCAPACITADOS FÍSICOS

Un tercio de los servicios propuestos en el taller de expertos de discapacitados físicos no se ofrecen actualmente en Extremadura.

	Servicio propuesto en el taller de DF	Oferta actual		Servicio propuesto en el taller de DF	Oferta actual
SERVICIOS RESIDENCIALES			SERVICIOS EN CENTROS DIURNOS		
T2 Camas físicos			Centro día físicos		
T2 Camas mayores (Dep. Alta y Dem. Grav)			Centro día mayores		
T2 Camas psíquicos			Centro día psíquicos		
T2 Centro rehabilitación físicos			Centro ocup. físicos		
T2 Camas Discap. Intelectuales			Centro ocup. Psíquicos		
T3 Camas enfermos mentales			Centro ocup. Salud Mental		
T3 Camas físicos			Centros día demencia mayores		
T3 Camas mayores			Apoyo psicológico al paciente		
T3 PNCP			Asesoramiento jurídico		
Pisos tutelados D. Físicos			Centro de rehabilitación psicosocial		
Pisos tutelados Mayores			Prog.de inserc.y capac.labor. psíquicos		
Pisos tutelados D.Intelect.			Prog.inser.y capac. laboral físicos		
Pisos tutelados S.Mental			Programas de inser. y capac. laboral S.Mental		
			Programas de ocio y tiempo libre Mayores		
			Programas de ocio y tiempo libre Salud Mental		
			Programas de refuerzo y seg. prevent.		
			Servicios de educación especial		
			Servicio de terapia ocupacional PNCP		
SERVICIOS SANITARIOS			SERVICIOS A DOMICILIO		
T1 Camas físicos alta int. cuid. sanit.			Telealarma		
T1 Camas mayores (Alta complejidad cuidados)			Transporte sanitario		
T1 Camas PNCP			Ayuda a domicilio de cuidados personales		
T1 Unidad de Media Estancia			Ayuda a domicilio atención doméstica		
T1 Unidad de rehabilitación			Lavandería a domicilio		
Estancias en centros hospitalarios CP			Comida a domicilio		
Unidad de hospitalización breve			Ayudas técnicas		
Hospital de día D. Físicos			Fisioterapia a domicilio		
Hospital de día Mayores			Enfermería a domicilio		
Hospital de día S.Mental			Médico a domicilio		
Visitas hospitalarias CP			Compañía a domicilio		
Control y seguimiento por los ESM			Seguimiento social a domicilio		
Intervención del ESM a domicilio					
Atención domiciliaria de cuidados paliativos					
Atención primaria					
SERVICIOS DE APOYO A LAS FAMILIAS					
Servicio de respiro a domicilio					
Estancia temporal sanitaria					
Formación a cuidadores					
Servicio de atención psicosocial cuidadores					
Servicio de atención psicosocial familiar(CP)					
Servicio de información y orientación					

MAYORES CON DEPENDENCIA

Aproximadamente la mitad de los servicios propuestos en el taller de expertos de mayores con dependencia no se ofrecen actualmente en Extremadura

	Servicio propuesto en el taller de May.	Oferta actual		Servicio propuesto en el taller de May.	Oferta actual
SERVICIOS RESIDENCIALES			SERVICIOS EN CENTROS DIURNOS		
T2 Camas físicos			Centro día físicos		
T2 Camas mayores (Dep. Alta y Dem. Grav)			Centro día mayores		
T2 Camas psíquicos			Centro día psíquicos		
T2 Centro rehabilitación físicos			Centro ocup. físicos		
T2 Camas Disc. Intelectuales			Centro ocup. Psíquicos		
T3 Camas enfermos mentales			Centro ocup. Salud Mental		
T3 Camas físicos			Centros día demencia mayores		
T3 Camas mayores			Apoyo psicológico al paciente		
T3 PNCP			Asesoramiento jurídico		
Pisos tutelados D. Físicos			Centro de rehabilitación psicosocial		
Pisos tutelados Mayores			Prog.de inserc.y capac.labor. psíquicos		
Pisos tutelados D.Intelect.			Prog.inser.y capac. laboral físicos		
Pisos tutelados S.Mental			Programas de inser. y capac. laboral S.Mental		
SERVICIOS SANITARIOS			SERVICIOS A DOMICILIO		
T1 Camas físicos alta int. cuid. sanit.			Telealarma		
T1 Camas mayores (Alta complejidad cuidados)			Transporte sanitario		
T1 Camas PNCP			Ayuda a domicilio de cuidados personales		
T1 Unidad de Media Estancia			Ayuda a domicilio atención doméstica		
T1 Unidad de rehabilitación			Lavandería a domicilio		
Estancias en centros hospitalarios CP			Comida a domicilio		
Unidad de hospitalización breve			Ayudas técnicas		
Hospital de día D. Físicos			Fisioterapia a domicilio		
Hospital de día Mayores			Enfermería a domicilio		
Hospital de día S.Mental			Médico a domicilio		
Visitas hospitalarias CP			Compañía a domicilio		
Control y seguimiento por los ESM			Seguimiento social a domicilio		
Intervención del ESM a domicilio					
Atención domiciliaria de cuidados paliativos					
Atención primaria					
SERVICIOS DE APOYO A LAS FAMILIAS					
Servicio de respiro a domicilio					
Estancia temporal sanitaria					
Formación a cuidadores					
Servicio de atención psicosocial cuidadores					
Servicio de atención psicosocial familiar(CP)					
Servicio de información y orientación					

Documento Preliminar

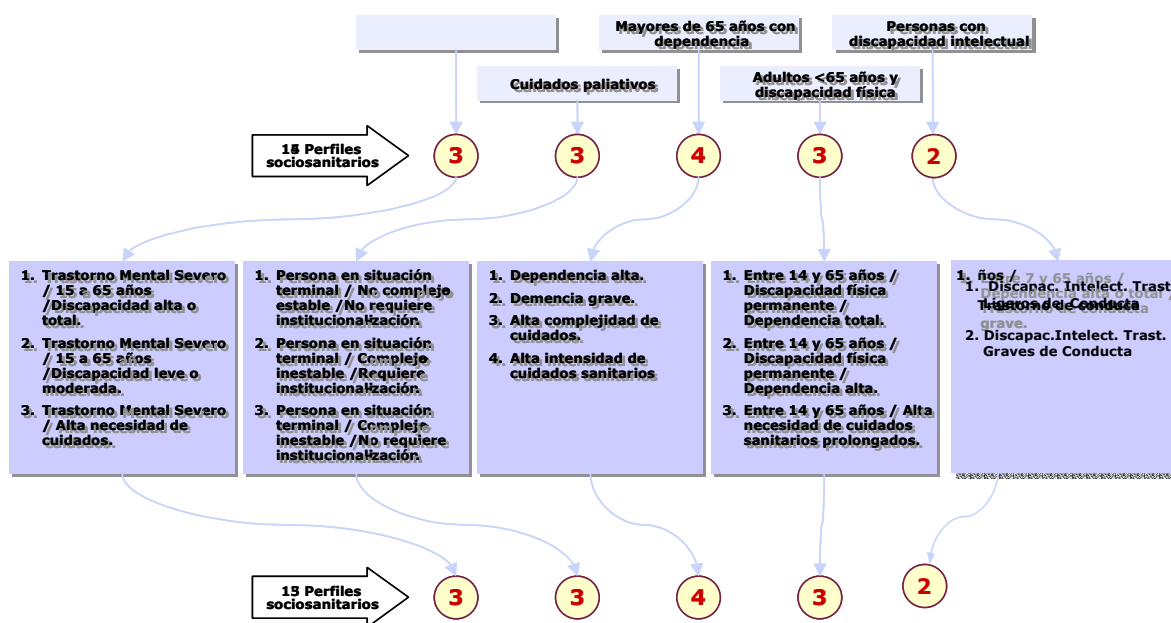
DISCAPACITADOS INTELECTUALES

El 73,9% de los servicios propuestos en el taller de expertos de discapacitados intelectuales se ofrecen actualmente en Extremadura

	Servicio propuesto en el taller de D. Int..	Oferta actual	Servicio propuesto en el taller de D. Int.	Oferta actual
SERVICIOS RESIDENCIALES			SERVICIOS EN CENTROS DIURNOS	
T2 Camas físicos			Centro día físicos	
T2 Camas mayores (Dep. Alta y Dem. Grav)			Centro día mayores	
T2 Camas psíquicos			Centro día psíquicos	
T2 Centro rehabilitación físicos			Centro ocup. físicos	
T2 Camas Discap. Intelectuales			Centro ocup. Psíquicos	
T3 Camas enfermos mentales			Centro ocup. Salud Mental	
T3 Camas físicos			Centros día demencia mayores	
T3 Camas mayores			Apoyo psicológico al paciente	
T3 PNCP			Asesoramiento jurídico	
Pisos tutelados D. Físicos			Centro de rehabilitación psicosocial	
Pisos tutelados Mayores			Prog.de inserc.y capac.labor. psíquicos	
Pisos tutelados D.Intelect.			Prog.inser.y capac. laboral físicos	
Pisos tutelados S.Mental			Programas de inser. y capac. laboral S.Mental	
			Programas de ocio y tiempo libre Mayores	
			Programas de ocio y tiempo libre Salud Mental	
			Programas de refuerzo y seg. prevent.	
			Servicios de educación especial	
			Servicio de terapia ocupacional PNCP	
SERVICIOS SANITARIOS			SERVICIOS A DOMICILIO	
T1 Camas físicos alta int. cuid. sanit.			Telealarma	
T1 Camas mayores (Alta complejidad cuidados)			Transporte sanitario	
T1 Camas PNCP			Ayuda a domicilio de cuidados personales	
T1 Unidad de Media Estancia			Ayuda a domicilio atención doméstica	
T1 Unidad de rehabilitación			Lavandería a domicilio	
Estancias en centros hospitalarios CP			Comida a domicilio	
Unidad de hospitalización breve			Ayudas técnicas	
Hospital de día D. Físicos			Fisioterapia a domicilio	
Hospital de día Mayores			Enfermería a domicilio	
Hospital de día S.Mental			Médico a domicilio	
Visitas hospitalarias CP			Compañía a domicilio	
Control y seguimiento por los ESM			Seguimiento social a domicilio	
Intervención del ESM a domicilio				
Atención domiciliaria de cuidados paliativos				
Atención primaria				
SERVICIOS DE APOYO A LAS FAMILIAS				
Servicio de respiro a domicilio				
Estancia temporal sanitaria				
Formación a cuidadores				
Servicio de atención psicosocial cuidadores				
Servicio de atención psicosocial familiar(CP)				
Servicio de información y orientación				

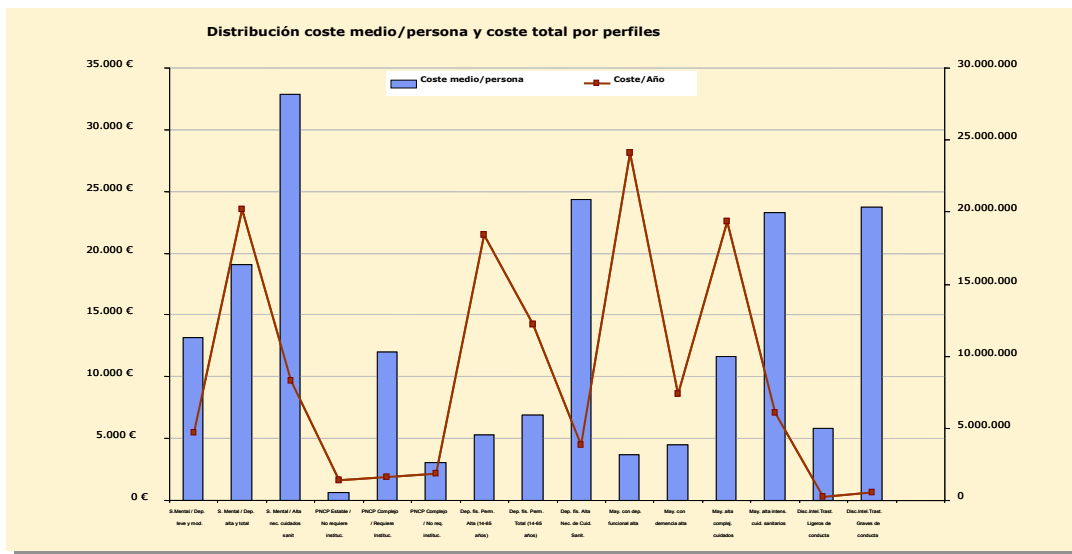
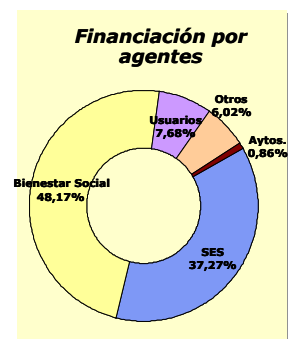
5. ANÁLISIS CUANTITATIVO OFERTA ACTUAL – OFERTA FUTURA.

El estudio de las necesidades que señalamos a continuación está referido única y exclusivamente a los 15 perfiles definidos previamente como susceptibles de atención social y sanitaria continua y que se detallan en el apartado correspondiente del trabajo (Demanda. Definición de perfiles y prevalencias). Es importante aclarar, por tanto que, si bien se han realizado la valoración de necesidades de servicios para el conjunto entero de los perfiles inicialmente descritos (29), a continuación se expone sólo el estudio económico de los 15 siguientes:



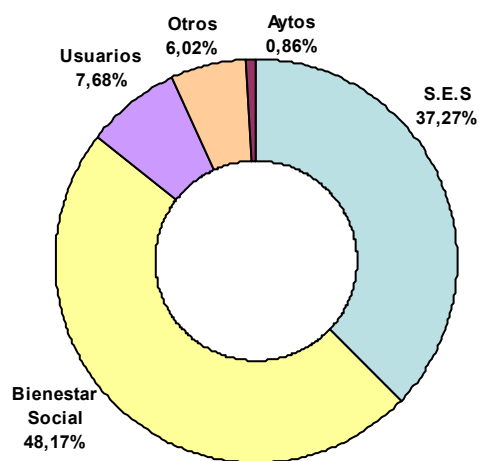
NOTA: Por ejemplo y de manera ilustrativa, podemos decir que los servicios residenciales que se especifican para personas mayores no constituyen la totalidad de los necesarios para el conjunto de la población mayor de 65 años, sino sólo los que necesitarían los cuatro perfiles especificados.

5.1 PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESCENARIO BÁSICO EN PLENO FUNCIONAMIENTO



Escenario Básico: Costes por perfiles

Distribución porcentual de la financiación



5.2 ANÁLISIS POR GRUPOS DE SERVICIOS

Una vez realizado el análisis de la demanda y su proyección a 2011 de cada uno de los perfiles especificados como susceptibles de atención conjunta y elaboradas las opciones de cuidados por cada tipo de perfil, se han agrupado las necesidades de dichos perfiles en función del tipo de dispositivo, según la clasificación especificada más arriba.

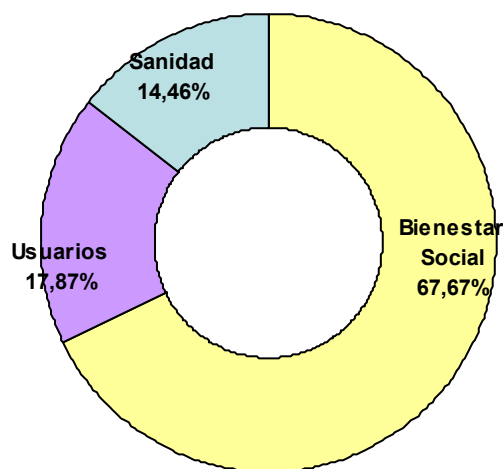
Del análisis del escenario planteado se deduce la necesidad de poner en marcha una amplia gama de dispositivos sociales y sanitarios que amplíen el abanico de servicios y prestaciones en relación con la oferta actual. Así se pasa de un modelo centrado en la residencia y el hospital a la potenciación de otros servicios alternativos, ubicados en el entorno comunitario del usuario y que pretenden proporcionar una atención más integral a su problemática, contemplando la prevención, la asistencia, la rehabilitación y la reinserción del paciente, así como el apoyo a sus familiares.

Dicha oferta se orienta, con carácter general, a la potenciación de los servicios de atención a domicilio, al cuidado del cuidador y al incremento de las prestaciones sanitarias a la dependencia, especialmente en el ámbito residencial, así como a la extensión de la cobertura de las situaciones de dependencia a todas las personas susceptibles de necesitarla, con independencia de su diagnóstico o edad.

EVOLUCIÓN DE RECURSOS RESIDENCIALES

RECURSOS RESIDENCIALES	OF. ACTUAL	Escenario 2011		RECURSO
		OF. SOCIOSANIT.	INCREMENTO NECESARIO	
T2 Camas mayores (Dep. Alta y Dem. Grav)	0	559	559	Plazas
T3 Camas mayores	2.777	2.535		Plazas
T2 Camas menores de 65 años	0	280	280	Plazas
T3 Camas menores de 65 años	0	241	241	Plazas
T2 Camas enfermos mentales	152	0		Plazas
T3 Camas enfermos mentales	0	360	360	Plazas
T3 Camas Cuidados Paliativos	0	23	23	Plazas
T2 Camas discapacitados intelectuales	0	33	33	Plazas
Pisos Tutelados Salud Mental	16	74	58	Plazas

Distribución porcentual de la financiación:



Documento Preliminar

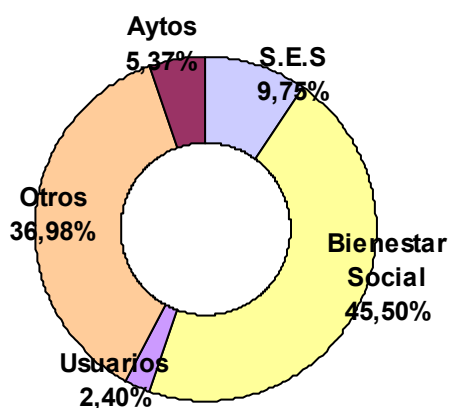
Recursos residenciales:

- ✓ Se ponen en marcha servicios de atención sanitaria a la dependencia dirigidos a la población mayor, menores de 65 años y discapacitados intelectuales, inexistentes hasta ahora. Las existentes para enfermos mentales en Hospitales Psiquiátricos se plantea su reconversión en camas más sanitarias (T1).
- ✓ En relación con los servicios de atención a la dependencia, se plantea la necesidad de reconvertir un cierto número de camas de mayores dependientes en camas destinadas a personas mayores con un perfil más sanitario (T2), crear camas destinadas a menores de 65 años y poner en marcha un número importante de camas residenciales para personas con dependencia derivada de su enfermedad mental situadas en la comunidad (T3 enfermos mentales).

