

L'atenció socio sanitària a la ciutat de Barcelona

Anàlisi de la situació i conclusions dels grups de treball

Direcció de Planificació i Avaluació

Novembre 2000

Ref/total



Índex

1.	Presentació	2
2.	Objectius i metodologia de treball.....	3
3.	Capítol 1: L'atenció socio sanitària a la gent gran. Diagnòstic de necessitats	5
3.1.	Introducció	6
3.2.	La gent gran a Barcelona	7
3.3.	Identificació de necessitats socio sanitàries de la gent gran	8
3.4.	Anàlisi de l'oferta de serveis.....	12
3.4.1.	Estructura del sistema sanitari i del sistema d'atenció social	12
3.4.2.	Oferta de serveis	13
3.4.2.1	<i>Xarxa socio sanitària</i>	14
3.4.2.2	<i>Serveis socials</i>	18
3.5.	Utilització dels serveis en la gent gran	23
3.5.1.	Anàlisi de la població atesa	23
3.5.2.	Perfil de la gent gran atesa als serveis	25
3.5.3.	Llistes d'espera.....	26
3.5.3.1	<i>Unitats d'internament socio sanitàries</i>	26
3.5.3.2	<i>Serveis socials</i>	26
3.5.4.	Aproximació a la utilització dels serveis sanitaris per part de les dues subcategories de població amb necessitats socio sanitàries	28
3.5.4.1	<i>Utilització de serveis en la gent gran fràgil</i>	28
3.5.4.2	<i>Utilització de serveis en persones amb malaltia terminal</i>	30
3.6.	Coordinació i continuïtat assistencial	32
3.6.1.	Anàlisi dels fluxos entre serveis	32
3.6.2.	Circuit d'accés i criteris i/o instruments emprats per a la prioritització de l'ingrés	33
3.7.	Conclusions capítol 1	34
3.8.	Bibliografia capítol 1	36
3.9.	Annexos capítol 1	37
3.9.1.	Annex 1: Indicadors sociodemogràfics per districte	38
3.9.2.	Annex 2: Glossari de definicions dels serveis sanitaris i socials	48
3.9.3.	Annex 3: Perfil de l'usuari atès al serveis sanitaris i socials	53
4.	Capítol 2: El paper de l'atenció primària de salut dins del model d'atenció socio sanitària	56
4.1.	L'atenció primària de salut	57
4.2.	Utilització de serveis	58
4.3.	L'atenció domiciliària programada.....	60
4.3.1.	Pacients atesos i cobertura de l'atenció domiciliària	61
4.3.2.	Característiques de la població atesa	61
4.4.	Coordinació i continuïtat assistencial	63
4.5.	Conclusions capítol 2	64
4.6.	Bibliografia capítol 2	65
5.	Capítol 3: La demanda socio sanitària als hospitals d'aguts de la ciutat de Barcelona ...	66
5.1.	L'atenció especialitzada a l'àmbit hospitalari	67
5.2.	Descripció de les altes produïdes a la XHUP en gent gran	68
5.3.	Descripció del flux de pacients als hospitals d'aguts	72
5.4.	Mesures impulsades als hospitals de la XHUP per millorar l'atenció a les necessitats socio sanitàries.....	74
5.5.	Conclusions capítol 3	75
5.6.	Bibliografia capítol 3	76

1. Presentació

Aquest document provisional és el resultat dels treballs desenvolupats durant els darrers mesos per un conjunt de professionals de diverses institucions relacionades amb l'atenció sanitària, sociosanitària i social a Barcelona.

Vol ser una aportació **rigorosa i plural** al procés de desenvolupament d'un Pla Estratègic Sociosanitari que doni resposta a les necessitats d'atenció sociosanitària de la població de Barcelona.

L'anàlisi de la situació actual, el diagnòstic de necessitats, els criteris per a la identificació dels grups més vulnerables, l'orientació dels diferents nivells assistencials, la necessària complementarietat entre l'àmbit social i sanitari, així com les noves necessitats d'informació i d'instruments de valoració i d'avaluació són alguns exemples dels àmbits de treball dels diferents grups i professionals que han participat en el procés.

El caràcter *provisional* d'aquest document ve determinat per la necessitat d'un debat compartit entre tots els professionals que han participat en el procés, així com per l'elaboració, de forma conjunta, d'una sèrie de recomanacions que seran presentades als òrgans de direcció del Consorci Sanitari de Barcelona, de la Corporació Sanitària de Barcelona i del Servei Català de la Salut.

El document s'estructura de la forma següent :

En primer lloc, es descriuen els objectius i la metodologia de treball seguit dels professionals que han participat. Després cada capítol conté els resultats de cadascun dels grups de treball:

1. Diagnòstic de necessitats
2. Paper de l'atenció primària de salut dins del model d'atenció sociosanitari
3. Demanda sociosanitària als hospitals d'aguts.

2. Objectius i metodologia de treball

Coordinats per la Corporació Sanitària de Barcelona i per la Direcció de Planificació del Consorci Sanitari de Barcelona es va constituir un grup de treball multidisciplinar amb els objectius següents:

- Realitzar un diagnòstic de la situació actual quant a necessitats i valoració del desenvolupament de l'oferta de serveis socio-sanitaris a Barcelona.
- Realitzar una definició sobre necessitats de desenvolupament d'aquests serveis i del paper que han de jugar els diferents nivells i àmbits d'atenció per a la cobertura de les necessitats socio-sanitàries des d'una perspectiva de complementaritat.
- Elaborar propostes i recomanacions per ser presentades als nivells directius del Consorci Sanitari de Barcelona, de la Corporació Sanitària de Barcelona i del Servei Català de la Salut.