EVOLUCIÓN DE SERVICIOS A DOMICILIO

SERVICIOS A DOMICILIO	OF. ACTUAL	Escenario 2011		RECURSO
		OF.SOCIOSANIT.	INCREMENTO NECESARIO	
Telealarma	2.323	2.323		Aparatos/año
Ayuda a domicilio de cuidados personales	0	690	690	Profesional
Ayuda a domicilio atención doméstica	2.828	311		Profesional
Lavandería a domicilio	0	123	123	lotes/semana
Comida a domicilio	0	86	86	lotes/semana
Ayudas técnicas	1.200	13.289	12.089	Ayudas
Fisioterapia a domicilio	0	19	19	Profesional
Enfermería a domicilio	26	54	28	Profesional
Médico a domicilio	27	19		Profesional
Compañía a domicilio	0	366	366	Voluntarios
Seguimiento social a domicilio	0	13	13	Profesional

Distribución porcentual de la financiación:



Documento Preliminar

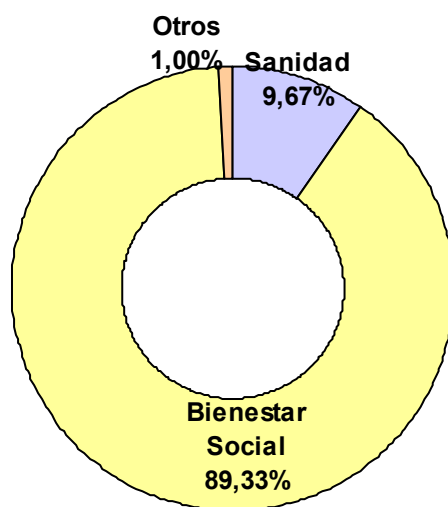
Servicios de atención a domicilio:

- ✓ En general, se amplían las prestaciones y se potencian algunos de los servicios actuales, con el objetivo de permitir el mantenimiento de la persona afectada en su entorno y evitar la dependencia.
- ✓ El servicio de atención doméstica, si bien se mantiene, se complementa con una asistencia más profesionalizada dirigida a los cuidados personales.
- ✓ Se incrementan la atención domiciliaria de tipo sanitario, adquiriendo especial relevancia los cuidados de enfermería destinados a la prevención de la dependencia y el cuidado, pero también el seguimiento social y la compañía a domicilio.

EVOLUCIÓN DE SERVICIOS EN CENTROS DIURNOS.

	OF. ACTUAL	Escenario 2011		RECURSO
		OF. SOCIOSANIT.	INCREMENTO NECESARIO	
SERVICIOS EN CENTROS DIURNOS				
Centro día físicos	109	1.770	1.661	Plazas
Centros día demencia mayores	164	5		Plazas
Centro de rehabilitación psicosocial	360	381	21	Plazas
Apoyo psicológico al paciente PNCP	2	4	2	Profesional
Servicio de terapia ocupacional PNCP	0	4	4	Profesional
Centro ocupacional Salud Mental	0	264	264	Plazas
Programas de ocio y tiempo libre Salud Mental	75	511	436	Plazas
Programas de inserción y capacitación laboral SM	24	89	65	Plazas

Distribución porcentual de la financiación:



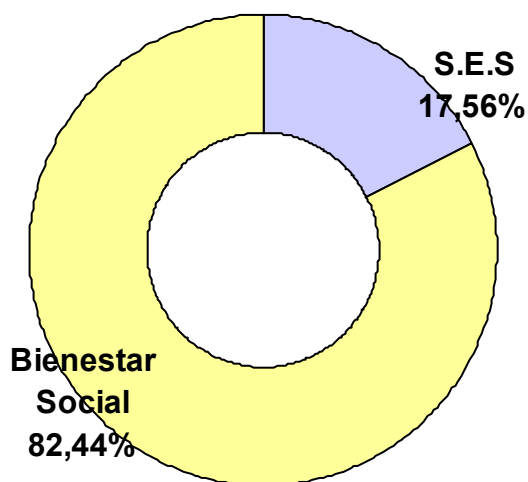
Servicios de atención diurna:

- ✓ Constituyen igualmente una base del sistema de atención diversificado que se plantea, generando una nueva oferta para grupos que hasta ahora carecían de dicha prestación, como es el caso de los menores de 65 años con necesidad de cuidados sanitarios continuados (Centros de Día).
- ✓ Se mantienen otros servicios, como los dirigidos a la reinserción social, laboral u ocupacional.
- ✓ La reducción que aparece en el caso de los Centros de Día de Demencia se explica teniendo en cuenta que dichos servicios están orientados a los pacientes con patología más leve, por lo que, al elegir para este estudio los perfiles más graves, dicho servicio no ha sido planteado como una opción válida por los expertos.

EVOLUCIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LOS FAMILIARES

	OF. ACTUAL	Escenario 2011		RECURSO
		OF.SOCIOSANIT.	INCREMENTO NECESARIO	
SERVICIOS DE APOYO A LOS FAMILIARES				
Servicio de respiro a domicilio	0	5	5	Profesional
Servicio de atención psicosocial cuidadores	0	21	21	Profesional
Servicio de información y orientación	0	0		Profesional
Servicio de atención psicosocial familiar	0	1	1	Profesional
Formación a cuidadores	0	44	44	Profesional

Distribución porcentual de la financiación:



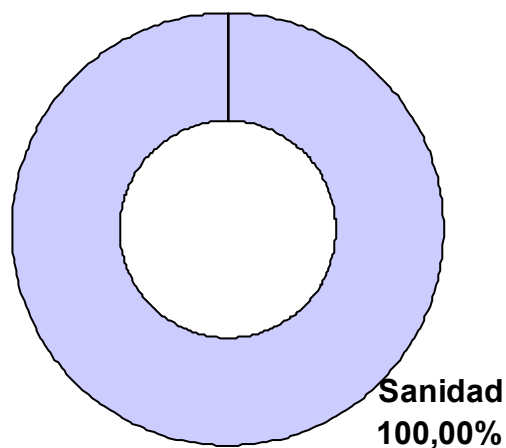
Servicios de apoyo a los familiares:

- ✓ Con independencia de las medidas de otro tipo que se puedan poner en marcha, el escenario futuro plantea el desarrollo de una serie de prestaciones asistenciales orientadas a apoyar al cuidador de la persona con dependencia, proporcionándole tanto servicios de apoyo, como formación e información.
- ✓ Además de los contemplados como tal, hay que tener en cuenta que la mayoría de los servicios residenciales plantean dentro de la polivalencia de su funcionamiento, plazas residenciales de estancia temporal para proporcionar descanso familiar y atención a situaciones de emergencia familiar.

EVOLUCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

SERVICIOS SANITARIOS	OF. ACTUAL	Escenario 2011		RECURSO
		OF. SOCIOSANIT.	INCREMENTO NECESARIO	
T1 Camas mayores (Alta complejidad cuidados)	36	112	76	Plazas
T1 Unidad de Media Estancia Salud Mental	54	66	12	Plazas
T1 Unidad de rehabilitación Salud Mental	67	132	65	Plazas
T1 Camas men de 65 años alta nec. cuid. sanit.	6	68	62	Plazas
T1 Camas cuidados paliativos	0	7	7	Plazas
Hospital de día Salud Mental	0	163	163	Plazas
Control y seguimiento por los Equipos Salud Mental	12	31	19	Profesionales
Unidad de hospitalización breve	108	132	24	Plazas
Camas centros hosp, de agudos cuidados paliativos	18	34	16	Plazas
Intervención del Equipo de Salud Mental a domicilio	0	38	38	Profesionales
Atención domiciliaria de cuidados paliativos	17	36	19	Profesionales
Hospital de día Mayores	18	125	107	Plazas

Distribución porcentual de la financiación:



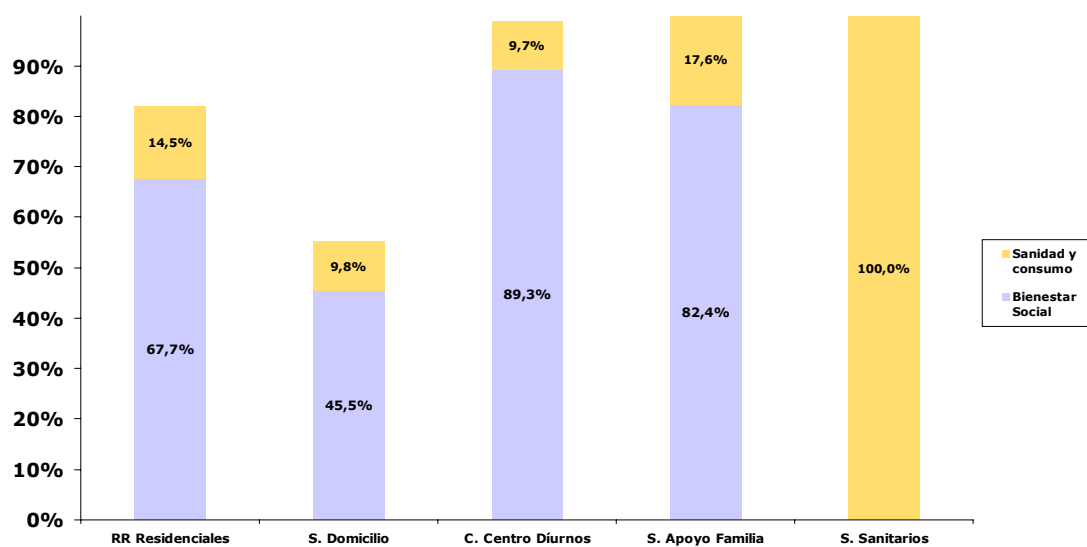
Servicios sanitarios:

- ✓ Si hasta ahora la atención se centraba en el Hospital, entendido como servicio de cobertura de situaciones agudas o temporales, el modelo amplía las prestaciones, planteando una serie de servicios destinados a prestar atención sanitaria continuada e intensa. Se trata de entornos asistenciales orientados a la asistencia prolongada e intensa de situaciones que por su psicopatología persistente o por la complejidad y duración de cuidados requeridos no deban ser atendidos en un Hospital y se conviertan en una alternativa al mismo.
- ✓ Se incluyen también la potenciación o creación de algunos servicios hospitalarios de día dirigidos a la población mayor o con trastornos mentales.
- ✓ Asimismo, se potencian otros servicios sanitarios de atención domiciliaria.

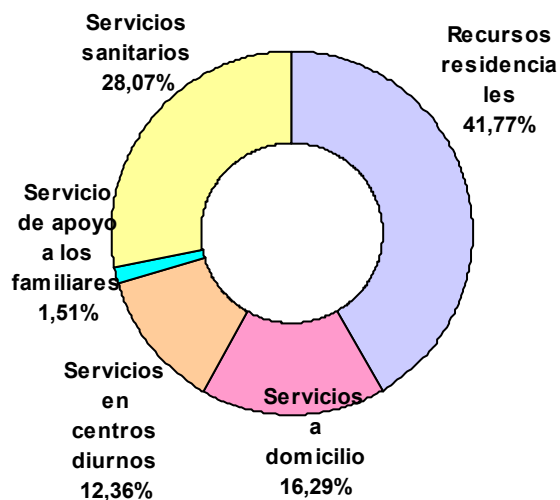
En conjunto se ha tratado de plasmar la necesaria de diversidad de servicios que situaciones tan complejas y diversas requieren, con el fin de proporcionar alternativas a los servicios actuales, guiadas por la eficiencia en la atención, adecuación a la necesidad planteada y cobertura integral de la patología y la dependencia. La creación de esta red de atención supone, por tanto, no sólo la creación de dispositivos nuevos, sino la reorganización de los existentes con el fin de reorientar su atención a las nuevas demandas aquí planteadas.

La distribución de la financiación por tipos de servicios muestra cuáles de ellos requieren más recursos de la Consejería de Bienestar Social o de la de Sanidad y Consumo

CONCLUSIONES



Distribución porcentual del total de los servicios



Documento Preliminar



Organización
Gestión
Financiación

ORGANIZACIÓN, GESTIÓN, FINANCIACIÓN

1. RESPUESTAS ORGANIZATIVAS

- 1.1. Bases: definición de competencias de cada sector
- 1.2. Sistema integral de cuidados continuados
- 1.3. Reorganización territorial
- 1.4. Organización de programas
 - 1.4.1. Programa “extremadura te cuida”
 - 1.4.2. Programa de atención a la dependencia
 - 1.4.3. Programa de atención a la patología crónica
- 1.5. Espacios de coordinación
 - 1.5.1. Comisión de seguimiento del plan socio-sanitario
 - 1.5.2. Comisión permanente intersectorial socio-sanitaria
 - 1.5.3. Comisiones socio-sanitarias gestoras de casos
 - 1.5.4. Comisión comunitaria de valoración socio-sanitaria

2. MEDIDAS PARA LA GESTIÓN

- 2.1. Gestión del proceso asistencial
 - 2.1.1. Definición de cartera de servicios, procesos e itinerarios de atención
 - 2.1.2. Diseño y evaluación de procesos intersectoriales
 - 2.1.3. Puerta de entrada y variables para la elección del recurso necesario
 - 2.1.4. Mecanismos de evaluación
 - 2.1.5. Conexión de sistemas de información
- 2.2. Provisión
 - 2.2.1. Servicios, recursos y niveles
 - 2.2.2. Perfil de recursos
 - 2.2.3. Garantía de calidad
 - 2.2.4. Titularidad

3. MODELO DE FINANCIACIÓN

3.1. Programas

3.2. Recursos y servicios

3.2.1. Participación del ciudadano

3.2.2. Modelo de financiación pública de recursos y servicios

ORGANIZACIÓN, GESTIÓN, FINANCIACIÓN

Principios generales que habrán de orientar la implementación de servicios, recursos y procesos.

Las necesidades del ciudadano deben ser atendidas de manera holística, para lo cual, el único modelo sostenible en nuestro presente, que evite duplicidades, se diversifique en servicios y tienda cada vez más a disminuir las necesidades no atendidas, es un modelo integral intersectorial coordinado:

- ✓ Priorizado y planificado en base a la necesidad de atención.
- ✓ Organizado en procesos cuyos límites excedan las barreras de cada disciplina.
- ✓ Evaluado en sus resultados de manera periódica y con visión integradora.

1. RESPUESTAS ORGANIZATIVAS

1.1 BASES: DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS DE CADA SECTOR

- El cuidado de la patología y su rehabilitación es de ámbito sanitario.
- El cuidado de la dependencia y su rehabilitación es de ámbito social.
- Cuando ambos estén unidos, y así se estipule, podrían desarrollarse programas cofinanciados.
- La prevención de la patología y de la dependencia es responsabilidad de ambos y en caso de haber los servicios específicos para ello, serán de sanidad (prevención de la enfermedad y promoción de la salud) o de bienestar social (terapia ocupacional y programas específicos)

DEL ÁMBITO SANITARIO.

1. Prevención de la patología, y fomento de la actividad como prevención de la dependencia.
2. Dispositivos y servicios destinados a la atención de trastornos de larga duración que requieran intervención, cuidados y rehabilitación desde el punto de vista sanitario, tanto en instituciones (hospitales o centros adecuados) como en el domicilio y que se orienten a:
 - a. La curación y el cuidado de la patología.
 - b. El alivio de la sintomatología:
 - Cuidados de soporte (atención en enfermos crónicos)

- Cuidados paliativos (atención en enfermos en situación terminal)
- La contención y el tratamiento de personas con graves alteraciones conductuales y severa psicopatología persistente.

c. La rehabilitación destinada a la disminución de la deficiencia ocasionada por la patología.

3. Cobertura de las prestaciones sanitarias a todos los pacientes: módulo sanitario en bienestar social: farmacia, personal sanitario, prestaciones sanitarias. Implementar las prestaciones sanitarias que se dan en el ámbito social : farmacia, personal sanitario, etc.,

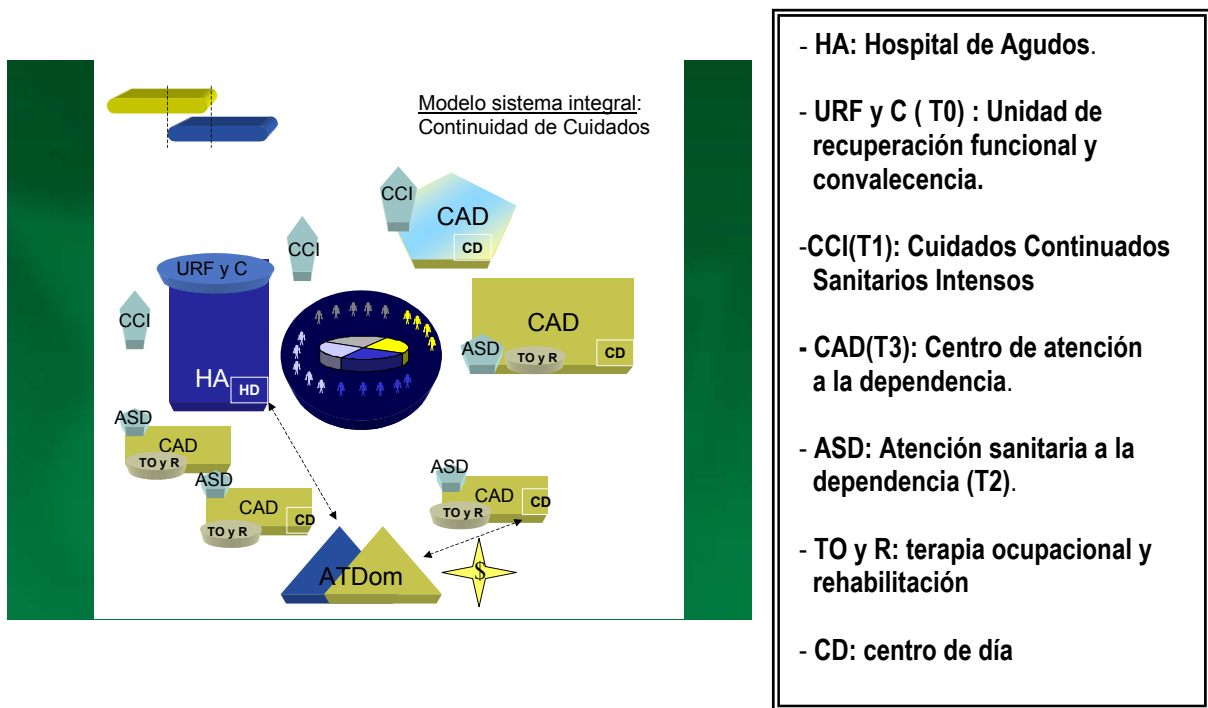
DEL ÁMBITO SOCIAL.

1. Dispositivos y servicios destinados a garantizar la cobertura de la discapacidad y la atención a la dependencia, tanto física, como psíquica e intelectual, en el ámbito residencial, comunitario o domiciliario, en concreto lo dirigido a:
 - a. La prevención de la dependencia y la patología.
 - b. Disminución de la discapacidad y la dependencia: rehabilitación y prevención del desarrollo de la dependencia.
 - c. Cuidados personales y ayuda para las AVD y AIVD.
 - d. Hostelería residencial.
2. Programa de Balneoterapia y de Promoción de Hábitos de Vida Saludables.
3. El cuidado de soporte social que compense la situación de discapacidad: ayudas económicas, ayudas técnicas, etc.
4. Promoción de la inserción social. (En concreto, la inserción laboral debe ser desarrollada por el Sexpe)

REORDENACIÓN DE COMPETENCIAS QUE SUPONE EL MODELO

ÁMBITO COMPETENCIAL ACTUAL			
Sanitario (SES)	Social (B. Social)	Diputac y C. Locales	Empleo, Industria
<p><u>Drogas:</u> -Comunidad terapéutica -Proyecto de Reinserción -CEDEX</p> <p><u>Salud Mental:</u> - Centros de Rehabilitación - Pisos - Centro Residencial - Inserción laboral</p> <p><u>A.P.:</u> - Atención Domiciliaria - Fisioterp Cent de Salud</p> <p><u>Otros:</u> - Material ortoprotésico</p>	<p><u>Ayuda a Domicilio</u> Planificación y (Financiación (75%)</p> <p><u>Atención al Mayor:</u> - C Día Especializados Dep. Funcionales y Alzheimer - Residencias Asistidas (criterio de edad)</p> <p><u>Discapacitados</u> - Atención residencial - Rehabilitación</p>	<p><u>Hospitales Psiquiátricos:</u> - Hospitalización Breve - Media Estancia - U Rehabilitación - U. Psicogeriatría</p> <p><u>Ayuda a Domicilio: Titularidad Gestión y Financiación (25%)</u> - Auxiliares - Tele-asistencia</p>	
COMPETENCIAS REORDENADAS			
<p><u>Drogas:</u> -CEDEX -Comunidades Terapéuticas</p> <p><u>Salud Mental:</u> -Centros Rehabilitación -U Hospit Breve -U Media Estancia -U Rehabilitación -U.Descompensación Psicogeriatría</p> <p><u>Atención Primaria:</u> - Prog Atención Domiciliaria -Rehabilitación comunitaria</p> <p><u>Programa de Atención Sanitaria a la dependencia:</u> -Personal sanitario de Centros de atención a la dependencia (CAD) -Farmacia de CAD. -Material ortoprotésico para la rehabilitación (préstamo). -Camas tipo I (CSIC: Cuidados sanitarios intensos continuados).</p>	<p><u>Ayuda a Domicilio</u> Planificación y Financiación (75%)</p> <p><u>Ayuda Intensiva a Domicilio Planificación y Financiación (75%)</u></p> <p><u>Dependencia psiquiátrica e intelectual:</u> -Servicios residenciales para enfermos mentales -Residentes dependientes de Hosp. Psiquiátricos</p> <p><u>Atención a la dependencia:</u> -Centros de Día Especializados (Dep. Funcionales y Alzheimer) -Institucionalización de psicogeriatría compensada -Residencias Asistidas: centro de atención a la dependencia (CAD). -Ayudas Técnicas y Económicas</p>	<p><u>Ayuda a Domicilio:</u> Titularidad Gestión y Financiación (25%) - Auxiliares - Tele-asistencia</p> <p><u>Ayuda Intensiva a Domicilio:</u> Titularidad Gestión y Financiación (25%)</p>	<p><u>Reinserción laboral:</u> -Drogodependientes -Enfermos mentales</p> <p><u>Plan de Empleo:</u> -Formación oferta laboral de cuidadores</p> <p><u>Promoción creación de empresas.</u></p>

1.2 SISTEMA INTEGRAL DE CUIDADOS CONTINUADOS



La caída de las barreras actuales entre lo sanitario y lo social (presentes de manera generalizada en los países desarrollados) para llegar a la verdadera continuidad asistencial, requiere la previa delimitación propuesta de las competencias y el compromiso pactado de los objetivos a cumplir desde cada sector, con el fin de alcanzar el resultado común del bienestar del ciudadano. Una vez asumidas de manera decidida las competencias de cada sector, se podrá llegar a una oferta de servicios adecuada a las necesidades actuales.

Un sistema integral de atención puede ser desarrollado desde la coordinación de diferentes sectores, siempre que las acciones desde ambas partes, se dirijan desde la comprensión de que las necesidades de la persona, han de ser atendidas simultáneamente desde cada uno de ellos. Para ello, los servicios que ofrece el

sistema, dispensados desde los diferentes recursos, deben ser también planificados, de manera consensuada, para responder a las necesidades de la población.

Un sistema integral de cuidados continuados ofrece, por concepto, mejor efectividad en los cuidados ofrecidos por cuanto a la planificación conjunta que evita vacíos asistenciales, y una gestión eficiente de los mismos, por la propia economía de escala y la ausencia de duplicidades.

1.3 REORGANIZACIÓN TERRITORIAL

EQUIVALENCIAS TERRITORIALES

Es imposible propiciar sistemas de coordinación intersectorial sin establecer las equivalencias territoriales.

Para hacer posible la correcta coordinación y atención integral y global del proceso asistencial, se hace necesaria una clara definición entre las áreas sanitarias y las de atención social en la región de manera compatible.

La actual distribución y la dificultad de establecer correctas equivalencias de cada área sanitaria con las delimitaciones sociales, conlleva la necesidad de: reorganizar las zonas sociales en un marco equivalente al de las Áreas sanitarias y/o viceversa, mediante la elaboración de un mapa sociosanitario que regule esta equivalencia de competencia territorial.

- Reorganizar las zonas sociales en un marco equivalente al de las áreas sanitarias.
- Establecer claramente las equivalencias entre ambas, a fin de poder poner en marcha las Comisiones Socio-sanitarias gestoras de Casos.

Los mapas no han de ser necesariamente idénticos, pero sí tener al menos, establecidas formalmente sus equivalencias. No haber atendido esta realidad de manera prioritaria, ha hecho fracasar multitud de proyectos previos.

Se habrá de consensuar en el seno de la Junta de Extremadura, una distribución territorial, al menos funcional en lo que al sistema de cuidados se refiere, que permita establecer claramente las equivalencias territoriales de al menos los sectores sanitario y social. Esta será la base organizativa para crear comisiones de carácter mixto a nivel ejecutivo.

Por todo ello se propone la creación en torno a de 20 Zonas funcionales socio-sanitarias, que tomen como base la población mayor, (principal indicador de prevalencia de necesidades de cuidados continuados) y que se circunscriban a las Áreas de Salud, respetando en su mayoría la zonificación actual en Servicios Sociales

1.4 ORGANIZACIÓN DE PROGRAMAS

El Programa “Extremadura Te Cuida”, será el marco intersectorial en el que serán fundamentales todos los sectores de la Junta de Extremadura: Bienestar Social, Sanidad, Trabajo, Cultura, Turismo, Industria, etc. El soporte sobre el que se apoye este programa será eSistema Integral de Cuidados Continuados, será el proyecto que programa aportará la orientación, diseño y organización de la que oriente, diseñe y organice la provisión de cuidados a la dependencia y atención sanitaria de cuidados al resto del programa “Extremadura te Cuida”. El Sistema Integral de Cuidados Continuados se compone de la iniciativa del ámbito social (Programa de Atención a la Dependencia) y de la del ámbito sanitario (Programa de Atención Sanitaria a la Dependencia)

1.4.1 PROGRAMA “EXTREMADURA TE CUIDA”

Extremadura se ofrecerá como una región ideal para ser cuidado. La evolución hacia este concepto integral, requerirá la orientación de múltiples políticas de desarrollo, fuente de cambio y progreso hacia el bienestar de sus ciudadanos; una región que además del tesoro de sí misma, de su clima, y de su naturaleza, tiene el celo y el profundo deseo de cuidar de todos lo que en ella residan.

1. Objetivo

- Promocionar Extremadura como una región de referencia para España y Europa en la provisión de cuidados continuados.
- Aumentar la inmigración de personas que requieran cuidados y fomentar el empleo cualificado de cuidados para atenderla.
- Aportar financiación expresa a los diferentes sectores para fomentar el desarrollo específico de servicios y recursos de cuidados dentro de sus propias organizaciones.

2. Funcionamiento

- Liderado por un oficina intersectorial., (inicialmente funcional, y posteriormente dotada de estructura propia, de carácter intersectorial). O interdepartamental.
- Promoción de acciones a través de financiación por objetivos a los diferentes proveedores de servicios.

3. Recursos

- Inicial ayuda explícita desde las diversas Direcciones Generales de las distintas Consejerías componentes del Plan, para la elaboración del proyecto.
- Análisis de fondos externos para el desarrollo (UE), e inversión específica como programa para los diferentes componentes en los presupuestos anuales.
- Sinergias organizativas y financiadoras.

1.4.2 PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

1. Objetivo

- Aportar al sistema integral de cuidados continuados, la mejor oferta de servicios y ayudas para atender a la persona dependiente (en cualquiera de sus facetas física, psíquica e intelectual), haciendo especial hincapié en la prevención y rehabilitación.
- Reorganizar el marco de competencias y servicios que atenderán a las personas dependientes.
- Mejorar e Intensificar la atención de cuidados personales a las personas dependientes, potenciando en lo posible la permanencia en su ámbito domicilio ofreciendo alternativas a la institucionalización cuando sea posible.
- Transferir a las corporaciones locales y acercar a los ciudadanos en la medida de lo posible, la gestión de servicios y recursos de atención a la dependencia.
- Desarrollar un sistema de información compatible con el sistema de información sanitario y social..
- Fomentar y posibilitar la participación del ciudadano y los propios familiares en los cuidados a la dependencia, así como, fomentar la corresponsabilidad en su atención .

2. Funcionamiento

- Reorganización de las medidas dirigidas a la atención de la dependencia como programa dentro de las Direcciones generales de Bienestar Social.
- La responsabilidad del programa será de la Dirección General de Servicios Sociales de Bienestar Social.
- la implementación de las medidas se hará acorde a criterios de racionalización y equidad en la prestación de servicios.
- Creación de una comisión Permanente Intersectorial Sociosanitaria para la coordinación de recursos y programas específicos. con la parte sanitaria.

3. Recursos

- Incremento de Partidas presupuestaria desde los presupuestos a la Consejería de Bienestar Social.

- Participación en la iniciativa Extremadura Te Cuida, y posterior obtención de fondos extraordinarios para líneas concretas a través de él.

1.4.3 PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA CRÓNICA

1. Objetivo

- Desarrollar un sistema integral de atención sanitaria dedicada al cuidado de enfermos crónicos.
- **Reordenar** la provisión actual de servicios necesarios para la correcta atención de cuidados del paciente.
- Mejorar la atención sanitaria de las personas con dependencia, en todos los niveles y recursos, potenciando en lo posible la permanencia en su ámbito y ofreciendo alternativas a la hospitalización cuando sea posible.
- Derribar las barreras que dificultan la coordinación intersectorial, facilitando la atención del proceso de manera integral e intersectorial.

2. Funcionamiento

Desde la perspectiva sanitaria, la reorganización e implementación de los diferentes programas referentes al sistema de cuidados continuados, será anunciada públicamente y acometida por el Servicio Extremeño de Salud según las directrices de la Dirección Gerencia del SES, a indicación de la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud de acuerdo con el cronograma aprobado para el Plan Director de Atención Sociosanitaria de Extremadura.

A tal efecto, se dotarán presupuestariamente las medidas necesarias propuestas por el Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad y Consumo, con carácter anual. A efectos tanto de reorganización como de implementación, las acciones serán facilitadas y encaminadas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, quien asumirá, obviamente dichos servicios como dependientes de ella misma, y objetivos de reorganización como prioritario dentro del plan anual de acciones. Estas medidas, facilitarán la priorización de medidas del presente plan y

evitarán la separación de determinados recursos y servicios en un sector independiente.

Una vez vayan siendo reordenados los recursos y procesos, será notificado por la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud al Gerente del Servicio Extremeño de Salud, pasando a ser competencia su evaluación y seguimiento habitual por parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria como el resto de programas. Se facilitarán el flujo habitual de la información entre las Direcciones Generales de ambas Consejerías; no obstante, la asunción de acuerdos se llevará a cabo en la Comisión Intersectorial Sociosanitaria.

3. Recursos

- Partida presupuestaria desde los presupuestos a la Consejería de Sanidad y Consumo el Servicio Extremeño de Salud.
- Participación en la iniciativa Extremadura Te Cuida, y posterior obtención de fondos extraordinarios para líneas concretas a través de él.

1. 5. ESPACIOS DE COORDINACIÓN

1.5.1 COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL PLAN SOCIO-SANITARIO

Comisión formal paritaria de trabajo intersectorial entre las Consejerías de Sanidad y Consumo Bienestar Social para la adopción de acuerdos y seguimiento del presente Plan de implementación. Reunión al menos semestral.

1.5.2 COMISIÓN PERMANENTE INTERSECTORIAL SOCIO-SANITARIA

Órgano intersectorial dotado de funcionalidad y espacios concretos para el desarrollo de su labor, obtendrá dedicación específica semanal de sus miembros, así como normas de funcionamiento y procedimiento. La comenzarán conformando miembros de las Direcciones Generales de Servicios Sociales de Bienestar Social y de Atención Sociosanitaria y Salud del SES, y siendo codirigidas por ambos directores generales, cada uno responsable de las acciones que se enmarquen dentro de sus competencias. (sanitarias y sociales) para el rendimiento al plan anual.

Supone el órgano central de control sobre el que gira la coordinación y organización del sistema integral de cuidados continuados y, por lo tanto, la supervisión constante del funcionamiento de las Comisiones Socio-sanitarias Gestoras de Casos del Plan de Atención Sociosanitario

1.5.3 COMISIONES SOCIO-SANITARIAS GESTORAS DE CASOS

Deben existir **foros conjuntos con capacidad de decisión**, que oferten la mejor solución dentro de las posibilidades existentes, con la responsabilidad de la correcta **gestión compartida de ambos sectores** (Comisiones Socio-sanitarias gestoras de casos). Estará compuesta al menos por representantes de los recursos tanto sanitarios como sociales de la zona a la que pertenezcan..

Debe existir una por cada una de las nuevas zonas de ordenación de los servicios sociales de base. En ella, un profesional del ámbito social y otro del sistema sanitario, compondrán el equipo de trabajo permanente con dedicación total a su tarea, que vehiculará peticiones urgentes, que seguirá los casos previamente tramitados, y que recibirá y preparará para su abordaje semanal los casos de su zona. Entre el resto de componentes, (desarrollarán su labor a tiempo parcial), habrá un médico de familia designado por la gerencia de área de salud a la que pertenezca

y un componente del equipo de valoración de derivación a residencias de Bienestar Social.

Se constituirán comisiones con el objeto de ofertar servicios combinados, provenientes del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales, a pacientes/usuarios que no reciben una respuesta adecuada con la aplicación simple de los servicios actuales desde uno u otro sistema. Estas comisiones estarán formadas por técnicos y gestores encargados de valorar y aprobar servicios para esos casos en los que se requiere atención sanitaria y apoyo social práctico o cuidados personales simultáneamente.

Para ello, los técnicos y gestores dispondrán de una cartera de servicios, que consistirá en *plazas reservadas* o cedidas por los servicios sanitarios y sociales de la Junta de Extremadura, es decir, la capacidad de decidir un determinado número de ingresos desde las comisiones; en *prioridad de ingreso*, la posibilidad de demandar un ingreso prioritario o urgente; y en la compra de servicios privados o disposición de plazas provenientes de conciertos con otras entidades.

No solo decidirán sobre el acceso a un servicio de carácter socio-sanitario, sino que deberán efectuar el seguimiento de los casos mientras el usuario no ingrese definitivamente en un centro o ya no necesite atención.

Estas comisiones surgen como pivote entre los distintos agentes de servicios. Podrán recurrir a ellas hospitales, residencias y los centros de salud de la Junta de Extremadura y los Servicios Sociales de Base de los ayuntamientos. Son, por lo tanto, un servicio público de segundo nivel o de apoyo a otros servicios públicos de atención.

Estas comisiones gestoras estarán controladas por supervisores integrados en la Comisión Permanente Intersectorial Sociosanitaria.

1.5.4 COMISIÓN COMUNITARIA DE VALORACIÓN SOCIO-SANITARIA

Conformados por profesionales de los Servicios Sociales de Base y profesionales del Equipo de Atención Primaria de Salud. Cruzarán todos los casos en programa de atención desde sus respectivos programas de ayuda a domicilio y de atención domiciliaria, derivando las peticiones a las Comisiones Socio-sanitarias gestoras de casos, para la tramitación de un recurso más especializado cuando fuera necesario.

De forma progresiva se irán formando conexiones entre los Servicios Sociales de Base y los Centros de Salud. Los técnicos de enlace darán lugar a la aparición de unos equipos de cooperación continua para maximizar y racionalizar la atención de usuarios comunes. Estos profesionales valorarán la situación de los usuarios de Enfermería a Domicilio, Altas Hospitalarias, Altas de residencias y del Servicio de Ayuda a Domicilio y decidirán la prestación conjunta de servicios sanitarios y sociales en domicilio. Asimismo, gestionarán el acceso a servicios de rehabilitación comunitaria.

2. MEDIDAS PARA LA GESTIÓN

2.1 GESTIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

2.1.1 DEFINICIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS, PROCESOS E ITINERARIOS DE ATENCIÓN

El diseño compartido de procesos, por áreas de competencia y flujos, marcará la visión horizontal compartida desde los diferentes ámbitos.