La composició del grup impulsor és la següent:

- Xavier Esteve i Ollé - MUTUAM
- Daniel Fernandez Ponce - Consorci Sanitari de Barcelona
- Dolors Garolera Bruguera – Institut Català de la Salut
- Àlex Guarga Rojas - Consorci Sanitari de Barcelona
- Joan Martí i López - Institut Català de la Salut
- Cristina Minguell i Coma - Consorci Sanitari de Barcelona
- Antoni Plasència i Taradach - Institut Municipal de la Salut
- Aina Plaza Tesías - Consorci Sanitari de Barcelona
- Antoni Salvà Casanovas - Servei Català de la Salut
- Jordi Varela i Pedragosa - Consorci Sanitari de Barcelona
- Roser Vicente i Ruiz - Corporació Sanitària de Barcelona
- Miquel Vilardell i Tarrés - Hospital Vall d'Hebron

Posteriorment s'han creat tres grups de treball :

1) Atenció sanitària a la gent gran. Diagnòstic de necessitats

Coordinador: Antoni Plasència i Taradach - Institut Municipal de la Salut

- Carme Borrell Thio - Institut Municipal de la Salut Pública
- Josep Gómez Garcia - Ajuntament de Barcelona
- Cristina Minguell i Coma - Consorci Sanitari de Barcelona
- Aina Plaza Tesías - Consorci Sanitari de Barcelona
- Elisabeth Vallès i Forcada - Servei Català de la Salut
- Jordi Vizcaíno – Ajuntament de Barcelona

2) Paper de l'atenció primària de salut dins del model d'atenció socio sanitària

Coordinador: Joan Martí i López - Institut Català de la Salut

- Assumpta Bohigas – Institut Català de la Salut
- Carmina Català – Ajuntament de Barcelona
- Xavier Esteva i Ollé - MUTUAM
- Daniel Fernandez Ponce - Consorci Sanitari de Barcelona
- Cristina Minguell i Coma - Consorci Sanitari de Barcelona
- Mònica Miró i Orpinell - Servei Català de la Salut
- Rosa Monteserin - Institut Català de la Salut
- Carme Nebot i Adell – Institut Català de la Salut
- Anna Càrol Pérez i Segarra - Consorci Sanitari de Barcelona
- Aina Plaza Tesías - Consorci Sanitari de Barcelona
- Fina Puig Campañà - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Clara Sala – Institut Català de la Salut
- Roser Torrentó Santjust - Ajuntament de Barcelona
- Pepita Vergara - Departament de Benestar Social

3) Demanda socio sanitària als hospitals d'aguts

Coordinador: Jordi Varela i Pedragosa - Consorci Sanitari de Barcelona

- Antoni M. Cervera i Alemany - Centre Geriàtric Municipal
- Marta Colomer i Lansac - Ajuntament de Barcelona
- Xavier Esteva i Ollé - Fundació Conviure
- Sofia Ferré de Diego - Consorci Sanitari de Barcelona
- Àlex Guarga Rojas - Consorci Sanitari de Barcelona
- Rafael Lledó Rodríguez - Hospital Clínic i Provincial
- Cristina Minguell i Coma - Consorci Sanitari de Barcelona
- Aina Plaza i Tesías - Consorci Sanitari de Barcelona
- Fina Puig Campañà - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- José Ramon Royo Casterà - Hospital de Sant Gervasi
- Antoni Salvà Casanovas - Servei Català de la Salut
- Antonio San José Laporte - Hospital General de la Vall d'Hebron
- Pau Sánchez Ferrin - Centre socio sanitària l'Aliança
- Roser Vicente i Ruiz - Corporació Sanitària de Barcelona

La constitució d'aquests nous grups de treball han permès aprofundir en els treballs tècnics, en l'aportació plural i en el consens.

El resultat dels treballs de cada un dels grups i de les seves conclusions es presenten a continuació.

**3. Capítol 1: L'atenció socio sanitària a la gent gran.
Diagnòstic de necessitats**

3.1. Introducció

El present document, que s'emmarca dins les línies de treball iniciades en suport del Pla de Serveis Sociosanitaris a Barcelona, vol ser una síntesi de la situació actual de les necessitats de salut de la població de la ciutat de Barcelona que poden requerir serveis d'atenció sociosanitària, així com de l'oferta i de la utilització resultant. Aquests aspectes s'han completat amb la identificació global d'algunes de les necessitats d'aquest tipus de servei que són objecte d'una cobertura insuficient o inadequada a la ciutat.

La descripció es basa de manera principal en aquells resultants disponibles a partir de documents previs, encara que en alguns casos s'han efectuat reelaboracions de dades disponibles, generalment provinents de fonts sanitàries i socials. Aquesta darrera aportació és certament singular i novedosa en el context de Barcelona, i suposa un clar avenç en la capacitat de descripció en sentit ampli de la realitat sociosanitària de la ciutat.

Com es comentarà més endavant, les limitacions de la informació existent i les restriccions temporals d'aquest encàrrec no han permès un treball més exhaustiu; tanmateix, cal veure aquest document com un primer esforç d'integració i aproximació quantitativa a la realitat de l'atenció sociosanitària a Barcelona, que permeti ser el punt de partida per a ulteriors abordatges més focalitzats o més aprofundits, i que vol contribuir a enquadrar la resta d'aportacions que han sigut objecte de desenvolupament en aquesta iniciativa.

L'orientació del diagnòstic de situació ha tingut en compte tres aspectes fonamentals: a) la importància que la descripció seguís un marc bàsic de planificació, que inclogués la relació entre necessitats, oferta i demanda; b) la utilització del model de tipologies d'usuaris i de serveis formulada pel Programa Vida als Anys, i c) la visió poblacional dels aspectes anteriors, incloent-hi també –quan això ha estat possible o rellevant– la dimensió dels districtes municipals o sectors sanitaris. Cal indicar que, tant per la seva magnitud com per la disponibilitat de dades, el diagnòstic de situació se centra en les persones grans com a grup de població que més pes té en el grup de persones amb necessitats d'atenció sociosanitària; també es fa referència a altres grans subgrups de població que poden tenir aquest tipus de necessitat, com ara els pacients terminals o les persones amb demència.

El document s'obre amb una descripció dels aspectes més generals de la salut i de la demografia de la gent gran a Barcelona. A continuació, la població amb potencials necessitats s'ha agrupat en grans perfils o categories, incloent la categorització segons grau de dependència, amb algunes estimacions de la seva magnitud. Segueix la descripció breu dels perfils de la oferta de serveis sociosanitaris, incloent un resum de la seva distribució segons els sectors sanitaris, així com una descripció d'algunes característiques de la seva utilització. S'inclou així mateix una síntesi d'alguns aspectes relacionats amb la coordinació assistencial, com ara els fluxos entre serveis. La descripció es clou amb la valoració global de la relació actual entre les necessitats identificades i la cobertura dels serveis actuals, segons perfil de necessitat i tipus d'oferta.

Finalment, es formulen algunes conclusions que en resulten.