La cartera de nuevos servicios deberá ser aprobada por cada uno de los sectores en función de su marco de competencia. A tal efecto, la Consejería de Sanidad, en lo que a ella se refiere, trabajará a través de la Comisión de Cartera. Esta a su vez, atenderá en lo respectivo a clasificación de prestaciones, a las orientaciones que salgan de las Comisiones de Cartera del Ministerio de Sanidad, en lo referente a las prestaciones socio-sanitarias definidas por la ley de Cohesión y calidad del SNS.

La base para la adecuada **gestión eficaz y eficiente** de los recursos del sistema que permita a atención integral de la persona, se basará en tres elementos:

- **Complementariedad** de los servicios ofertados y coordinación intersectorial.
- Diseño de **programas integrales**, con participación de ambos sectores, social y sanitario.
- La **gestión por procesos** y la **continuidad** asistencial.

La definición de los procesos que habrán de ser priorizados en función a:

- Gravedad y necesidad de atención (intensidad).
- Prevalencia.
- Variabilidad de la práctica de atención.
- Diversidad de servicios que intervengan: cuantos más servicios por proceso, mayor necesidad de ser organizados en la intervención.

2.1.2 DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROCESOS INTERSECTORIALES

Deberán diseñarse procesos de atención en los que intervengan ambos sectores. Para ello, la Comisión Permanente Intersectorial Socio-sanitaria integrada por Direcciones Generales de ambas Consejerías, priorizará con carácter anual los procesos a establecer a lo largo del año. Para el diseño de dichos procesos, podrá designar a grupos interdisciplinarios de expertos, de y habrá de quedar reflejada la complementariedad de ambos sectores desarrollando cada cual los servicios que estén dentro de sus competencias. Dentro de cada grupo de expertos, se designarán los directores del proyecto, responsables del resultado del mismo en tiempo y forma ante la Comisión. (La designación contemplará la liberación del director del proyecto al menos parcial de su dedicación asistencial si la hubiera y perteneciese al sistema público de Extremadura, durante el tiempo limitado asignado para el proyecto).

Dichos procesos marcarán claramente los servicios a ser prestados y la responsabilidad de cada sector a lo largo del seguimiento del caso, y serán planteados bajo una perspectiva integral. Contemplarán la evidencia existente sobre la efectividad de los servicios, costes aproximados, sistemas diagnósticos y de evaluación para la puerta de entrada en el proceso, itinerario terapéutico y de intervención, estrategias de coordinación de los servicios en el proceso, e indicadores de evaluación de resultado. Con este cometido, desde la perspectiva sanitaria, la valoración de los servicios deberá ser coordinada con la Comisión de Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud, la cual por tanto, dentro de su plan anual, contemplará una serie de servicios referidos al cuidado continuado del paciente.

El diseño de procesos requerirá el consenso de protocolos de atención y derivación, validados de forma conjunta entre Sanidad y Bienestar Social a través del pilotaje de experiencia en las zonas elegidas, y aplicados tanto por los recursos como por los profesionales. Desde sanidad, corresponderá a la Dirección General de Asistencia Sanitaria la aprobación del mismo y el ordenamiento de su cumplimiento bajo ordenamiento formal por escrito, y a las direcciones asistenciales de cada Área

de Salud, su cumplimiento y rendimiento de indicadores tanto a la Dirección de Asistencia Sanitaria como a la Comisión Intersectorial.

Los protocolos mencionados, deberán guiar las decisiones que así mismo se adopten en las comisiones funcionales de atención socio-sanitaria. (Compuestas por profesionales sanitarios, sociales y de los recursos específicos, que se encuentren dentro de la equivalencia territorial que finalmente sea fijada para los mismos).

2.1.3 PUERTA DE ENTRADA Y VARIABLES PARA LA ELECCIÓN DEL RECURSO NECESARIO

Identificar la puerta de entrada a los diversos servicios es imprescindible, para orientar el desarrollo del modelo. A fin de evitar la creación de unidades extraordinarias para esta función, y mientras dicha medida no sea valorada, la Comisión Intersectorial Sociosanitaria, consensuará criterios básicos de institucionalización para los perfiles de cuidados sanitarios continuados intensos (tipo 1), atención sanitaria a la dependencia (tipo 2) y atención a la dependencia (tipo 3), sirviendo inicialmente para el resto de prestaciones, los establecidos hasta el momento. Dichos criterios podrán ser renovados mediante las órdenes oficialmente dictaminadas por las pertinentes Direcciones Generales de cada sector, a petición de la citada Comisión.

Haciendo uso de los mencionados criterios, los **Equipos de Valoración**, vehicularán la petición de admisión o solicitud del servicio, a los órganos competentes en cada caso, salvo en el cupo de Ayudas Intensivas en el Hogar que tengan adjudicadas. Para el consenso y evaluación de medidas para el mejor de funcionamiento y asignación de recursos, se establecerá un **Grupo de trabajo intersectorial de Trabajadores Sociales** provenientes de los sectores social y sanitario, que actuarán como elemento consultivo de la Comisión Intersectorial Sociosanitaria.

Para dar a conocer los acuerdos progresivos para la asignación de recursos, se dictarán las correspondientes instrucciones desde las Direcciones generales Competentes de cada sector a petición de la Comisión.

Se considera básico disponer de **instrumentos de valoración** comunes y validados del usuario, que faciliten la planificación de los cuidados y la provisión de servicios. Las mismas podrán ir modificándose en el tiempo, mediante instrucciones de las Direcciones Generales vinculantes. La experiencia se iniciará con escalas simples en complejidad, que permitan la adopción rutinaria de las mismas.

Para tener acceso a procesos de atención y servicios que se refieran al sistema de cuidados continuados (unidades de convalecencia y recuperación funcional hospitalarias, programa de atención y ayuda a domicilio, centros de atención a la dependencia, etc.), los informes de valoración del ciudadano deberán hacer referencia a:

- **Patología del paciente, plan de cuidados e intensidad de cuidados sanitarios requeridos:** emitidos por médico y enfermera responsables por el servicio que emite el informe.
- **Grado de dependencia para la realización de actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria.** Emitidos por la Enfermera o cuidador cualificado o trabajador social del servicio actual, o de los servicios sociales de base.
- **Valoración Social** (nivel de renta en caso de solicitud de ayudas económicas o de cobertura pública de servicios no universalizados) y **red de apoyo social** (identificación de cuidadores). (Emitido por el trabajador social del centro, o servicio social de base).

Sólo con la combinación de las tres variables, podrá ser asignado el recurso necesario. Los diferentes casos serán coordinados y compartidos por los equipos comunitarios de valoración socio-sanitaria como equipos funcionales compuesto por

profesionales de AP y de los SSB que faciliten la coordinación el seguimiento y dispensación adecuada de todos los servicios en el ámbito comunitario.

Se considera esencial la **participación del usuario**, y en su caso de la familia o cuidador principal, en el proceso de toma de decisiones a partir de una información suficiente y veraz. En cada solicitud, deberá constar la voluntad del ciudadano o su tutor legal asignado en la aplicación/ elección del recurso y se respetará sus estilos de vida y preferencias.

Los casos de derivación a centros concertados y subvencionados, seguirán la misma tramitación que la establecida para el resto de servicios y prestaciones, salvo que por orden, se hiciera constar lo contrario.

2.1.4 MECANISMOS DE EVALUACIÓN

En el futuro, sistemas de información unificados podrán facilitar un análisis directo del proceso. Hasta disponer de ellos, los recursos de cada sector rendirán los indicadores requeridos a través de sus directivos pertinentes a la Comisión Intersectorial, que hará valoración de resultados con una periodicidad mínima de seis meses, estableciendo formalmente las medidas correctoras pertinentes.

La evaluación de procesos debe dirigirse cada vez más a la gestión eficaz del caso, a la efectividad del proceso de atención y en definitiva, a variables de resultado. La financiación de determinados programas o procesos asistenciales se verá en un futuro influida directamente por esto.

2.1.5 CONEXIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los sistemas de información de cada sector son actualmente independientes, y miden diferentes realidades. Es necesaria la creación de sistemas compatibles, que garanticen, tanto la continuidad del seguimiento, como lenguajes únicos. Es la herramienta básica para poder medir resultados integrados de atención.

La evaluación complementaria de la realidad del ciudadano y de su atención requiere **conjunto mínimo de datos común**, que rinda a ambos sistemas, el sanitario y el social, la información necesaria a cada sector en el tránsito a través del sistema, nexo de unión de los ámbitos. Para ello, deberán introducirse con la suficiente y necesaria confidencialidad, datos básicos referidos a la patología y los cuidados sanitarios necesarios, dependencia y red de apoyo social.

El Servicio Extremeño de Salud aborda desde Octubre de 2004 uno de los grandes retos de todo Sistema Sanitario: El Proyecto Jara. Consiste en la implementación de un sistema de información que integra no sólo la actividad asistencial, sino la salud pública, la gestión de recursos humanos y la gestión económica, y que ofrecerá un sistema de evaluación y análisis integral de las necesidades de la población, de la gestión de la oferta de servicios y de la efectividad de la misma. Centrado en la persona, el Proyecto Jara desde su diseño, persigue el análisis del proceso de atención.

Desde la perspectiva holística e integral que el abordaje de la atención socio-sanitaria exige, desde el entorno social se continuará ampliando la cobertura de un sistema de información compatible con el sistema de información sanitario, que permitirá la evaluación del proceso intersectorial, sin lagunas temporales ni espaciales en el seguimiento del proceso de atención a la persona, brindando a ambos sectores, y a cada uno en particular, el análisis de los resultados del mismo.

2.2 PROVISIÓN

2.2.1 SERVICIOS, RECURSOS Y NIVELES

La necesidad debe ser atendida con especificidad del servicio, y la complejidad determinar el nivel de atención. En los diferentes recursos se pueden dispensar servicios responsabilidad de un sector diferente, siempre y cuando, se mantengan claras la dependencia organizativa y funcional de los recursos humanos, y delimitadas las competencias.

La gestión de centros y servicios puramente sociales, corresponderá exclusivamente a la Consejería de Bienestar Social.

Los dispositivos dependientes del SES deberán ser gestionados por las Gerencias de Área de Salud (GAS).

Se crearán sistemas de co-financiación entre las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social en los recursos compartidos públicos y privados, así como nuevos sistemas de financiación a Entidades Locales en la provisión de nuevos recursos comunitarios especializados.

2.2.2 PERFIL DE RECURSOS

Esquema general de tipología de recursos en una región de población dispersa y baja densidad de población: la respuesta de la polivalencia.

La oferta equitativa y la accesibilidad se hacen especialmente complejas en áreas de baja densidad de población y dispersión geográfica como Extremadura. En éstas, apostar por una atención cercana al entorno de cada persona, requiere **recursos polivalentes**, capaces de ofrecer variedad de servicios en un mismo recurso y de atender un nivel creciente de complejidad dentro de ellos mismos, en nuestro caso, tanto de la dependencia como de la necesidad de cuidados sanitarios.

Es necesario un minucioso análisis de la cartera de servicios a desarrollar en cada centro, en función de la población a atender. Una persona que progresivamente desarrolle mayor dependencia o mayor necesidad de cuidados, debe encontrar diferentes niveles de atención y servicios a recibir dentro del mismo centro, siempre que se mantenga dentro de las limitaciones del rango de complejidad establecido para cada recurso. Un recurso puede depender orgánicamente de un sector, pero la responsabilidad de ciertos servicios que en él se dispensen, pueden recaer en el otro, siempre que exista un esquema de trabajo intersectorial coordinado.

2.2.3 GARANTÍA DE CALIDAD

Se establecerán unos mínimos estructurales por parte de la Comisión, en cuanto a recursos humanos y a medidas de accesibilidad y confort del entorno. Dichas medidas serán exigidas para la autorización y acreditación de los centros y servicios, otorgada por las Direcciones Generales competentes en cada sector. En los recursos en los que la naturaleza de los servicios prestados sea mixta (sanitaria y social: especialmente los CAD donde existan perfil tipo 2) la acreditación será realizada por Bienestar Social con la aprobación del organismo competente de la Consejería de Sanidad.

En determinados servicios y recursos será necesaria la revisión de la normativa actual para adecuarse a los criterios mínimos de calidad que se establezcan

Esto mismo será exigible para los centros subvencionados y concertados. Mientras las medidas legales pertinentes sean adoptadas para dar forma a los criterios de acreditación de estos centros, los concertados con centros de estas características deberán ser aprobados por la Comisión Intersectorial, quien contará con al menos dos técnicos a tal efecto, uno designado desde cada Dirección General.

Independientemente, los centros y recursos estarán sujetos a las inspecciones y evaluaciones que tanto la Consejería de Bienestar Social como Sanidad estimen oportuno, en cuanto a condiciones higiénico sanitarias y asistenciales, tal y como marca la legislación vigente.

Se instará a las direcciones de los servicios y recursos a adoptar un modelo de calidad en cada centro, en el que profesionales y directivos concreten medidas de mejora y evaluación de las mismas cada seis meses, que serán enviadas para su valoración a la Comisión Intersectorial con tal periodicidad.

Con independencia de los trámites normalmente establecidos para la tramitación de quejas, sugerencias y reclamaciones, los centros y servicios, tanto públicos como subvencionados, estarán obligados a dar cumplida cuenta a la

Comisión Intersectorial de cuantas reclamaciones los usuarios les hicieran explícitas, las cuáles serán aportadas junto a la evaluación de objetivos de carácter semestral.

2.2.4 TITULARIDAD

Como concepto ha de existir una clara delimitación entre financiación y provisión de los servicios, primando la provisión pública de los mismos. Sin embargo, mediante las fórmulas de relación establecidas por la legalidad, los presentes programas de interés y financiación pública, podrán potenciar la creación de programas a través de subvenciones, o dotarse de plazas para la provisión de servicios mediante conciertos y convenios.

De acuerdo con el desarrollo del programa intersectorial “Extremadura Te Cuida”, se favorecerán aquellas relaciones que potencien la creación de empleo cualificado y la prestación de servicios de calidad.

Acorde con la política general de la Junta de Extremadura, el uso de estas herramientas, no supondrá el menoscabo del interés de la Administración por el desarrollo de recursos propios que vayan conformando parte de la arquitectura del programa.

A) Centros de titularidad pública

- ✓ *Sistema sanitario*

La gestión de los recursos sanitarios periféricos debe ser desarrollada en todo momento por las Gerencias de Área, acorde con el programa de desarrollo y funciones diseñado por la subdirección específica de cada recurso, que se alinearán los las líneas marcadas también por el Programa “Extremadura Te Cuida”.

✓ *Sistema social*

La gestión de los recursos del ámbito exclusivamente social debe impulsar al máximo el consenso de los objetivos estratégicos y el desarrollo de servicios y recursos entre la Consejería de Bienestar Social y las corporaciones locales, acercando al ciudadano lo más posible, la gestión directa de los servicios. Primará por tanto por parte de la Consejería de Bienestar Social, en lo que a recursos estructurales y a los servicios dinámicos domiciliarios, su papel como planificador, financiador y organizador, recayendo la mayor parte de la gestión directa sobre las corporaciones locales, siguiendo un modelo definido de convenios que contemplen datos de actividad adecuada, calidad y evaluación de los servicios prestados.

Se impulsará desde el ámbito social una línea prioritaria que se integre dentro del Programa Intersectorial “Extremadura Te Cuida”.

✓ *Papel del sistema sanitario en los centros de atención a la dependencia*

Los **recursos asistenciales** necesarios se plantearán de manera coherente con la respuesta a la naturaleza de esas necesidades del ciudadano, siendo recomendados los diferentes recursos en función de la cartera de servicios que en ellos se ofrezca.

En los dispositivos donde se presten servicios de manera complementaria por ambas partes, ya sean públicos, de carácter concertado, o subvencionados, debe existir la clara definición tanto de los servicios, como de las competencias, los protocolos de funcionamiento y la atención de los procesos a asistir. Periódicamente, al menos con carácter anual, se establecerán objetivos basados en la evaluación del producto final de la atención prestada y del resultado de las mismas en el Bienestar de los ciudadanos atendidos (variables de resultado). Estos objetivos serán acordados en el seno de una **Junta Rectora o Comisión de Evaluación** de común acuerdo por las partes participantes en el proyecto (compuesta éstas al menos por directivos del recurso, corporaciones locales, y representantes de las entidades financiadoras). (En caso de Sanidad cuando se estimase oportuno, podrían ser responsables designados por la gerencia de Área de salud, que actuarán según las

líneas anuales prioritarias marcadas por la Dirección General competente y en general, acorde con el Programa “Extremadura Te Cuida”). La junta rectora se reunirá al menos cada tres meses, para estudiar las prestaciones y eficiencia ofrecidas en el centro.

La **financiación** de cada recurso asistencial debe ser, por tanto, ser también coherente con la mayor o menor carga de un tipo u otro de asistencia. En coherencia, el **modelo de gestión y financiación** debería basarse en el coste del proceso y la corresponsabilidad presupuestaria. Hasta evolucionar a este modelo de financiación, en los recursos públicos inicialmente se desarrollará una financiación en la que el titular del centro financiará los gastos corrientes y las infraestructuras, y el competente en materia de personal según las competencias establecidas los gastos relativos al mismo.

A fin de mejorar la atención sanitaria a la dependencia en los CAD, el Servicio Extremeño de Salud, a través del plan anual previsto, valorará la inclusión de nuevas medidas de personal y prestación farmacéutica de centros residenciales, en función de la necesidad de atención sanitaria valorada por la Dirección general de Atención Sociosanitaria y Salud y la Dirección General de Asistencia Sanitaria en cada centro.

B) Centros de titularidad Privada

✓ *Subvenciones y ayudas*

En los recursos subvencionados: la totalidad de los gastos corresponderá al sector que se haga responsable de la misma mediante la correspondiente orden de subvenciones, sin que con ello cambia la supervisión necesaria descrita por ambas partes.

✓ *Conciertos y convenios*

- Las plazas de cuidados continuados sanitarios intensos, serán autorizadas y financiadas por el Servicio Extremeño de Salud en su

totalidad, según se establezca mediante Concurso marco a tal efecto. Así mismo aquellos servicios y recursos de carácter estrictamente sanitario.