A l'annex 1 s'inclouen els indicadors sociodemogràfics per districte i ABS; a l'annex 2 un glossari de definicions dels serveis sanitaris i socials i a l'annex 3 el perfil d'usuari atès per diferents serveis sanitaris, sociosanitaris i socials de la ciutat

3.2. La gent gran a Barcelona

El descens de la natalitat i de la mortalitat i l'increment de l'esperança de vida dóna lloc a un gradual increment de la població de més edat. L'evolució de les dades demogràfiques del període 1986-1996 (Padró municipal d'habitants de 1986, 1991 i 1996), posa en evidència la **tendència a l'envelliment progressiu de la població**.

L'any 1996 a la ciutat de Barcelona hi havia **311.811** persones grans. Aquest volum representava que hi havia un 20,7% de persones majors o iguals a 65 anys, percentatge que és més elevat en el cas de les dones (23,9%) que en el dels homes (16,9 %). Aquests percentatges varien segons els districtes, sent el Districte de Ciutat Vella el que té la població més envellida (27,9 %) i el de les Corts el que la té menys (16,7%). Altres Districtes amb més població gran són l'Eixample (24,9 %) i Gràcia (23,2 %).

Un 8,7 % de la població de Barcelona té més de 75 anys, d'aquests, un 11 % són dones i un 6,1 % homes. Novament el Districte de Ciutat Vella és el que té més població gran (12,6 %) i el que en té menys és el de Nou Barris (6,4 %) (vegeu l'annex 1 Distribució de la població segons els grups d'edat a Barcelona, als districtes i a les ABS).

L'índex de sobreenvelliment reflecteix la proporció de població ≥ 75 anys respecte a la població de ≥ 65 anys. Per a tot Barcelona és de 36 % en el cas dels homes i de 45,8 % en el de les dones. Aquests percentatges són més alts en els Districtes de Ciutat Vella, l'Eixample, Sarrià-Sant Gervasi i Gràcia.

A Barcelona l'any 1996, hi havia 66.170 llars unipersonals de persones de 65 anys i més (21,2% d'aquest grup de població), 34.890 de les quals eren majors de 74 anys (26,6% d'aquest grup de població).

- **La salut en la població ≥ 65 anys**

Segons l'Enquesta de salut de Barcelona de 1992, un 57% de la població d'aquesta edat declara tenir una salut percebuda molt bona o bona, un 34,7 % regular i un 7,5 % dolenta o molt dolenta.

Un 86,9 % de la gent gran declara tenir com a mínim un trastorn crònic i un 20% presenta limitació crònica de l'activitat. Per una altra banda, s'observa que el nombre de dificultats per realitzar les activitats de la vida diària augmenta amb l'edat i és superior en les dones. Hi ha un 25,1% d'homes i un 38,9% de dones ≥ 65 anys que tenen almenys una dificultat. Aquesta proporció augmenta en el grup d'edat ≥ 75 anys, sent de 41,6% d'homes i 58,3% de dones.

Els trastorns crònics més freqüents són l'artrosi, la mala circulació, el mal d'esquena crònic i els trastorns de pròstata.

3.3. Identificació de necessitats socio sanitàries de la gent gran

A l'hora d'aproximar-nos a la identificació de necessitats socio sanitàries de la gent gran s'ha de tenir present, que la majoria de la gent gran té una bona percepció del seu estat de salut, i que es constitueixen com un grup de població heterogeni amb necessitats sanitàries i socio sanitàries molt variades.

Les necessitats de la gent gran estan determinades per un conjunt de variables d'etiologia molt diversa. A part dels canvis fisiològics propis de l'envelliment, trastorns crònics de salut, trastorns sensorials, pèrdues d'autonomia i de capacitat funcional; ocupen un lloc molt important: l'estructura familiar i de l'entorn i les variables socioeconòmiques. Pel que fa a aquestes últimes variables cal destacar entre d'altres l'increment de persones que viuen soles, la manca de persones cuidadores, les condicions dels habitatges i les barreres arquitectòniques en l'entorn, els recursos econòmics limitats o insuficients, etc.

Dins d'aquest col·lectiu, el procés de sobreenvelliment que va acompanyat d'un major nombre de persones dependents i amb comorbiditat i per tant, amb major fragilitat, genera més demanda i condiciona la important utilització dels serveis sanitaris, socio sanitaris i socials.

Tenint en compte les diferències en l'estat de salut i en les necessitats de la gent gran, es fa necessària una aproximació als perfils o subcategories de població més rellevants per a la provisió de serveis.

Així podem identificar:

- Persones amb trastorns crònics de llarga evolució i dependència funcional
- Persones grans fràgils
- Persones amb trastorns cognitius i de la conducta
- Persones amb malaltia terminal

A continuació s'especifica la definició de les subcategories de població i les fonts d'informació utilitzades per a estimar el volum de persones amb necessitats d'atenció socio sanitària:

- **Persones amb trastorns crònics de llarga evolució i dependència funcional**

- Persones del grup d'edat de 65 a 74 anys que declaren tenir almenys un trastorn crònic i dificultats en realitzar almenys una activitat bàsica de la vida diària (ABVD) (S'entén com a ABVD la realització de la higiene personal, menjar, banyar-se o moure's per la casa).
 - S'estima que el 4,7% dels homes i el 3,6% de les dones d'entre 65 i 74 anys té trastorns crònics i alhora necessita ajuda d'altres persones per realitzar les ABVD. Font: Enquesta de salut de Barcelona 1992-1993.

- **Persones grans fràgils**

Dins d'aquest grup s'han analitzat dues categories:

- Persones ≥ 75 anys amb dificultats per realitzar almenys una ABVD.
 - S'estima que el 17,4% dels homes i el 16,10% de les dones ≥ 75 anys necessiten ajuda d'altres persones per realitzar les ABVD. Font: Enquesta de salut de Barcelona 1992-1993.
- Persones ≥ 75 anys amb dificultats per realitzar almenys una activitat instrumental de la vida diària (AIVD) (S'entén per AIVD fer la feina de casa, anar al banc, anar a comprar o sortir de casa per qualsevol motiu).
 - S'estima que el 17,9% dels homes i el 28,1% de les dones ≥ 75 anys necessiten ajuda d'altres persones per realitzar les AIVD. Font: Enquesta de salut de Barcelona 1992-1993.
 - Aquests percentatges ens aproximen al nombre de persones amb necessitats d'atenció social.

- **Persones amb demència**

- Població ≥ 65 anys amb demència lleu i moderada-greu.
 - S'estima que el 10% de la població ≥ 65 anys presenta demència lleu i el 5% demència moderada-greu. Font: Pla de salut de Catalunya 1999-2001. Servei Català de la Salut.

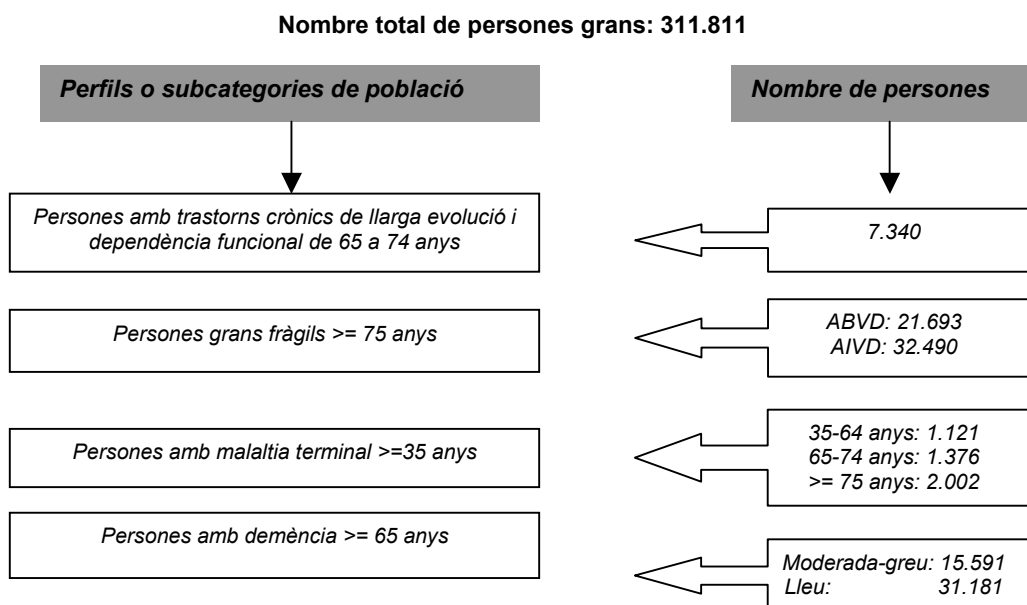
- **Persones amb malaltia terminal**

Nombre de morts anuals per càncer segons grups d'edat: 35-64, 65-74 i ≥ 75 anys.

- Nombre de casos del grup 35-64 anys: 1.121
- Nombre de casos del grup 65-74 anys: 1.376
- Nombre de casos del grup ≥ 75 anys: 2.002
 - Font: Registre de mortalitat. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. 1997.

A partir de les anteriors estimacions a Barcelona ciutat s'ha quantificat la magnitud de cada un dels grups identificats com queda resumit a la figura 1.

Figura 1. Capítol 1 Estimació del volum de persones segons perfils o subcategories de població amb necessitats d'atenció socio sanitària



Entre les dificultats trobades per estimar el nombre de persones amb necessitats d'atenció socio sanitària està la sobreestimació, ja que els perfils o subcategories seleccionades no són excloents (trobem població que està en dos o més dels perfils com és el cas de les persones grans fràgils i de les persones amb demències). Per aquest motiu i tenint en compte els recursos sanitaris i socials que presten atenció a les necessitats socio sanitàries, en l'estimació del volum de persones amb necessitats socio sanitàries s'han tingut en compte dos grans grups:

- la gent gran amb trastorns crònics de llarga evolució i dependència funcional i les persones fràgils, a la qual anomenarem gent gran fràgil
- persones amb malaltia terminal

● **Estimació del nombre de gent gran fràgil**

- Persones amb trastorns crònics i dependència de 65 a 74 anys	7.340
- Persones grans fràgils >=75 anys amb dificultats per realitzar les ABVD	21.693
	29.033
- Persones amb trastorns crònics i dependència de 65 a 74 anys	7.340
- Persones grans fràgils >=75 anys amb dificultats per realitzar les AIVD	32.490
	39.830

La fragilitat comporta una pèrdua de la capacitat de les persones per resistir els canvis, que condueix a un major risc de malaltia aguda, dependència, institucionalització i mort. El volum de gent gran fràgil estimat oscil·la entre el 9% i el 13% del total de la gent gran (**29.033 i 39.830** persones respectivament). D'altres estudis situen la prevalença de gent gran fràgil entre el 12 i 27% de la població ≥ 65 anys no institucionalitzada.

Les diferències en les dades les podem atribuir entre d'altres als criteris utilitzats per identificar la població fràgil. En el cas d'aquest document s'ha tingut en compte únicament la necessitat d'ajuda per realitzar les ABVD, els trastorns crònics i el grup d'edat, mentre que altres estudis inclouen variables molt diverses com: la població major de 80 anys, viure sol, ser solter, tenir una alta hospitalària recentment, haver tingut caigudes...

- **Estimació del nombre persones amb malaltia terminal**

Defuncions per càncer segons grups d'edat:

- 35 a 64 anys	1.121
- 65 a 74 anys	1.376
- 75 i més anys	2.002
	4.499

3.4. Anàlisi de l'oferta de serveis

3.4.1. Estructura del sistema sanitari i del sistema d'atenció social

En l'atenció a les necessitats sociosanitàries de la gent gran participen els diversos recursos sanitaris, sociosanitaris i socials amb varis nivells d'intervenció que anirien des de la detecció de necessitats passant per les diferents fases progressives d'atenció: primària, especialitzada-sociosanitària, hospitalària, residencial.

Els dispositius socials i sanitaris que donen atenció pública a la gent gran formen part del sistema sanitari i del sistema social. Ambdós sistemes depenen de departaments diferents i compten amb models de planificació i de finançament diferenciats. No obstant això, tant el sistema sanitari com el social s'estructuren en dos nivells fortament interrelacionats: *l'atenció primària i l'atenció especialitzada*.

L'**atenció primària** es constitueix com el punt o porta d'accés immediat del ciutadà al sistema sanitari i/o social. És el nivell que ha de resoldre la majoria dels problemes del ciutadà i seleccionar els casos que requereixen d'un altre recurs.

Els serveis socials d'atenció primària constitueixen el primer nivell d'atenció i el punt d'accés al Sistema Català de Serveis Socials a través dels centres de serveis socials. En aquest nivell se situen també els serveis d'atenció domiciliària que inclouen diferents modalitats (ajuda a domicili, alarma telefònica, menjar a domicili, neteja, arranament de l'habitatge, etc.).