- Los recursos y servicios de carácter principalmente social, serán establecidos por la Consejería de Bienestar Social como el resto de los que a ella pertenecen.
- En las plazas de atención sanitaria a la dependencia (tipo 2), los centros serán seleccionados y acordados por ambas Consejerías de acuerdo a los requisitos comúnmente establecidos. Los ciudadanos que vayan a tener acceso a dichas plazas habrán de ser valorados por las Comisiones Gestoras de Casos y aprobados por la Comisión Intersectorial Sociosanitaria. Aprobados los casos, el módulo correspondiente a Bienestar Social será financiado por la Consejería de Bienestar Social y el módulo correspondiente a Sanidad por el Servicio Extremeño de Salud. A tal efecto, serán pactados los precios adecuados mediante Concurso Marco y concertadas las plazas correspondientes por la Consejería de Bienestar Social, y suplementadas por el SES. La financiación será realizada por estancias, rindiendo cada parte su módulo correspondiente, en los periodos establecidos para tal efecto en el concurso.

3. MODELO DE FINANCIACIÓN

3.1 PROGRAMAS

Inicialmente, la financiación de los programas de sanidad y bienestar social vendrá enmarcada dentro de los propios fondos provenientes de los presupuestos de la Comunidad Autónoma.

De existir en un futuro financiación extraordinaria para la atención y cuidados sociales y sanitarios de la persona dependiente, los fondos serán vehiculados a

través de las direcciones generales responsables de su desarrollo, y su cuantía organizada en función a las necesidades de desarrollo del plan.

Así mismo, inicialmente el Programa Extremadura Te Cuida se dotará de aportaciones concretas desde los fondos de las diferentes áreas de responsabilidad, que gestionarán su dedicación en función a objetivos comunes acordados, para alcanzar los objetivos propuestos.

Posteriormente, las ayudas externas obtenidas para el desarrollo del programa Extremadura Te Cuida, serán vehiculadas a través de éste, y orientadas según las necesidades para la obtención de resultados.

El reparto, por tanto, se hará en función de la efectividad e impacto del resultado esperado de las medidas a acometer.

3.2 RECURSOS Y SERVICIOS

3.2.1 PARTICIPACIÓN DEL CIUDADANO

De acuerdo con la Ley vigente, la atención sanitaria es universal, y este concepto no ha de cambiar en la organización de un modelo de atención socio-sanitario. La participación del usuario en la financiación de los servicios que recibe puede ayudar a garantizar la concienciación de lo que éstos suponen. La inclusión en la cartera de servicios sanitarios de nuevos elementos, requerirá un análisis pormenorizado de cada caso, y acorde con el resto del territorio nacional, mientras este sea el modelo general vigente.

Esto sirve para los servicios y recursos de atención eminentemente sanitarios es decir, de atención a la patología.

En aquellos recursos en los que el ciudadano reciba unos servicios sanitarios y otros de carácter social de atención a la dependencia, el ciudadano tendrá la obligación de coparticipar en su financiación, no en lo que respecta a su atención

sanitaria, pero sí en lo que a la atención de su dependencia incumbe. Su nivel de participación no tendrá que ver con criterios de edad, sino con el nivel de renta. Esta situación permanecerá en tanto no exista un cambio en la legislación vigente por la que los servicios de atención a la dependencia sean también de cobertura pública, o mediante otro tipo de aseguramientos. En este punto, el sistema local se adecuará a la cohesión con el resto del territorio nacional.

3.2.2 MODELO DE FINANCIACIÓN PÚBLICA DE RECURSOS Y SERVICIOS

A) Recursos públicos

La financiación de determinados programas o procesos asistenciales vendrá definida inicialmente por la competencia de cada sector sobre los recursos, los profesionales y las técnicas y materiales a utilizar en cada uno de ellos.

Si bien en un principio la financiación se verá obligada a continuar bajo el esquema de los actuales sistemas de cada sector, en el modelo final, deberá existir una financiación por procesos atendidos y basada en la complejidad del centro y el tipo de servicios que garantiza con carácter anual. Para ello, se habrá de avanzar en el sistema de contabilidad analítica hasta ir estableciendo las que podrían llegar a llamarse UCSS (Unidades de Complejidad Socio-Sanitarias) similares en su obtención a las UCH hospitalarias.

Sería deseable, en aras a la eficiencia del sistema, que madurado el sistema, existiera una relación de agencia directa entre las Comisiones Gestoras de Casos y los provisos de servicio, lo que sin duda, redundaría en la eficiencia global del proceso de atención intersectorial.

B) Tarifas para centros y servicios concertados

Las tarifas para centros y servicios concertados serán establecidas desde cada uno de los sectores, sanitario o social, según a quien competa aquellos recursos de carácter social o sanitario.

Para aquellas plazas, en las que concurren competencias sanitaria o social, serán determinadas mediante orden la cuantía y proporción económica que cada sector tenga que aportar. Según el caso la cuantía de cada uno de los sectores podría verse afectada por la concesión de ayudas complementarias (farmacia, etc.), que reducirían la tarifa final.

Las plazas residenciales serán concertadas desde la Consejería de Bienestar Social como el resto de plazas residenciales. En un cupo anual acordado, el SES podrá colaborar en la mejora de la prestación sanitaria a cierto número de plazas residenciales (tipo 2). Inicialmente, la concesión de este tipo de plazas, vehiculada su petición a través del sistema de puerta de entrada descrito, será autorizada o no por la CINSS, quien dispondrá de un presupuesto anual dentro de los presupuestos de las respectivas Direcciones Generales que lo compongan. Esto permitirá cuantificar en un espacio temporal de al menos dos años, la procedencia, el perfil y la adecuación de la financiación según la procedencia de cada área de salud.

El hecho de partir de una financiación externa a las Genéricas de Área, debe ir modificándose hacia un sistema maduro y consciente, en el cual, cada Gerencia de Área, a través de las Comisiones Gestoras pueda disponer de un presupuesto desde el que poder comprar servicios a los centros acreditados para ello.

Documento Preliminar

Plan Director



PLAN DIRECTOR

1. LA ARMONIZACIÓN COHERENTE DEL PRESENTE HACIA EL CAMBIO

2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

2.1. Unificación de objetivos

2.2. Generalización, como área de oportunidad de desarrollo de la comunidad autónoma: ampliación del área de influencia del programa de cuidados, a través del... Programa regional intersectorial “extremadura te cuida”:

2.3. Equidad

2.4. Accesibilidad

2.5. Eficiencia

2.6. Implicación de los profesionales en el sistema de cuidados

2.7. Implicación del ciudadano en el sistema de cuidados

3. COMPROMISO INSTITUCIONAL Y POSIBLES MODIFICACIONES

4. LÍNEAS Y PROGRAMAS IMPLICADOS EN EL PLAN DIRECTOR

En el presente capítulo, se ordenan dentro del marco de las líneas generales de cada sector, los servicios identificados y cuantificados para atender las necesidades de la población.

Los profundos cambios competenciales, estructurales y organizativos necesitarán de un plan de acción decidido de seis años de duración, y liderado al tiempo y de manera coordinada desde cada uno de los sectores.

En dicho plan de acción han de coexistir de manera armónica y complementaria:

- ✓ La transformación decidida pero no traumática de la oferta actual de servicios y recursos, para la adecuación al nuevo sistema de cuidados.
- ✓ La necesaria adopción de nuevas competencias desde cada sector, y la implementación sincronizada de los servicios que se establezcan.

1. LA ARMONIZACIÓN COHERENTE DEL PRESENTE HACIA EL CAMBIO

En **coherencia con los principios del modelo socio-sanitario**, su organización y desarrollo debe seguir la misma armonía, coordinación y eficiencia con los que el modelo ha sido concebido. Por tanto, la progresión en el desarrollo del modelo ha de tener en cuenta a su vez, los modelos actuales de ambos sistemas de atención, así como sus realidades organizativas y presupuestarias concretas, por lo que deberá ser armónico con ellas.

Al tiempo, se trata de responder eficientemente a las necesidades identificadas en los diferentes grupos de usuarios a través de la prestación de una serie de servicios asistenciales. Se entiende que parte de esos servicios ya se están proporcionando en la actualidad, aunque es necesario actuar en su organización y coordinación, para mejorar su ineficiencia y efectividad, en especial para determinados perfiles.

Se trata, por tanto, de mejorar ambos sistemas y sus dispositivos de atención, más que de crear un nuevo sistema con nuevos dispositivos. Será necesario el análisis continuo y actitud de mejora en los recursos con los que ya cuenta cada una de las redes de asistencia. Habrá que reorganizar los dispositivos ya existentes, de manera que se proporcione una respuesta más efectiva y eficiente a las necesidades socio-sanitarias, y tal y como se ha señalado en la demanda, se intensifiquen servicios de atención más especializados, especialmente en el ámbito de atención comunitario y domiciliario.

Por último, en **coherencia con el modelo de gestión**, la **mejora en la coordinación** de los dos sistemas de atención, a través de los órganos de coordinación planteados en los tres niveles: Interinstitucional, Zonas Socio-sanitarias

y Nivel Básico, irá aumentando la eficiencia de ambos a la hora de resolver las necesidades socio-sanitarias.

En base a todo lo anterior, y bajo la responsabilidad tanto de los directivos de las instituciones como de los recursos y servicios, es necesario actuar decididamente sobre el sistema ya existente, haciéndose indispensable desde el primer momento:

1. Conocer las necesidades reales de los usuarios en cada recurso atendiendo a:
 - ✓ cuántos son,
 - ✓ qué necesidades concretas tienen,
 - ✓ dónde se encuentran y
 - ✓ de qué manera están siendo atendidos.
2. Valorar el grado de adecuación de los servicios que recibe el usuario a las necesidades que presenta.
3. En su caso, definir los servicios que requiere y no recibe adecuadamente.
4. Identificar, entre los dispositivos asistenciales ya existentes en su entorno, aquél donde podría proporcionarse de manera más eficiente esos servicios. Para ello se contará con la totalidad de los dispositivos asistenciales de los actuales mapas sanitario y social, recurriéndose a aquél que se considere más adaptado (o más fácilmente adaptable), independientemente de si pertenece a un sistema o a otro.
5. En su caso, reorganizar en lo necesario el dispositivo de destino a los requisitos asistenciales.
6. A su vez, reorganizar el dispositivo de origen toda vez que deja de prestar un servicio.

7. Reajustar los recursos de ambos dispositivos en coherencia a sus nuevas realidades asistenciales.

2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

2.1 UNIFICACIÓN DE OBJETIVOS:

Consenso de objetivos comunes y coordinación de sectores social y sanitario

- ✓ Delimitación conjunta de competencias y asunción de las correspondientes por cada sector.
- ✓ Pacto y aprobación de Equivalencias territoriales a través de las Zonas socio-sanitarias.
- ✓ Evaluación integrada de los resultados de atención: sistemática, periódica y resultados integrales. Conexión de sistemas de información
- ✓ Diseño de procesos intersectoriales.
- ✓ Flujo coordinado y protocolizado entre los diferentes niveles y sectores.

2.2 Generalización, como área de oportunidad de desarrollo de la Comunidad Autónoma: ampliación del área de influencia del programa de cuidados, a través del... Programa Regional Intersectorial “EXTREMADURA TE CUIDA”:

- ⇒ Promoción de la oferta cultural y turística de cuidados:
 - ✓ Oferta al retorno migratorio en la edad avanzada
 - ✓ Oferta como región dedicada a cuidar a residentes de otras regiones y países.

- ⇒ Promoción de la oferta laboral y transformación del mercado:
 - ✓ Plan de empleo: transformación y cualificación de sectores con necesidad de empleo.
 - ✓ Oferta empresarial y de desarrollo de nuevos valores para el empleo joven.
 - ✓ Oferta laboral a población inmigrante.

2.3 EQUIDAD:

- ✓ Planificación y reparto territorial en la concesión y ordenación de servicios y recursos.
- ✓ Priorización por la intensidad de la necesidad de atención.

2.4 ACCESIBILIDAD:

Para una oferta acorde con la dispersión geográfica de la población:

Polivalencia de los recursos por rangos de complejidad:

- ✓ Variedad de servicios / recurso
- ✓ Capacidad de atender la complejidad creciente de sus residentes
- ✓ Funcionalidad

2.5 EFICIENCIA:

- ✓ Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos: Cuidados de Crónicos de alta calidad, efectividad y confort.
- ✓ Gestión del caso.
- ✓ Continuidad de Cuidados y seguimiento de itinerarios de atención.

2.6 IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL SISTEMA DE CUIDADOS:

- ✓ Formación
- ✓ Liderazgo frente al modelo de dirección vertical: identificación de Agentes de Cambio. (Motivación)
- ✓ Consejos de Dirección de directivos con responsables asistenciales de los centros y servicios:
 - Pactos de productividad por objetivos consensuados.
 - Identificación consensuada de áreas de mejora mediante adopción de sistemas de calidad.
- ✓ Homogeneización de profesionales entre los diferentes sectores.

2.7 IMPLICACIÓN DEL CIUDADANO EN EL SISTEMA DE CUIDADOS:

- ✓ Educación poblacional
- ✓ Coparticipación del ciudadano:
 - Económicamente: co-financiación y corresponsabilidad en función de renta.
 - Organizativamente: Comisión Regional y Participación en Consejos Locales.
 - Promoción de sistemas de voluntariado.
 - Implicación y aportación no sólo reivindicativa de ONGs y Asociaciones.
 - Participación del ciudadano en su proceso de atención:
 - Vías de atención para el ciudadano: recursos on-line que orienten a los ciudadanos sobre los pasos a seguir en determinadas situaciones. (Diseñados con la ayuda de asociaciones y usuarios)
 - Recursos de información recíproca: al sistema desde el profesional y el ciudadano, al ciudadano desde la administración y los profesionales, y al profesional desde la administración y las necesidades del ciudadano.

3. COMPROMISO INSTITUCIONAL Y POSIBLES MODIFICACIONES

La propia publicación del presente documento supone:

- ✓ La decisión de la Junta de Extremadura de encaminar su proyecto de cuidados acorde con los principios expuestos, para lo cual dotará de la financiación y el marco normativo necesario a los diversos programas.
- ✓ Que Extremadura se ofrecerá como una región ideal para ser cuidado.

- ✓ La aceptación de la reorganización de competencias que supone el modelo para las Consejerías de Sanidad y Consumo y Bienestar Social.
- ✓ El cambio de la realidad actual requiere un periodo de transición sobre el que ir realizando las progresivas modificaciones. La temporalidad, aunque orientativa, supone un compromiso firme con la sociedad. Los periodos y las líneas programáticas que aquí se exponen habrán de ejecutarse con la mayor decisión por cada una de las partes: no obstante, el amplio periodo necesario para su desarrollo, y la propia idiosincrasia cambiante de las necesidades de la población podrán ir modificando las líneas de actuación y financiación sin el menoscabo de los objetivos comprometidos a cumplir. Para ello, la adopción de medidas diferentes a las expuestas en el orden de prioridades, deberán exponerse en términos de complementación o sustitución a las ya expresadas, y nunca suponer la desatención de las necesidades detectadas con el presente estudio, y con las cuáles se establece un compromiso de atención con el presente programa.
- ✓ Existen proyectos a nivel nacional que modificarán a buen seguro muchas de las realidades actuales de derechos del ciudadano (Libro Blanco de la Dependencia, Ley de la Dependencia), cartera de servicios (desarrollo de la ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud), etc. En este escenario de incertidumbre ante los cambios venideros de progresión y evolución social, la Comunidad Autónoma de Extremadura, lejos de detener su propio avance, opta por ser motor de cambio, diseñando el presente programa, cuyas líneas se amoldarán, en un futuro, a las posibles modificaciones que la evolución nacional depare. No obstante, los objetivos aquí expresados, responden a la realidad regional, que a buen seguro, ayudarán también a perfilar el marco nacional de desarrollo.

4. LÍNEAS Y PROGRAMAS IMPLICADOS EN EL PLAN DIRECTOR

Si bien en la valoración económica de la oferta necesaria, se ha especificado sólo lo referente a los perfiles en los que se da la confluencia de necesidades sociales y sanitarias simultáneamente, el Plan Director es más ambicioso:

Hace referencia a todas las líneas que desde los sectores social y sanitario habrán de desarrollarse para completar la oferta que atienda a la gran mayoría de los ciudadanos con dependencia o con patologías crónicas, es decir, a los 29 perfiles identificados inicialmente.

Es decir, haciendo de nuevo alusión a la representación gráfica:



El cálculo de la oferta necesaria para el espacio socio-sanitario hacía alusión exclusivamente al área verde. Para poder desarrollar los recursos, servicios y programas que le den cobertura, es necesario desarrollar toda una serie de programas y líneas de actuación desde los sectores social y sanitario, es decir, que abarquen en su globalidad lo amarillo, y lo azul.

LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

ÁREA	OBJETIVO	ÁMBITO SANITARIO	ÁMBITO SOCIAL
Área Tecnológica	Sistema de Información	Homogéneo y coordinado entre Bienestar Social y Sanidad (CMBD socio-sanitario).	
	Tecnología	Tele-asistencia, tele-alarma y mecanismos de ayuda a domicilio	Tele-atención y mecanismos de ayuda a domicilio
Recursos y dispositivos	En centros	<p>En Hospital de agudos: Desarrollar <u>URF y Convalecencia (T0)</u>. (Atención Geriátrica)</p> <p>En Plazas de cuidados sanitarios intensos continuados: <u>Atención de cuidados continuados sanitarios (T1)</u></p> <p>En Centros de Atención a la Dependencia: <u>Reforzar la prestación sanitaria en los centros de atención a la dependencia. (T2)</u></p> <p>Desarrollo de <u>recursos de rehabilitación psico-social</u>.</p> <p>Transferencia y transformación de los <u>Hospitales Psiquiátricos</u>.</p> <p>Desarrollo de la <u>Rehabilitación Comunitaria</u>, unido a los centros de día y terapia ocupacional o Centros de Salud.</p>	<p>Residencias pasan a Centros de Atención a la Dependencia:</p> <p>Centros de atención a la dependencia (T3)-Aceptación progresiva y armónica de personas jóvenes.</p> <p>-Desarrollo de centros de día y terapia ocupacional. Sinergias y utilización de centros para rehabilitación comunitaria.</p> <p>-Centros para atención de la dependencia psiquiátrica: - Co-dirección de Hospital psiquiátrico, en especial en la dependencia psiquiátrica aislada. - Centros residenciales de atención a la dependencia</p>
	En Domicilio	<p>Atención Primaria: -Desarrollar <u>Programa de atención domiciliaria Intensiva en coordinación con Bienestar Social</u>.</p>	<p>Ayuda a domicilio: -Desarrollar <u>programa cualificado de ayuda y cuidados a domicilio</u>. (Ayuda a Domicilio Intensiva en coordinación con Sanidad) -Desarrollar programa de <u>voluntariado</u>.</p>
	En ámbito comunitario	<p>-Desarrollo de Programas de Apoyo y Formación a Familiares y Cuidadores.</p> <p>-Impulso de mecanismos de implicación del ciudadano en el sistema: responsabilidad ciudadana e información continua de necesidades.</p>	
Estrategia política intersectorial		<p>- Definir mapas coincidentes. Consolidación de las Zonas Socio-Sanitarias.</p> <p>- Definir competencias</p>	
Áreas de reorientación			- Sistema de ayudas

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

		Reorganización e impulso de la enfermería.	familiares: \$, exenciones fiscales, permisos laborales... - Asistencia a la dependencia a jóvenes y dependencia psiquiátrica.
		- Desarrollo y perfecta coordinación y sistematización del Trabajo Social.	
Coordinación intersectorial		-Comisiones funcionales mixtas intersectoriales: - Entre DGs de las diferentes consejerías y organismos. -Comisiones Técnicas para diseño y evaluación de programas y procesos. -Comisiones Gestoras de Casos de Zonas Socio-Sanitarias. -Organización de procesos intersectoriales: <ul style="list-style-type: none"> - Equipos comunitarios de valoración socio-sanitaria. - Definición de puertas de entrada. - Protocolos de actuación. - Mecanismos coordinación internivel e intersector. 	

TEMPORALIDAD DE LAS PRINCIPALES ACCIONES

GENERAL	SANIDAD	B. SOCIAL
2005		
ACCIONES DE REORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE ESTRATEGIAS PRINCIPALES		
Aprobación del Programa de Atención Socio-sanitaria en Extremadura		
Difusión del Programa en sus líneas generales		
Aprobación de las Zonas Socio-sanitarias	Establecimiento de líneas prioritarias de acción para compensación de déficit de equipamientos sanitarios en zonas de escasa cobertura.	Establecimiento de líneas prioritarias de acción para compensación de déficit de equipamientos sociales en zonas de escasa cobertura.
Constitución de la Comisión de Seguimiento del Plan Socio-sanitario y de la Comisión Permanente Intersectorial Socio-Sanitaria. Selección de procesos prioritarios y conexión con cartera de servicios, incluyendo el diseño del “Proceso de Atención a demencias y deterioro cognitivo”. Aprobación acciones 2005 y 2006.		
Valoración Programas Europeos de financiación. Consenso Líneas OMS	Búsqueda de líneas de financiación y socios europeos en el ámbito sanitario ó socio-sanitario	Búsqueda de líneas de financiación y socios europeos en el ámbito social o socio-sanitario
Creación Normativa de Programas	Definición estratégica de usuario socio-sanitario y de los servicios básicos de carácter socio-sanitarios: Ayuda Intensiva en el Hogar desde el ámbito social y sanitario, Servicios de Rehabilitación, y Centros de Atención a la Dependencia.	
Definición de estrategia de actuación con las Entidades Locales respecto a su implicación en la Atención Socio-Sanitaria y su participación en el la Experiencia de Pilotaje	Elección y puesta en marcha de Comisiones Socio-Sanitarias Gestoras de Casos y Equipos Comunitarios de Valoración Socio-Sanitaria para <i>Experiencia de Pilotaje de Coordinación (ámbitos rural, urbano, semi-urbano)</i> Delegación de competencias y asignación de recursos necesarios para pilotaje de acciones a las Comisiones y Equipos	
	Diseño y Aplicabilidad de Protocolos de derivación, criterios y procedimientos para la Asignación de Recursos, Servicios y validez de Puerta de Entrada	

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

Estudio de nuevos modelos de Financiación y comienzo de negociaciones para una evaluación de necesidades presupuestarias para el periodo de acción del plan	Estudio nuevo modelo de financiación a las Gerencias de Área y de su relación con las Comisiones Socio-Sanitarias Gestoras de Casos.	Estudio nuevo modelo de financiación a proveedores de servicios. Modelos de Convenios específicos con Ayuntamientos y SSB para la prestación de Ayuda Intensiva en el Hogar y para Promoción del Voluntariado de Apoyo a Personas Dependientes
Creación Oficina Funcional intersectorial del Plan "Extremadura te Cuida" (Análisis líneas de financiación externa) Estudio de Estrategias para Fomento de Empresas de Atención a personas dependientes con criterios de calidad	Impulso y Priorización de líneas de actuación específicas del ámbito sanitario que se integren en el Programa "Extremadura te Cuida"	Impulso y Priorización de líneas de actuación específicas del ámbito social que se integren en el Programa "Extremadura te Cuida"
<i>Evaluación de Experiencia de Pilotaje; Validación o Revisión en su caso de los Órganos de Coordinación en función de la Experiencia de Pilotaje de Coordinación</i>		
Gestiones para Transferencias de Competencias de CAMF de Alcuéscar con MTAS	En función de las Gestiones, planificación de la posible reorganización del CAMF en cuanto a servicios a prestar en conjunción con el Programa de atención Socio-sanitario	
	Definición de CMBD Socio-Sanitario	
ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN COMUNITARIO		
Diseño de acciones de Prevención de la dependencia.	Diseño de Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito sanitario. Especial incidencia sobre la valoración y seguimiento a través de Programas Específicos (Programa del Anciano)	Diseño de Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito social a desarrollar desde Hogares, Centros de Día y Asociaciones.
Implicación de las Entidades locales en el ámbito de actuación socio-sanitario en domicilio periodo 2005-2010	Reorganización de Atención Domiciliaria enfocada a la nueva modalidad de AIH (Programa). Módulo formado por Médico, Enfermería y orientación a Fisioterapia y Terapia Ocupacional.	Reorganización y Delimitación de la nueva modalidad de Ayuda a Domicilio como Ayuda Intensiva en el Hogar. Establecimiento de intensidad del servicio, prestadores y sistemas de provisión
	Reorganización de Enfermería y redacción del proyecto " Una enfermería para un Sistema de Cuidados "	

Comienzo acciones de <u>aplicabilidad de nuevas tecnologías</u> y servicios de apoyo al cuidado y supervisión de personas dependientes en ámbito comunitario implicación a Entidades Locales afectadas (Diputaciones y Ayuntamientos), Acciones de Investigación I+D Consejería de Educación, UE, IMSERSO-CEAPAT.	Adopción de tele-atención según utilidad (Continuar línea de investigación)	Adopción de acuerdos con Diputaciones y EELL para intensificación de Tele-asistencia asociada a la Ayuda Intensiva en el Hogar. Negociaciones con IMSERSO para la ubicación en la CA de un Centro de Referencia en I+D en relación con las Nuevas Tecnologías aplicadas al cuidado y supervisión de personas dependientes.
Comienzo acciones de rehabilitación en ámbito comunitario implicación a Entidades Locales afectadas	Evaluación y reorganización rehabilitación comunitaria. Estudio y diseño protocolos y elección de Centros pioneros	
	Comienzan intervenciones en Centros de Salud elegidos para su adecuación a Centros con servicios de rehabilitación	Comienzan intervenciones en Centros de ámbito social elegidos para su adecuación a Centros con servicios de rehabilitación.
Comienzo acciones de atención comunitaria a través de Centros de Día Especializados e implicación a Entidades Locales afectadas	Participación en módulo sanitario en los Centros de Día de Alzheimer y Dependencias Funcionales	Estudio de ubicación de Centros de Día de Alzheimer y Centros de Día de dependencias funcionales para conseguir 1 Centro de referencia de cada tipología por Area de Salud
ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN RESIDENCIAL-HOSPITALARIO		
Comienzo acciones en ámbito residencial implicación a Entidades Locales afectadas	Inicio de Estudio de necesidades sanitarias en T2 y T3	
	Farmacia Grandes Residencias (más de 100 plazas)	Estudio de Centros Residenciales orientado a su reconversión y Selección de 4 Centros que podrían comenzar en primera fase como T2.
	Delimitación competencial de los RRHH en Residencias	

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

	Preparación y planificación de la creación de Unidades de Recuperación funcional (reorganización de enfermería incremento discreto y creación de equipos de valoración mixtos: formados por enfermería, Geriatría o Medicina Interna)	Inicio construcción 2 nuevos Centros Residenciales Especializados en atención a Demencias. T2 (1 por provincia)
	Refuerzo personal médico y enfermería en los T2 seleccionados. (Comienzo en especial donde URF en HA)	Reorganización de procesos en relación con el refuerzo de módulo sanitario en los T2 seleccionados.
	Reorganización de Médicos de AP referidos al conjunto de T2.	Reorganización de procesos en relación con la reorganización de Médicos de AP referidos al conjunto de T2
	Estudio ,elección de recursos y concierto inicial de plazas T1 y T2.	
	Co-Dirección Hospital Psiquiátrico con Diputación	
	Aumento Red Pisos para enfermos mentales	
ACCIONES DE FORMACIÓN APOYO A CUIDADORES E INSERCIÓN		
Comienzo del Diseño del Plan de Formación a Cuidadores con la Escuela de Salud, Escuela de Admón. Pública para fase de Formación de Formadores	Establecimiento de Líneas de Formación y Atención psicosocial a Cuidadores y elección de espacios de formación desde el ámbito sanitario	Establecimiento de Líneas de Formación y Atención psicosocial a Cuidadores y elección de espacios de formación desde el ámbito social
Estudio y Propuesta de Ayudas Fiscales para cuidadores		Estudio Ayudas Económicas para cuidadores y establecimiento de un Plan de Subvenciones para 2006. Establecimiento de Plan de Ayudas a Asociaciones para Promoción de actividades de Voluntariado
Estudio con el Sexpe de empresa de reparación de material ortoprotésico	Comienza banco de préstamo de material ortoprotésico	Estudio de normativa para oferta de prestaciones ortoprotésicas, en conjunción con la Línea de Ayudas iniciada en 2004

	Trabajo Conjunto con Sexpe en inserción laboral de enfermos mentales y drogodependientes. Periodo 2005-2010	
ACCIONES PRESUPUESTARIAS		
Consenso en dotación presupuestaria extraordinaria para 2006 en servicios y recursos enmarcados en la atención socio-sanitaria	Priorización de acciones en relación con la dotación presupuestaria extraordinaria en 2006 y consignación en los presupuestos generales de la DGASSy S	Priorización de acciones en relación con la dotación presupuestaria extraordinaria en 2006 y consignación en los presupuestos generales de la DGSS (Previamente debe existir un pacto con las Entidades Locales para la cofinanciación que se establezca en los Servicios de ámbito comunitario de su competencia)
	Estudio y delimitación clara de Orden de Subvenciones del 2006 por competencias	

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

GENERAL	SANIDAD	B. SOCIAL
2006		
ACCIONES DE REORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE ESTRATEGIAS PRINCIPALES		
Posible comienzo financiación específica de la dependencia.		
Difusión del Programa en las líneas específicas consensuadas en 2005		
Proceso de consolidación de Zonas Sociosanitarias	Continuación de líneas prioritarias de acción para compensación de déficit de equipamientos sanitarios en zonas de escasa cobertura	Continuación de líneas prioritarias de acción para compensación de déficit de equipamientos sociales en zonas de escasa cobertura
Integración con Programas Europeos de financiación. Consenso Línea OMS	Participación en líneas de financiación y socios europeos en el ámbito sanitario ó socio-sanitario	Participación en líneas de financiación y socios europeos en el ámbito social o socio-sanitario
Funcionamiento Instaurado de la Comisión de Seguimiento del Plan Socio-sanitario y de la Comisión Permanente Intersectorial Socio-Sanitaria. Determinación de acciones para 2006 y 2007.		
Puesta en marcha de las estrategias de actuación con las Entidades Locales respecto a su implicación en la Atención Socio-Sanitaria	Puesta en marcha del total de Comisiones Socio-Sanitarias Gestoras de Casos y Equipos Comunitarios de Valoración Socio-Sanitaria. Delegación de competencias y asignación de recursos necesarios a las Comisiones y Equipos para su funcionamiento en función de la cartera de servicios existente en cada zona	
Validación de modelos de Financiación	Validación y puesta en marcha de modelo de financiación a las Gerencias de Área y relación de éstas con las Comisiones Socio-Sanitarias Gestoras de Casos.	Establecimiento de Convenios específicos con Ayuntamientos y SSB para la prestación de Ayuda Intensiva en el Hogar y para Promoción del Voluntariado de Apoyo a Personas Dependientes
Comienza Campaña difusión turística nacional e internacional "Extremadura te Cuida"		
Financiación "a" y "desde" "Extremadura te Cuida" a pequeñas líneas.	Puesta en marcha de líneas de actuación específicas del ámbito sanitario que se integren en el Programa "Extremadura te Cuida"	Puesta en marcha de líneas de actuación específicas del ámbito social que se integren en el Programa "Extremadura te Cuida"
Implantación de Estrategias para Fomento de Empresas de Atención a personas dependientes con criterios de calidad.	Compromiso de financiación de concertación de un 10% de plazas desde el módulo sanitario a nuevas empresas	Compromiso de financiación de concertación de un 10% de plazas desde el módulo social a nuevas empresas
Transferencias de Competencias de CAMF de Alcuéscar con MTAS	En función de las Gestiones, planificación de la posible reorganización del CAMF en cuanto a servicios a prestar en conjunción con el Programa de atención Socio-sanitario	
	Comienza implantación del CMBD Socio-Sanitario. Diseño de sistema de información integral en Bienestar Social, compatible con el sistema Jara.	

ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN COMUNITARIO		
Comienzan acciones de <u>Prevención de la dependencia</u>	inicio de Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito sanitario.	Inicio de Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito social
	Atención Domiciliaria enfocada a la nueva modalidad de AIH (Programa).	Ayuda Intensiva en el Hogar. Asignación de cupo de casos por zona sociosanitaria. Firma de Convenios con Ayuntamientos para su financiación
	Implantación final de protocolos del Programa “Una enfermería para un Sistema de Cuidados”	
	Comienza pilotaje y puesta en marcha de Proceso de demencias y deterioro cognitivo.	
Continúan acciones de aplicabilidad de nuevas tecnologías y servicios de apoyo al cuidado y supervisión de personas dependientes en ámbito comunitario Comienzan líneas de financiación de Acciones de Investigación I+D Consejería de Educación,UE		Firma de Convenios con Diputaciones para intensificación de Tele-asistencia asociada a la Ayuda Intensiva en el Hogar, especialmente en los 20 casos asignados por zona socio-sanitaria. Posible ubicación en la CA de un Centro de Referencia en I+D en relación con las Nuevas Tecnologías aplicadas al cuidado y supervisión de personas dependientes.
Intensificación de las acciones de rehabilitación en ámbito comunitario implicación a Entidades Locales afectadas	Evaluación de la actuación de rehabilitación comunitaria en centros pioneros. Elección y puesta en marcha de al menos un centro de rehabilitación por Zona Socio-Sanitaria buscando la optimización de recursos entre los existentes dentro del ámbito social o sanitario y la ubicación preferente en función de la cobertura zonal.	
Intensificación de las acciones de atención comunitaria a través de Centros de Día Especializados e implicación a Entidades Locales afectadas	Participación en módulo sanitario en los Centros de Día de Alzheimer y Dependencias Funcionales, continuación de 2005	Comienzo de financiación de Centros de Día de Alzheimer y Centros de Día de dependencias funcionales para conseguir 1 Centro de referencia de cada tipología por Área de Salud

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN RESIDENCIAL-HOSPITALARIO		
Intensificación de acciones en ámbito residencial y hospitalario, implicación a Entidades Locales afectadas en el ámbito residencial	Reevaluación de necesidades T2 en T3.	
	Aumento dotación camas T3 enfermos mentales	
	Aumento dotación camas T1 y T2	
	Farmacia Residencias de tamaño medio y Residencias propias Conveniadas con ayuntamientos (de 50 a 100 plazas)	Se inicia reconversión 4 Centros como T2 y Estudio y Selección de otros 4 Centros como T2. (Objetivo final: centros por Área de salud, en función de necesidades de plazas y cobertura de Zonas)
	2 plantas de recuperación funcional (reorganización de enfermería incremento discreto y creación de equipos de valoración mixtos)	segunda fase de construcción 2 nuevos Centros Residenciales Especializados en atención a Demencias. T2 (1 por provincia)
	Continuación del Refuerzo de personal médico y enfermería en los T2 seleccionados. (Comienzo en especial donde URF en HA)	. Nueva Concepción de Centros de Atención a la Dependencia. Incremento de la Terapia Ocupacional y enfoque hacia creación específica de espacios de atención a demencias y alzheimer.
	Evaluación de la Reorganización de Médicos de AP referidos al conjunto de T2. Intensidad e impacto de la acción desde el ámbito sanitario.	Evaluación de procesos en relación con la reorganización de Médicos de AP referidos al conjunto de T2. Intensidad e impacto de la acción desde el ámbito social.
	Co.Dirección Hospital Psiquiátrico con Bienestar Social.	Co.Dirección Hospital Psiquiátrico con Sanidad.
	Completar Red Pisos para enfermos mentales. Continuar desarrollo red comunitaria.	Co-dirección Residencia Enfermos mentales. Participación proyecto Badajoz

ACCIONES DE FORMACIÓN, APOYO A CUIDADORES E INSERCIÓN		
Intensificación de Plan de Formación Cuidadores con Escuela de Salud, Escuela de Admón. Pública para fase de Formación de Formadores	- Intensificación de Líneas de Formación y Atención psicosocial a Cuidadores y utilización de espacios de formación desde el ámbito sanitario. Creación de 1 aula de Formación por Área de salud. - Páginas web de ayudas al cuidador.	-Intensificación de Líneas de Formación y Atención psicosocial a Cuidadores y utilización de espacios de formación desde el ámbito social. Creación de 1 aula de Formación por Área de salud. - Páginas web de ayuda al cuidador.
Inicio de Ayudas Fiscales y exenciones laborales para cuidadores		Primera Convocatoria del Plan de Subvenciones de Ayudas Económicas para cuidadores. Continuación del Plan de Ayudas a Asociaciones para Promoción de actividades de Voluntariado. Establecimiento de una Coordinadora de Voluntariado que aglutine acciones desde el ámbito público y privado.
Formalización de Contrato con empresa de reparación de material ortoprotésico	Continuar la implantación del banco de préstamo de material ortoprotésico	Participación en prestaciones ortoprotésicas con Sanidad en conjunción con la Línea de Ayudas iniciada en 2004