L'atenció primària de salut (APS) és la porta d'entrada de la població al sistema sanitari d'atenció pública. Constitueixen el primer graó de l'assistència sanitària i el nucli central del sistema sanitari. En aquest nivell es presta atenció de medicina general i infermeria tant en l'assistència a la demanda ambulatoria, domiciliària i urgent; es realitza el seguiment i el control ambulatori i domiciliari, educació sanitària, promoció de la salut, prevenció de la malaltia, coordinació amb els serveis de referència, etc.

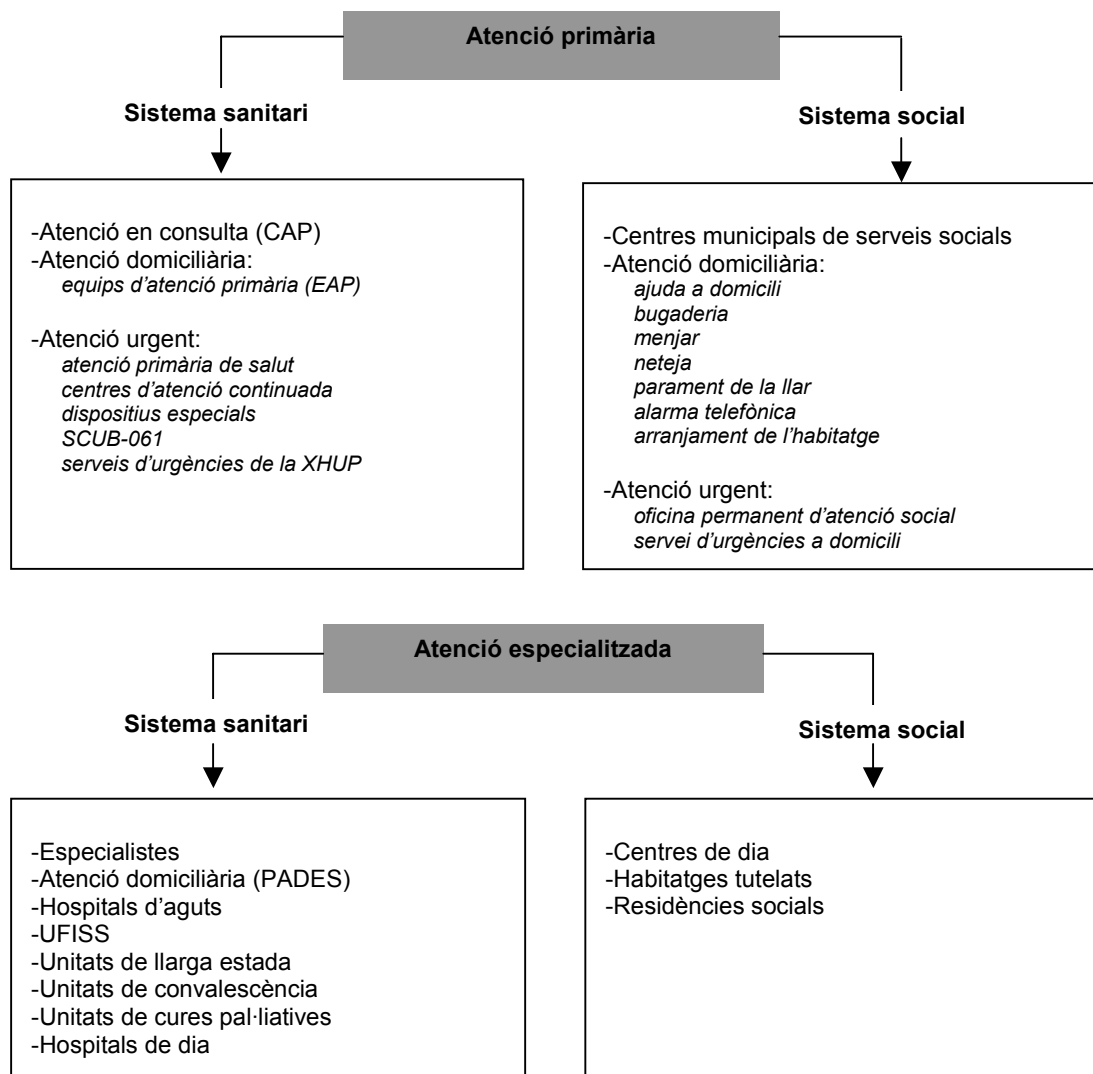
L'**atenció especialitzada** és el segon esglaió o segon nivell d'atenció específica, del sistema sanitari i del social.

Els serveis socials d'atenció especialitzada inclouen tres tipus de serveis: els habitatges tutelats, els centres de dia i les residències.

Els serveis sanitaris d'atenció especialitzada inclouen els especialistes i l'atenció hospitalària. D'aquest nivell cal destacar, per la seva especificitat, els recursos de la xarxa sociosanitària: llarga estada, convallescència i cures paliatives, que van adreçats a l'atenció de la gent gran amb malaltia, malalts crònics i en situació terminal, unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS) i programa d'atenció domiciliària, equip de suport (PADES).

A la figura 2 es mostra els diferents serveis sanitaris i socials adreçats a la gent gran que conformen el nivell d'atenció primària i d'atenció especialitzada.

Figura 2. Capítol 1 Relació de serveis sanitaris i socials adreçats a la gent gran



Vegeu l'annex 2 (Glossari de definicions dels sistemes sanitari i social)

3.4.2. Oferta de serveis

Tenint en compte que s'han impulsat altres grups de treball que aborden específicament els hospitals d'aguts i l'atenció primària de salut i la seva relació amb les necessitats i les demandes sociosanitàries, en aquest apartat s'aprofundirà en l'anàlisi dels dispositius sociosanitaris i socials de la ciutat.

3.4.2.1 Xarxa sociosanitària

Els serveis que conformen la xarxa sociosanitària són els recursos d'internament i els alternatius a l'internament.

- **Recursos d'internament**

En el territori de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat es disposa de 18 centres sociosanitaris per a l'atenció en règim d'internament, amb un total de 1.473 places. Aquestes places estan repartides en unitats d'atenció diferenciades: de llarga estada, de convalescència, de cures pal·liatives i de sida (vegeu la taula 1).