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

ACCIONES PRESUPUESTARIAS		
Consenso en dotación presupuestaria extraordinaria para 2007 en servicios y recursos enmarcados en la atención socio-sanitaria	Priorización de acciones en relación con la dotación presupuestaria extraordinaria en 2007 y consignación en los presupuestos generales de la DGASSy S	Priorización de acciones en relación con la dotación presupuestaria extraordinaria en 2007 y consignación en los presupuestos generales de la DGSS (Continuación de pactos establecidos con las Entidades Locales para la cofinanciación que se establezca en los Servicios de ámbito comunitario de su competencia)
	Estudio y delimitación clara de Orden de Subvenciones del 2007 por competencias	
	Evaluación de funcionamiento en función de intensidad de actividad prestada en Centros y Servicios; contabilidad analítica de centros y servicios de atención socio-sanitaria	

GENERAL	SANIDAD	B. SOCIAL
2007		
ACCIONES DE REORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE ESTRATEGIAS PRINCIPALES		
Ajustes de Planificación en función de financiación específica de la dependencia por parte del Estado		
Difusión del Programa en los logros conseguidos desde la puesta en marcha del programa de Atención Socio-Sanitaria		
Consolidación completa de Zonas Sociosanitarias	Continuación de líneas prioritarias de acción para compensación de déficit de equipamientos sanitarios en zonas de escasa cobertura	Continuación de líneas prioritarias de acción para compensación de déficit de equipamientos sociales en zonas de escasa cobertura
Continuación Programas Europeos. Consenso Línea OMS	Participación en líneas de financiación y socios europeos en el ámbito sanitario ó socio-sanitario	Participación en líneas de financiación y socios europeos en el ámbito social o socio-sanitario
Determinación de acciones para 2007 y 2008 y de las diferentes comisiones de coordinación.		
Sistemas de Coordinación	Evaluación del Funcionamiento de las 20 Comisiones Socio-Sanitarias Gestoras de Casos y del total de Equipos de Valoración Socio-Sanitaria ó Equipos Comunitarios de Atención Socio-Sanitaria creados.	
Modelos de Financiación	Continuación del modelo de financiación a las Gerencias de Área y de estas a las Comisiones Socio-Sanitarias Gestoras de Casos.	Mantenimiento e Incremento de Convenios específicos con Ayuntamientos y SSB para la prestación de Ayuda Intensiva en el Hogar y para Promoción del Voluntariado de Apoyo a Personas Dependientes
Evaluación de Campaña difusión turística nacional e internacional "Extremadura te Cuida"		
Financiación "a" y "desde" "Extremadura te Cuida" a líneas de los diferentes sectores.	Mantenimiento e Intensificación de líneas de actuación específicas del ámbito sanitario que se integren en el Programa "Extremadura te Cuida"	Mantenimiento e Intensificación de líneas de actuación específicas del ámbito social que se integren en el Programa "Extremadura te Cuida"
Continuidad de Estrategias para Fomento de Empresas de Atención a personas dependientes con criterios de calidad.	Compromiso de financiación de concertación de un 10% de plazas desde el módulo sanitario a nuevas empresas	Compromiso de financiación de concertación de un 10% de plazas desde el módulo social a nuevas empresas
	Evaluación sobre implantación del CMBD Socio-Sanitario y análisis de los primeros datos ofrecidos.	

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN COMUNITARIO		
Evaluación e Intensificación de acciones de Prevención	Evaluación e Intensificación de Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito sanitario.	Evaluación e Intensificación de Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito social
Crecimiento y Consolidación de la atención socio-sanitaria en domicilio (AIH).	Continuación del programa de Atención Domiciliaria enfocada a la nueva modalidad de AIH (Programa).	Continuación del programa de Ayuda Intensiva en el Hogar. Firma de Convenios con Aytos para su financiación
	Evaluación del Programa "Una enfermería para un Sistema de Cuidados"	
Continuación de acciones de aplicabilidad de nuevas tecnologías y servicios de apoyo al cuidado y supervisión de personas dependientes en ámbito comunitario Se mantienen líneas de financiación de Acciones de Investigación I+D Consejería de Educación, UE	Adopción de tele-atención según utilidad	Firma de Convenios con Diputaciones para intensificación de Tele-asistencia asociada a la Ayuda Intensiva en el Hogar, hasta llegar a un 40% de la demanda estudiada por zona socio-sanitaria. Comienza proyecto de un Centro de Referencia en I+D en relación con las Nuevas Tecnologías aplicadas al cuidado y supervisión de personas dependientes
Continuación de las acciones de rehabilitación en ámbito comunitario implicación a Entidades Locales afectadas	Continuación de la evaluación de la actuación de rehabilitación comunitaria en los Centros por Zona Socio-Sanitaria que se pusieron en marcha durante 2006. Elección y puesta en marcha de nuevos Centros y Servicios de Rehabilitación	
Continuación de las acciones de atención comunitaria a través de Centros de Día Especializados e implicación a Entidades Locales afectadas	Consolidación del módulo sanitario en los Centros de Día de Alzheimer y Dependencias Funcionales	Consolidación de la financiación de Centros de Día de Alzheimer y Centros de Día de dependencias funcionales. Elección y puesta en marcha de nuevos Centros de Día en función de la necesidades de cobertura

ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN RESIDENCIAL-HOSPITALARIO		
Se intensifican acciones en ámbito residencial y hospitalario, implicación a Entidades Locales afectadas en el ámbito residencial	Evaluación de Farmacia en residencias y ampliación al total residencias públicas	Se finaliza reconversión 4 Centros como T2 se continúa en otros 4 Centros. (Total 8 centros 1 por Área de salud)
	6 plantas de recuperación funcional (reorganización de enfermería incremento discreto y creación de equipos de valoración mixtos)	Finaliza construcción 2 nuevos Centros Residenciales Especializados en atención a Demencias. T2 (1 por provincia)
	Refuerzo personal médico y enfermería en el conjunto de residencias	Reorganización de procesos en relación con el refuerzo de módulo sanitario en las residencias. Centros de Atención a la Dependencia. Incremento de la Terapia Ocupacional y enfoque hacia creación específica de espacios de atención a demencias y Alzheimer.
	Financiación de Centros de atención socio-sanitaria en función a concierto consensuado en base a UCSS (Unidades de complejidad socio-sanitaria) Creación de Normativa específica	
	Establecimiento de módulos en los Hospitales Psiquiátricos.	. Establecimiento de módulos en los Hospitales Psiquiátricos.
		Asunción Dirección Residencia Enfermos mentales. Cáceres y Badajoz
	Co-Dirección del CAMF de Alcuéscar. Establecimiento de los módulos social y sanitario	
	Evaluación de Casos a través de JARA	Conexión con Proyecto JARA en la Evaluación de Casos

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

ACCIONES DE FORMACIÓN, APOYO A CUIDADORES E INSERCIÓN		
Plan de Formación Cuidadores 2007 con Escuela de Salud, Escuela de Admón. Pública para fase de Formación de Formadores	. Creación de 1 aula de Formación por Zona Socio-Sanitaria	. Creación de 1 aula de Formación por Zona Socio-Sanitaria
Consolidación de Ayudas Fiscales y exenciones laborales para cuidadores		Segunda Convocatoria del Plan de Subvenciones de Ayudas Económicas para cuidadores. Continuación del Plan de Ayudas a Asociaciones para Promoción de actividades de Voluntariado.
Formalización de Contrato con empresa de reparación de material ortoprotésico	Continuación del banco de préstamo de material ortoprotésico	Linea de ayudas 2007 para prestaciones ortoprotésicas.
ACCIONES PRESUPUESTARIAS		
Consenso en dotación presupuestaria extraordinaria para 2008 en servicios y recursos enmarcados en la atención socio-sanitaria	consignación en los presupuestos generales de la DGASSy S para el año 2008	la dotación presupuestaria en 2008 en los presupuestos generales de la DGSS (
	Estudio y delimitación clara de Orden de Subvenciones del 2008 por competencias	
	Evaluación de funcionamiento en función de intensidad de actividad prestada en Centros y Servicios; contabilidad analítica de centros y servicios de atención socio-sanitaria	

GENERAL	SANIDAD	B. SOCIAL
2008		
ACCIONES DE REORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE ESTRATEGIAS PRINCIPALES		
Planificación en función de financiación específica de la dependencia por parte del Estado para el año 2008.		
Difusión del Programa en los logros conseguidos durante 2007 y difusión de medidas de 2008		
Proceso de consolidación de Zonas Sociosanitarias. Aplicación del Nuevo mapa sociosanitario.	Continuación de líneas prioritarias de acción para compensación de déficit de equipamientos sanitarios en zonas de escasa cobertura	Continuación de líneas prioritarias de acción para compensación de déficit de equipamientos sociales en zonas de escasa cobertura
Aplicación de la Financiación Programas Europeos puestos en marcha. Consenso Línea OMS	Participación en líneas de financiación y socios europeos en el ámbito sanitario ó socio-sanitario	Participación en líneas de financiación y socios europeos en el ámbito social o socio-sanitario
. Determinación de acciones para 2008 y 2009 de las diferentes comisiones		
Continuación de nuevo Modelos de Financiación	Aplicación del nuevo el modelo de financiación a las Gerencias de Área y relación de estas con las Comisiones Socio-Sanitarias Gestoras de Casos.	Continuación de Convenios específicos con Ayuntamientos y SSB para la prestación de Ayuda Intensiva en el Hogar y para Promoción del Voluntariado de Apoyo a Personas Dependientes
Continuación de la Financiación “a” y “desde” “Extremadura te Cuida” a líneas de los diferentes sectores.	Continuación de las líneas de actuación específicas del ámbito sanitario que se integren en el Programa “Extremadura te Cuida”	Continuación de las líneas de actuación específicas del ámbito social que se integren en el Programa “Extremadura te Cuida”
Continuación del Fomento de Empresas de Atención a personas dependientes con criterios de calidad.	Compromiso de financiación de concertación de un 10% de plazas desde el módulo sanitario a nuevas empresas	Compromiso de financiación de concertación de un 10% de plazas desde el módulo social a nuevas empresas
	CMBD Socio-Sanitario. Emisión anual de Estadísticas e Informes analíticos.	
ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN COMUNITARIO		
acciones de Prevención	Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito sanitario.	Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito social
Crecimiento y Consolidación de la atención socio-sanitaria en domicilio (AIH).	Refuerzo de la Atención Domiciliaria enfocada a la nueva modalidad de AIH (Programa). Incremento de la cobertura si es necesario en la evaluación.	Refuerzo de la Ayuda Intensiva en el Hogar. Incremento de la cobertura por zona socio-sanitaria al 60%.

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

Consolidación de acciones de aplicabilidad de nuevas tecnologías y servicios de apoyo al cuidado y supervisión de personas dependientes en ámbito comunitario Se mantienen líneas de financiación de Acciones de Investigación I+D Consejería de Educación,UE	Mantenimiento de tele-atención según utilidad	Firma de Convenios con Diputaciones para intensificación de Tele-asistencia asociada a la Ayuda Intensiva en el Hogar, hasta llegar a un 60% de la demanda estudiada por zona socio-sanitaria. Evaluación del Centro de Referencia en I+D en relación con las Nuevas Tecnologías aplicadas al cuidado y supervisión de personas dependientes financiado por el IMSERSO.
Continuación de las acciones de rehabilitación en ámbito comunitario implicación a Entidades Locales afectadas	Nuevos Centros y Servicios de Rehabilitación	
Intensificación de acciones de atención comunitaria a través de Centros de Día Especializados e implicación a Entidades Locales afectadas	Continuación de la consolidación de módulo sanitario en los Centros de Día de Alzheimer y Dependencias Funcionales	Consolidación de la financiación de Centros de Día de Alzheimer y Centros de Día de dependencias funcionales. Elección y puesta en marcha de nuevos Centros de Día en función de la necesidades de cobertura.
ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN RESIDENCIAL-HOSPITALARIO		
Nuevas acciones en ámbito residencial y hospitalario	Evaluación de Farmacia al total de residencias públicas. Comienzo prestación Farmacéutica a los 2 Nuevos Centros T2 especializados en atención a demencias.	Se finaliza reconversión de Centros como T2. Centros de Atención a la Dependencia (Total de centros por Área de salud)
	2 plantas de recuperación funcional (reorganización de enfermería incremento discreto y creación de equipos de valoración mixtos).	Inicio funcionamiento de 2 nuevos Centros Residenciales Especializados en atención a Demencias. T2 (1 por provincia)
	Aportación del módulo sanitario a los 2 Nuevos Centros T2 especializados en atención a demencias	Evaluación general del funcionamiento de los T2 Centros de Atención a la Dependencia.
	Consolidación de módulos del Hospital Psiquiátrico	Consolidación de módulos del Hospital Psiquiátrico.

		Dirección Residencia Enfermos mentales. Cáceres y Badajoz
	Equipo Funcional especializado en demencias	
	Completar la Co-Dirección del CAMF de Alcuéscar. Establecimiento de los módulos social y sanitario	
	Continuación de la evaluación de Casos a través de JARA	Consolidar la Conexión con Proyecto JARA en la Evaluación de Casos
ACCIONES DE FORMACIÓN, APOYO A CUIDADORES E INSERCIÓN		
Acciones de Formación	-Evaluación e Intensificación en su caso de las 20 aulas de Formación por Zona Socio-Sanitaria. -Potenciación de líneas web. -Reevaluación de programas de intervención del ciudadano y el cuidador.	
Continuidad de Ayudas Fiscales y exenciones laborales para cuidadores		Tercera Convocatoria del Plan de Subvenciones de Ayudas Económicas para cuidadores. Evaluación de la acción. Continuación del Plan de Ayudas a Asociaciones para Promoción de actividades de Voluntariado.
Ampliación del Contrato con empresa de reparación de material ortoprotésico	Se evalúa y mejora intensifica banco de préstamo de material ortoprotésico.	Plan de ayudas para prestaciones Ortoprotésicas, Ayudas Técnicas y Equipamiento para atención a Personas Dependientes
ACCIONES PRESUPUESTARIAS		
Consenso en dotación presupuestaria extraordinaria para 2009 en servicios y recursos enmarcados en la atención socio-sanitaria	Dotación presupuestaria en 2009 y consignación en los presupuestos generales de la DGASS y S	Dotación presupuestaria en 2009 y consignación en los presupuestos generales de la DGSS y S.
	Estudio y delimitación clara de Orden de Subvenciones del 2009 por competencias	
	Evaluación de funcionamiento en función de intensidad de actividad prestada en Centros y Servicios; contabilidad analítica de centros y servicios de atención socio-sanitaria	

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

GENERAL	SANIDAD	B. SOCIAL
2009		
ACCIONES DE REORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE ESTRATEGIAS PRINCIPALES		
Aplicación de la de financiación específica de la dependencia por parte del Estado para el año en curso.		
Difusión del Programa en los logros conseguidos durante 2008 y difusión de medidas de 2009		
Finaliza Proceso de consolidación de Zonas Sociosanitarias	Seguimiento y mantenimiento de Índices de Cobertura homogéneos en las Zonas Socio-Sanitarias a través de Sistemas de Información Geográfica	
. Determinación de acciones para 2009 de las comisiones de coordinación		
Ampliación y consolidación del nuevo modelo de financiación	Ampliación del nuevo modelo de financiación a las Gerencias de Área y de estas a las Comisiones Socio-Sanitarias Gestoras de Casos.	Ampliación de los Convenios específicos con Ayuntamientos y SSB para la prestación de Ayuda Intensiva en el Hogar y para Promoción del Voluntariado de Apoyo a Personas Dependientes
Mejora de la Financiación “a” y “desde” “Extremadura te Cuida” a líneas de los diferentes sectores.	Mejora de las líneas de actuación específicas del ámbito sanitario que se integren en el Programa “Extremadura te Cuida”	Mejora de las líneas de actuación específicas del ámbito social que se integren en el Programa “Extremadura te Cuida”
Fomento de Empresas de Atención a personas dependientes con criterios de calidad.	Compromiso de financiación de concertación de un 10% de plazas desde el módulo sanitario a nuevas empresas	Compromiso de financiación de concertación de un 10% de plazas desde el módulo social a nuevas empresas
CMBD Socio-Sanitario. Emisión anual de Estadísticas e Informes analíticos. Funcionamiento integrado de los dos sistemas de información, sanitario y social.		
ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN COMUNITARIO		
acciones de Prevención	Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito sanitario.	Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito social
Mejora de la atención socio-sanitaria en domicilio (AIH).	Mejora del programa de Atención Domiciliaria enfocada a la nueva modalidad de AIH (Programa).	Mejora del programa de Ayuda Intensiva en el Hogar. Asignación del 75% de la demanda estudiada por zona sociosanitaria. Firma de Convenios con Aytos. para su financiación

financiación de nuevas Acciones de Investigación I+D Consejería de Educación, UE	Intensificación de la tele-atención según utilidad	Firma de Convenios con Diputaciones para intensificación de Tele-asistencia asociada a la Ayuda Intensiva en el Hogar, hasta llegar a un 75% de la demanda estudiada por zona socio-sanitaria.
Continuidad de las acciones de rehabilitación en ámbito comunitario implicación a Entidades Locales afectadas	Completar la red de nuevos Centros y Servicios de Rehabilitación	
Ampliación de las acciones de atención comunitaria a través de Centros de Día Especializados e implicación a Entidades Locales afectadas	Completar la Participación en módulo sanitario en los Centros de Día de Alzheimer y Dependencias Funcionales	Completar la financiación de Centros de Día de Alzheimer y Centros de Día de dependencias funcionales. Elección y puesta en marcha de nuevos Centros de Día en función de la necesidades de cobertura.
ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN RESIDENCIAL-HOSPITALARIO		
acciones en ámbito residencial y hospitalario	Evaluación de Farmacia al total de residencias públicas..	Nuevas reconversiones de centros a T2 en función de las necesidades de cobertura
	Refuerzo de personal de enfermería en residencias municipales susceptibles de atender a usuarios dependientes	Financiación específica para Ayuntamientos con residencias municipales susceptibles de atender a usuarios dependientes
		Evaluación funcionamiento de 2 nuevos Centros Residenciales Especializados en atención a Demencias. T2 (1 por provincia)
	Reutilización y remodelación de Módulos en Hospitales Psiquiátricos para atención T2	

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

ACCIONES DE FORMACIÓN, APOYO A CUIDADORES E INSERCIÓN		
Acciones de Formación	Ampliación de las 20 aulas de Formación ,una por Zona Socio-Sanitaria	
Continuación de la aplicación de Ayudas Fiscales y exenciones laborales para cuidadores		Cuarta Convocatoria del Plan de Subvenciones de Ayudas Económicas para cuidadores. Evaluación de la acción. Continuación del Plan de Ayudas a Asociaciones para Promoción de actividades de Voluntariado.
	Se intensifica banco de préstamo de material ortoprotésico.	Nuevo Plan anual de ayudas para prestaciones Ortoprotésicas, Ayudas Técnicas y Equipamiento para atención a Personas Dependientes
ACCIONES PRESUPUESTARIAS		
Consenso en dotación presupuestaria extraordinaria para 2010 en servicios y recursos enmarcados en la atención socio-sanitaria	Dotación presupuestaria en 2010 y consignación en los presupuestos generales de la DGASS y S	Dotación presupuestaria en 2010 y consignación en los presupuestos generales de la DGSS
	Estudio y delimitación clara de Orden de Subvenciones del 2010 por competencias	
	Evaluación de funcionamiento en función de intensidad de actividad prestada en Centros y Servicios; contabilidad analítica de centros y servicios de atención socio-sanitaria	

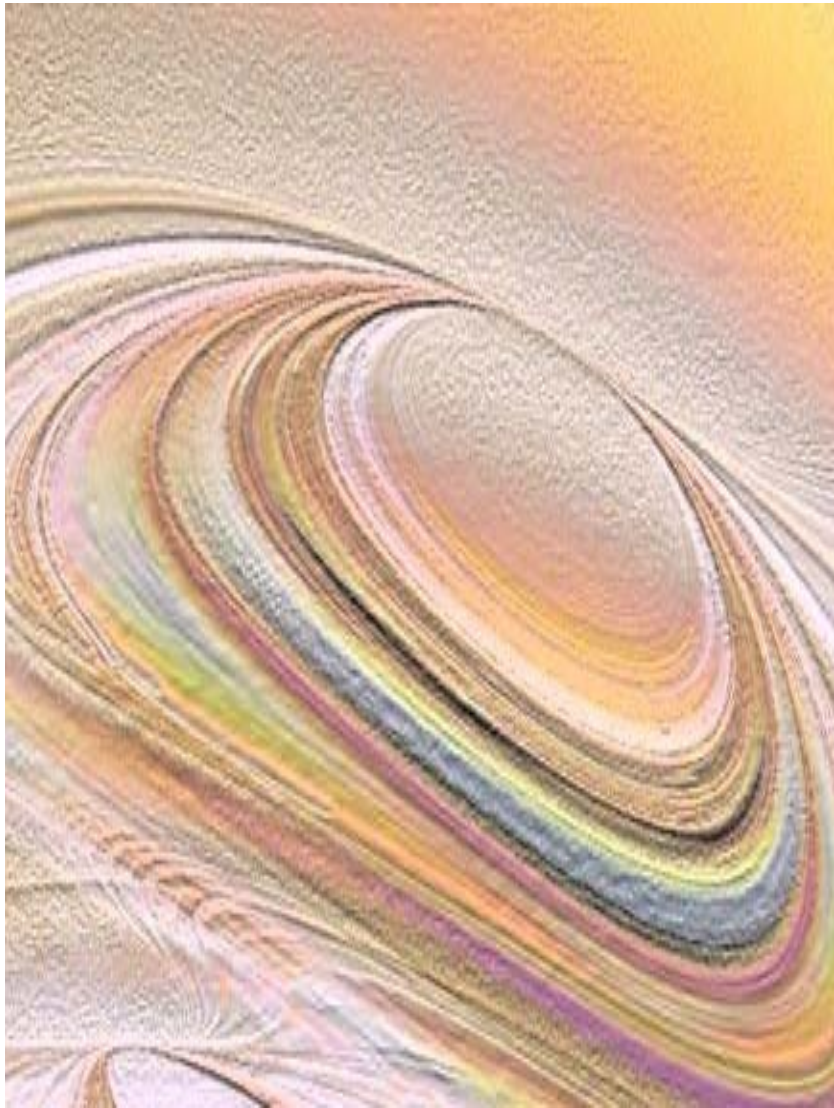
GENERAL	SANIDAD	B. SOCIAL
2010		
ACCIONES DE REORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE ESTRATEGIAS PRINCIPALES		
Ajustes de Planificación en función de financiación específica de la dependencia por parte del Estado para el año 2010		
Difusión del Programa en los logros conseguidos desde el inicio del Plan		
Zonas Sociosanitarias	Consolidación de Índices de Cobertura homogéneos en las Zonas Socio-Sanitarias a través de Sistemas de Información Geográfica	
Programas Europeos de financiación. Consenso Línea OMS	Participación anual en líneas de financiación y socios europeos en el ámbito sanitario ó socio-sanitario	Participación anual en líneas de financiación y socios europeos en el ámbito social o socio-sanitario
. Determinación de acciones para 2010 de las comisiones de coordinación.		
Implantación final del nuevo Modelos de Financiación	Implantación final del nuevo modelo de financiación a las Gerencias de Área y de estas a las Comisiones Socio-Sanitarias Gestoras de Casos.	Continuidad de los Convenios específicos con Ayuntamientos y SSB para la prestación de Ayuda Intensiva en el Hogar y para Promoción del Voluntariado de Apoyo a Personas Dependientes
Evaluación de la Financiación “a” y “desde” “Extremadura te Cuida” a líneas de los diferentes sectores.	Evaluación de las líneas de actuación específicas del ámbito sanitario que se integren en el Programa “Extremadura te Cuida”	Evaluación de las líneas de actuación específicas del ámbito social que se integren en el Programa “Extremadura te Cuida”
Continuidad de Estrategias para Fomento de Empresas de Atención a personas dependientes con criterios de calidad.	Compromiso de financiación de concertación de un 10% de plazas desde el módulo sanitario a nuevas empresas	Compromiso de financiación de concertación de un 10% de plazas desde el módulo social a nuevas empresas
	CMBD Socio-Sanitario. Emisión anual de Estadísticas e Informes analíticos	
ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN COMUNITARIO		
acciones de Prevención	Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito sanitario.	Programas de prevención de la dependencia desde el ámbito social
atención socio-sanitaria en domicilio (AIH).	Atención Domiciliaria enfocada a la nueva modalidad de AIH (Programa).	Ayuda Intensiva en el Hogar. Asignación del 85% de la demanda estudiada por zona sociosanitaria.

Plan Marco de atención socio-sanitaria en Extremadura

Continúan acciones de aplicabilidad de nuevas tecnologías y servicios de apoyo al cuidado y supervisión de personas dependientes en ámbito comunitario Se mantienen líneas de financiación de Acciones de Investigación I+D Consejería de Educación, UE	Mantenimiento de tele-atención según utilidad	Firma de Convenios con Diputaciones para intensificación de Tele-asistencia asociada a la Ayuda Intensiva en el Hogar, hasta llegar a un 85% de la demanda estudiada por zona socio-sanitaria.
rehabilitación en ámbito comunitario implicación a Entidades Locales afectadas	Consolidación de la red nuevos Centros y Servicios de Rehabilitación	
Consolidación de las acciones de atención comunitaria a través de Centros de Día Especializados e implicación a Entidades Locales afectadas	Consolidación de la Participación en módulo sanitario en los Centros de Día de Alzheimer y Dependencias Funcionales	Consolidación de la financiación de Centros de Día de Alzheimer y Centros de Día de dependencias funcionales. Elección y puesta en marcha de nuevos Centros de Día en función de las necesidades de cobertura.
ACCIONES SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN RESIDENCIAL-HOSPITALARIO		
Consolidación de las acciones en ámbito residencial y hospitalario	Consolidación de Farmacia al total de residencias públicas.	Comienzo en su caso de nuevas reconversiones de centros a T2 en función de las necesidades de cobertura
	Refuerzo en su caso de personal de enfermería en residencias municipales susceptibles de atender a usuarios dependientes	Financiación en su caso para Ayuntamientos con residencias municipales susceptibles de atender a usuarios dependientes
	Separación direcciones sanitaria y social de Hospital Psiquiátrico	

ACCIONES DE FORMACIÓN, APOYO A CUIDADORES E INSERCIÓN		
Acciones de Formación		
Consolidación de Ayudas Fiscales y exenciones laborales para cuidadores		Quinta Convocatoria del Plan de Subvenciones de Ayudas Económicas para cuidadores. Evaluación de la acción. Continuación del Plan de Ayudas a Asociaciones para Promoción de actividades de Voluntariado.
	Banco de préstamo de material ortoprotésico.	Mantenimiento e Intensificación en su caso de Plan de ayudas para prestaciones Ortoprotésicas, Ayudas Técnicas y Equipamiento para atención a Personas Dependientes
ACCIONES PRESUPUESTARIAS		
Consolidación en dotación presupuestaria para años sucesivos en servicios y recursos enmarcados en la atención socio-sanitaria	Dotación presupuestaria y consignación en los presupuestos generales de la DGASSy S	Dotación presupuestaria y consignación en los presupuestos generales de la DGSS
	Evaluación de funcionamiento en función de intensidad de actividad prestada en Centros y Servicios; contabilidad analítica de centros y servicios de atención socio-sanitaria	

Documento Preliminar



bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Arjona Torres Miguel. *DIRECCIÓN ESTRATÉGICA, Un enfoque práctico. Principios y Aplicaciones de la Gestión del Rendimiento*. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
- ▶ Bazo M^a T., García Sanz B., Maiztegui Oñate C., Martínez Paricio, J. *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid: Editorial Médica Paramericana; 1999.
- ▶ Baztán JJ y cols. *Encuesta sobre estructura y actividad de las unidades geriátricas de media estancia y convalecencia en España*. Rev Esp Geriatr Geront 2000;35(S6):61-76.
- ▶ Brodsky J., Habid J., and Hirschfeld M., Editors. *Key Policy Issues in Long-Term Care*. World Health Organization; 2003.
- ▶ Casado Marín David, López i Casanovas Gillem. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundación “la Caixa”; 2001.
- ▶ Centro de Estudios del Cambio Social. *El Sistema Nacional de Salud: ¿Seguirá siendo un sistema?*. En: Fundación Encuentro. *Informe España 2003. Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro; 2003. p. 223-295.
- ▶ Centro de Estudios del Cambio Social. *La Sociedad Española de 2004. Sanidad, pensiones y educación*. En: Fundación Encuentro. *Informe España 2004. Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro; 2004. p. 86-132.
- ▶ Coleman Barbara, Wendy Fox-Grage, Donna Fokemer. *STATE LONG-TERM CARE: RECENT DEVELOPMENTS AND POLICY DIRECTIONS*. Washington: National Conference of State Legislatures; 2002.
- ▶ Comisión on the Future of Health Care in Canada. *Building on Values, The Future of Health Care in Canada*. Canada: Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
- ▶ Confederación Española de Organizaciones de Mayores. *Bases para una Ley Estatal de Protección Social a las Personas con Dependencia*. En: VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores; Valladolid 19-20-21 de Octubre de 2003.

- ▶ CRES Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. *Second Plan for integrating health and social care in Castilla y León (Spain)*. Barcelona: CRES Universitat Pompeu Fabra; 2003.
- ▶ Del Llano Señarís Juan, Hidalgo Vega Álvaro, Pérez Camarero Santiago. *Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN)*. Barcelona: Edittec; 2004.
- ▶ Department of Health. *Care Homes for Older People. National Minimum Standards*. London: Department of Health; 2001.
- ▶ Department of Health. *Discharge from hospital: pathway, process and practice*. London: Department of Health; 2003.
- ▶ Department of Health. *Modern Social Services a commitment to reform: The 11th Annual Report of the Chief Inspector of Social Services 2001-2002*. London: World Health Organization; 2002.
- ▶ Department of Health. *National Service Framework for Older People*. London: Department of Health; 2001.
- ▶ Department of Health. *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*. London: Department of Health; 2001.
- ▶ Edad & Vida (colaboración del IMSERSO). Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Edad & Vida, Madrid, 2004. www.edad-vida.org.
- ▶ *Envejecimiento y Dependencia: futuros deseables y futuros posibles. Análisis prospectivo* en CD-ROM. Fundación Salud Innovación, Novartis; 2000
- ▶ *Envejecimiento y Dependencia: Impacto sobre Gestión y Política Socio-Sanitaria* en CD-ROM En: Fundación Sanitas, Fundación Salud Innovación. Simposio Envejecimiento y Dependencia: Impacto sobre Gestión y Política Socio-Sanitaria; Madrid 17 de octubre de 2001.
- ▶ Eulen Servicios Sociales y Sanitarios. *Gestión Asistencial de Residencias para Mayores*. Barcelona: Ars Médica; 2002.
- ▶ Fernández, José-Luis and Forder Julien. *The importance of social care in achieving an efficient health care system: the case for reducing hospital delay discharge rates*. London: 2002.

- ▶ Fundación Pfizer. *Dependencia y Necesidades Asistenciales de los Mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer; 2001.
- ▶ Fundación Salud, Innovación y Sociedad. *Ageing and dependence in Spain: desirable futures and posible futures. A prospective analysis. Documento de trabajo nº2*. España: Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2000. <http://www.fundsis.org>
- ▶ Generalitat de Catalunya, Departament de Bienestar Social. *Libre blanc de la gent gran amb dependència: repensar l'atenció a la gent gran amb dependència: 45 propostes de millora i 10 recomanacions*. Generalitat de Catalunya; 2002.
- ▶ Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. *Plan Gerontológico de Navarra. Modelo de Acción Social para la Tercera Edad*. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud; 1997.
- ▶ Gobierno de Navarra. Departamento de Salud y Departamento de Bienestar Social. *Plan de Atención Socio Sanitaria*. Pamplona: Gobierno de Navarra; 1995.
- ▶ Grupo de trabajo de la Sociedad española de Medicina Geriátrica. *Informe sobre la necesidad de Unidades Geriátricas de Agudos y Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2004.
- ▶ Herrera Molina Emilio y Cols. *Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura*. Badajoz: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Extremeño de Salud; 2002.
- ▶ Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad. *II Plan Sociosanitario de Castilla y León*; 2003.
- ▶ Junta de Extremadura, Consejería de Bienestar Social. Segundo Plan de Acción de las Personas con Discapacidad en Extremadura 2001-2004
- ▶ Junta de Extremadura, Consejería de Bienestar Social. *Plan de Atención para las personas mayores de Extremadura 2001-2005*. Mérida 2001.
- ▶ Junta de Extremadura, Consejería de Bienestar Social. *Plan de Salud Mental de la Junta de Extremadura*. Mérida; 1996.
- ▶ Kane Rosalie A., Kane Robert L., Ladd Richard C. *The Heart of Long-Term Care*. New York: Oxford University Press; 1998.

- ▶ King's Fund. *Long-Term Care Finances: The Challenges for Government*. King's Fund; 1999.
- ▶ Leal Jiménez Antonio , *Gestión del Marketing Social*. Madrid: McGRAW-HILL; 2000.
- ▶ London School of Economics and Political Science. *Recent reforms of policy on long term care for elderly people*. London: London School of Economics and Political Science; 2003.
- ▶ López-Casasnovas G., García A., Pellisé L. *El control del gasto sanitario. Participación de profesionales y usuarios*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2001.
- ▶ Lynn, Schuster, Kabcenell. *Improving care for the end of life*. New York: Oxford University Press; 2000.
- ▶ Martínez Gómez, Juan Manuel, Director Nacional Eulen Serv. Sociosanitarios. *Comisión para el estudio de la dependencia*. Valencia: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
- ▶ Meneu Ricard. *Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones*. Barcelona: MASSON, S.A.; 2002
- ▶ Milbank Memorial Fund. *Implementing the resident assessment instrument case studies of policymaking for long-term care in eight countries*. New York; 2003.
- ▶ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Libro Blanco de la dependencia en España*. Documento electrónico. www.seg-social.es/imserso/. Madrid. 2004.
- ▶ Namkee Ahn, Alonso Meseguer Javier, Herce San Miguel José A.. *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*. Bilbao: Fundación BBVA; 2003.
- ▶ Navarro Güere, Héctor. *WWW IDENTIDAD CORPORATIVA*. Barcelona: Instituto Monsa de Ediciones; 2003.
- ▶ Ouslander Joseph G., Osterweil Dan, Morley John. *Medical Care in the Nursing Home*. 2ª ed. McGraw-Hill; 1997.
- ▶ Pawson R, Boaz A, Grayson L, Long A, Barnes C. *Types and quality of knowledge in social care*. London: Social Care Institute for Excellence; 2003.

- ▶ Pinto José Luis, Vázquez María Xosé, Lázaro Angelina, Martínez Jorge Eduardo. *Análisis coste-beneficio en la salud. Métodos de valoración y aplicaciones*. Barcelona: MASSON S.A.; 2003
- ▶ Pratt, John R. *Long-term care: managing across the continuum*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc.; 1999.
- ▶ Sánchez Fierro Julio. *Libro Verde sobre la Dependencia en España*. Madrid: Ergon; 2004.
- ▶ Servicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. *Reducción de la dependencia en el anciano*. Madrid: Senda Editorial, S.A.; 2003.
- ▶ Sociedad Española de Medicina Geriátrica. *Bases de la atención sanitaria al anciano*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001.
- ▶ Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. *Informe SESPAS 2004. La Salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. Gaceta Sanitaria (Barc) 2004; 18 Supl 1.
- ▶ The Center for Healthcare Leadership, Emory University School of Medicine. *The 21st Century Health Care Leader*. San Francisco, California: Roderick W. Gilkey, Editor; 1998.
- ▶ World Health Organization EUROPE. *The European health report 2002*. Copenhagen: WHO regional publications; 1997.
- ▶ World Health Organization. *Current and future long-term care needs*. World Health Organization; 2002.
- ▶ World Health Organization. *Lessons for long-term care policy*. WHO/OMH/CCL; 2002.
- ▶ Xunta de Galicia. *Conxunto mínimo básico de datos sociosanitarios. Estudio Descriptivo en Centros de Pessoas Mayores, Año 1999*. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade e Servicios Sociais; 2000.