Taula 1. Capítol 1 Nombre de places d'internament sociosanitari segons tipologia d'unitat d'atenció. Any 1999

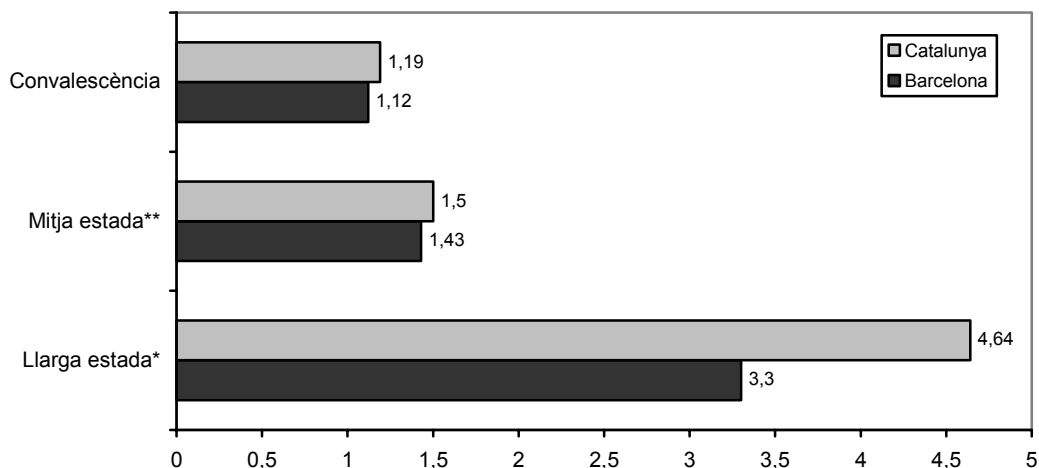
Tipologia d'unitat	Places n (%)
Llarga estada	980 (67%)
Convalescència	351 (24%)
Cures pal·liatives	95 (6%)
Sida	47 (3%)
TOTAL	1.473 (100%)

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Memòria de l'any 1999

A la figura 3 es pot comparar la raó actual de llits per 1.000 habitants, segons la tipologia d'unitat a Barcelona i a Catalunya. Barcelona l'any 1999 presentava valors similars als de Catalunya pel que fa a les unitats de mitja estada (inclou els llits de convalescència i de cures pal·liatives), en canvi pel que fa a la llarga estada (inclou els llits de llarga estada i de sida que en total són: **1.027 llits**) la raó de llits per 1.000 habitants és més baixa. L'any 1999 a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat hi havia una raó de 3,30 llits de llarga estada per 1000 habitants ≥ 65 anys, mentre que a Catalunya la raó era de 4,64.

Si prenem com estàndard la raó de llits de llarga estada de Catalunya a la ciutat de Barcelona serien necessaris **1.447 llits de llarga estada**.

Figura 3. Capítol 1 Raó de llits per 1000 habitants >= 65 anys segons la tipologia de la unitat (Barcelona-Catalunya)



Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Programa Vida als Anys, 1999

*Inclou els llits de llarga estada i sida

** Inclou els llits de convalescència i cures pal·liatives

• Recursos alternatius a l'internament

Els recursos socio-sanitaris alternatius a l'internament es diferencien entre hospital de dia (vegeu la taula 2), PADES (Programa d'atenció domiciliària, equip de suport) i les UFISS (unitats funcionals interdisciplinàries socio-sanitàries) que actuen principalment dins l'àmbit de l'hospitalització d'aguts.

Taula 2. Capítol 1 Recursos alternatius a l'internament. Any 1999

Recurs	
Hospital de dia (places)	155
Equips PADES* (nombre)	13
Equips UFISS (nombre)	7

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Memòria de l'any 1999

*11 equips realitzen atenció domiciliària de suport a l'atenció primària de salut

- Anàlisi territorial

Els recursos socio-sanitaris a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat se sectoritzen en quatre àrees socio-sanitàries:

- Àrea socio-sanitària Ciutat Vella i Sant Martí
- Àrea socio-sanitària Sants-Montjuïc, Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi
- Àrea socio-sanitària Eixample i Gràcia
- Àrea socio-sanitària Horta-Guinardó, Nou Barris i Sant Andreu

La distribució dels dispositius a la ciutat i, més concretament els d'internament, és molt variable, amb una gran disparitat entre sectors. La dotació actual de llits, tant de llarga estada com de mitja estada, es concentra principalment en tres sectors sanitaris: Sarrià-Sant Gervasi, Eixample i Gràcia (vegeu les figures 4 i 5).

Això fa que, en comparació amb la resta de Barcelona, s'identifiquin dues àrees sociosanitàries que presenten unes raons de llits per habitants més elevades:

Àrea sociosanitària Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi

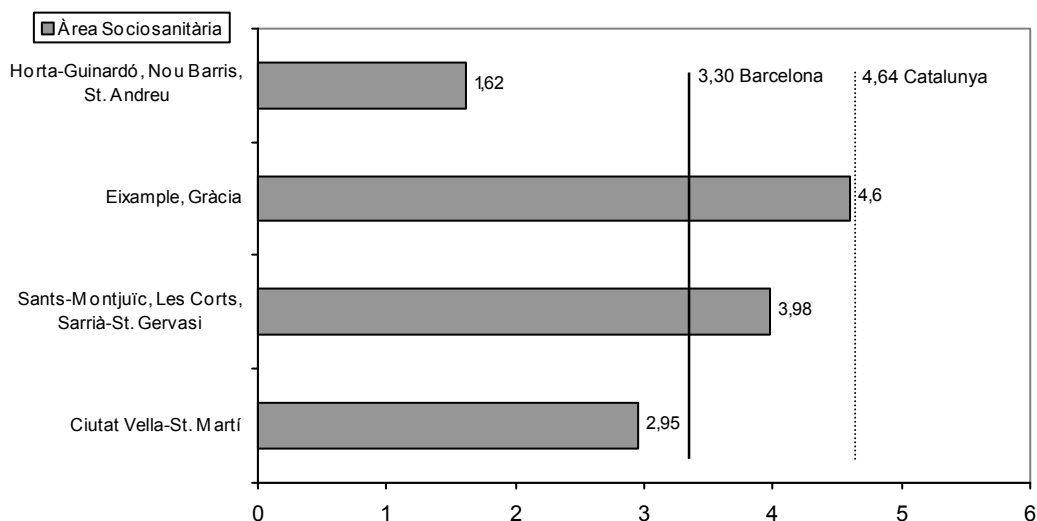
Àrea sociosanitària Eixample, Gràcia

i, altres dues àrees que presenten una raó més baixa de llits per habitant:

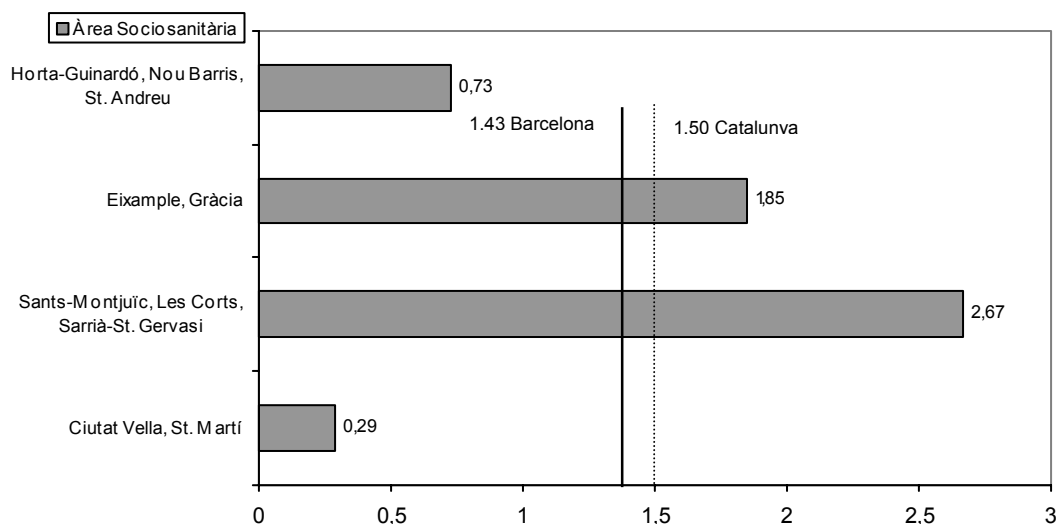
Àrea sociosanitària Ciutat Vella, Sant Martí

Àrea sociosanitària Horta-Guinardó, Nou Barris i Sant Andreu

Figura 4. Capítol 1 Raó de llits de llarga estada per 1.000 habitants >=65 anys. Any 1999



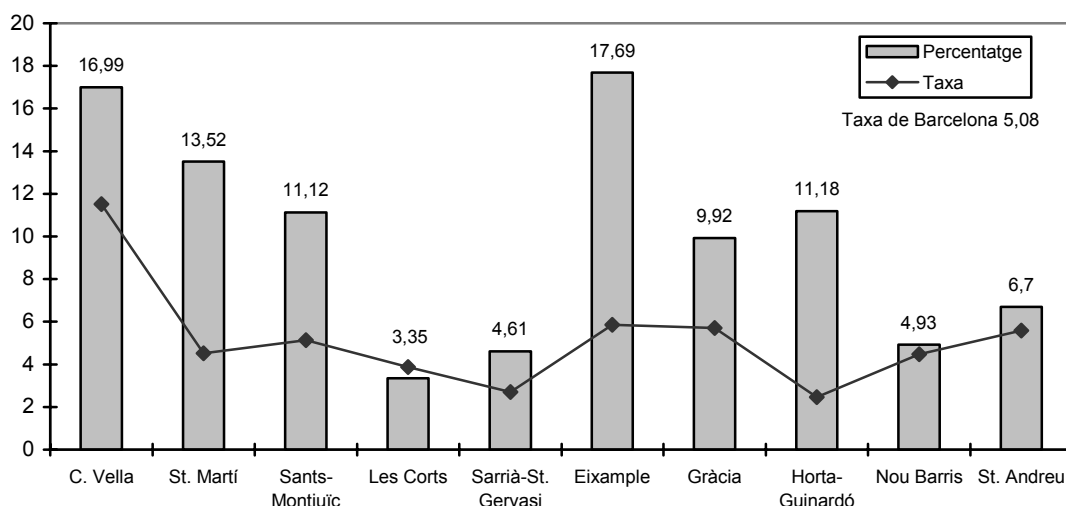
Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Programa Vida als Anys. Any 1999

Figura 5. Capítol 1 Raó de llits de mitja estada per 1.000 habitants >= 65 anys. Any 1999

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Programa Vida als Anys. Any 1999

Segons les dades provisionals del conjunt mínim de dades socio sanitàries corresponent a un període de sis mesos de l'any 1999, el 17,69% dels pacients ingressats en llarga estada són residents de l'Eixample, el 16,99% de Ciutat Vella, el 13,52% de Sant Martí i el 11,18% d'Horta-Guinardó (vegeu la figura 6).

La taxa d'ingrés per al conjunt de la ciutat és de 5,08 per 1.000 residents de 65 anys i més. Ciutat Vella és el sector sanitari que presenta la taxa d'ingressos (11,52) més elevada de la ciutat, seguit per Gràcia (5,86) i Horta-Guinardó (5,71). En canvi, els tres sectors que presenten taxes d'ingrés més baixes són en primer lloc Nou Barris (2,46) seguit per Sarrià-Sant Gervasi (2,70) i Les Corts (3,88).

Figura 6. Capítol 1 Distribució dels ingressos de llarga estada per sector sanitari (percentatge i taxa per 1.000 habitants >= 65 anys). Any 1999


Font: Conjunt mínim de dades socio sanitàries de l'any 1999, dades provisionals. Programa Vida als Anys. Servei Català de la Salut

3.4.2.2 Serveis socials

Les dades disponibles en relació amb l'actual oferta de serveis socials a la ciutat de Barcelona faciliten l'aproximació a la seva anàlisi global.

Els serveis socials d'atenció primària, a través dels centres de serveis socials, van atendre 13.007 persones de més de 65 anys al llarg de l'any 1999; això representa el 4,17% d'aquest sector de població. D'altra banda, s'han prestat 6.411 serveis d'atenció domiciliària (vegeu la taula 3).

Taula 3. Capítol 1 Oferta pública i activitat de serveis socials d'atenció primària adreçats a la gent gran. Any 1999

	Persones ateses de 65 i més anys n (%)
Centres de serveis socials	13.007 (68%)
Serveis d'atenció domiciliària:	
Ajuda a domicili (TF)	3.112 (16%)
Menjar a domicili (usuaris)	395 (2%)
Neteja (llars)	353 (2%)
Alarma telefònica (llars)	2.240 (11%)
Arranjament de l'habitatge	311 (1%)
TOTAL	19.418 (100%)

Font: Gerència del Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona. 1999

Els serveis socials d'atenció especialitzada disposen d'una oferta de 9.596 places en equipaments distribuïdes per tota la ciutat. Per serveis, l'oferta clarament majoritària correspon a les residències, amb prop de 8.500 places que representen 2,7 places per cada 100 persones de 65 i més anys. És destacable el caràcter reduït de l'oferta actual d'habitatges tutelats a la ciutat (vegeu la taula 4).

Taula 4. Capítol 1 Oferta actual de serveis socials d'atenció especialitzada adreçats a la gent gran. Any 1999

	Places públiques	Places privades	Total	% + de 65
Centres de dia (places)	294	657	951	0,30%
Habitatges tutelats (places)	120	53	173	0,06%
Residències (places)	827	7.645	8.472	2,72%
Total places n (%)	1.241 (12,9%)	8.355 (87,1%)	9.596 (100%)	

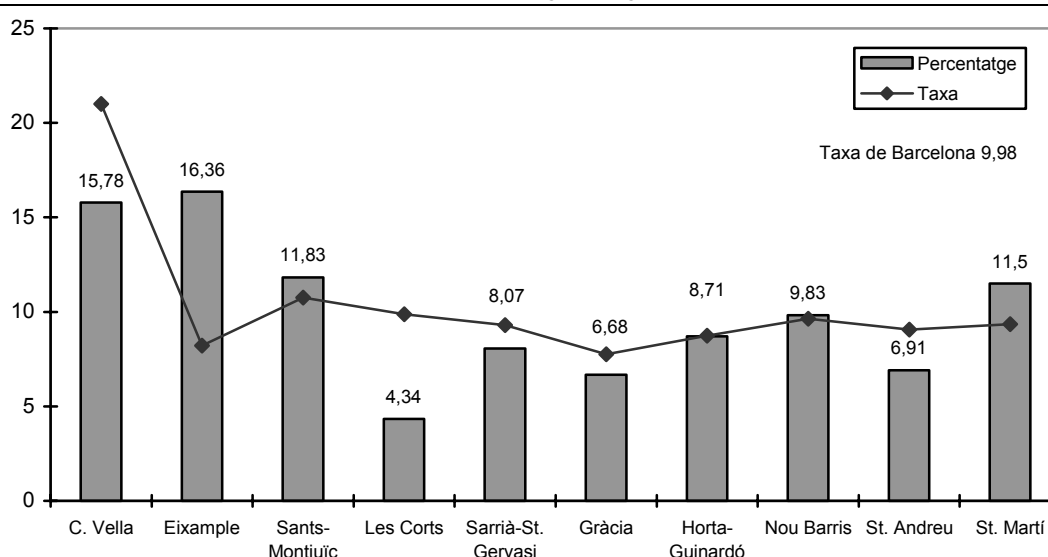
Font: Registre d'Entitats i Establiments Socials

Globalment, segons les dades disponibles podríem estimar que en l'actualitat entre 15.000 i 20.000 persones grans reben algun tipus de servei social a la ciutat.

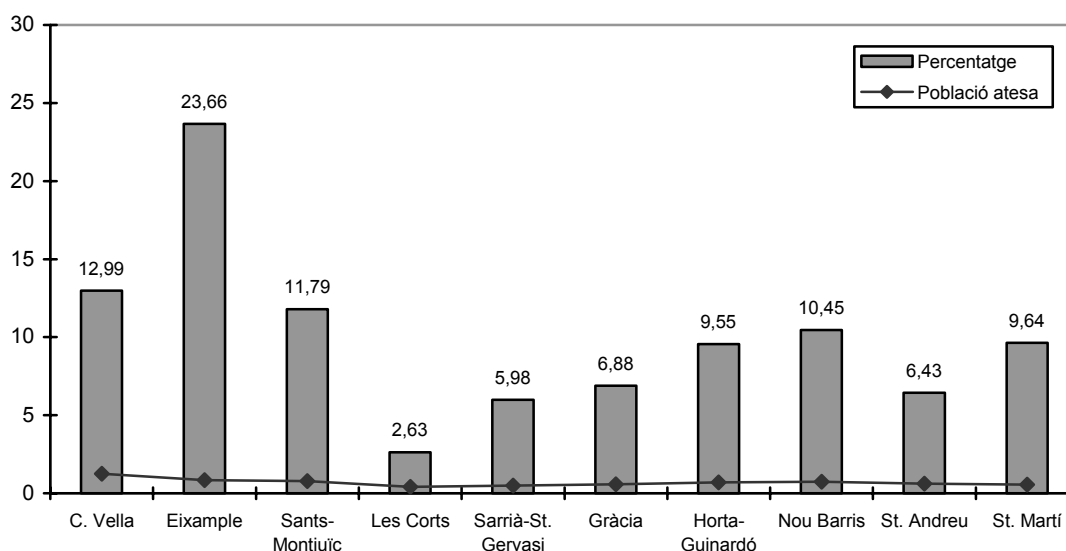
Un aspecte a destacar és la proporcionalitat entre els serveis de tipus públic i els de tipus privat. En el cas dels serveis d'atenció domiciliària no disposem de dades que permetin una aproximació fiable a l'oferta de serveis del sector privat per la qual cosa s'han inclòs les dades corresponents al sector públic. D'altra banda, pel que es refereix als serveis d'atenció especialitzada podem observar com prop del 90% dels recursos actuals són de titularitat privada.

- Anàlisi territorial

Les dades que es mostren a les figures 7 i 8 permeten apreciar com els serveis més significatius dels serveis socials d'atenció primària adreçats a la gent gran es distribueixen territorialment d'acord amb la teòrica problemàtica dels diferents districtes. En aquest sentit, es destacable el cas del districte de Ciutat Vella que en ambdós casos concentra uns recursos que estan clarament per sobre de la mitjana de la ciutat.

Figura 7. Capítol 1 Distribució de la població atesa al servei d'ajuda a domicili per districtes (percentatge i taxa per 1.000 habitants >=65 anys). Any 1999 (n=3.112)


Font: Gerència del Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona

Figura 8. Capítol 1 Distribució de l'activitat del servei d'alarma telefònica per districte (percentatge i població atesa per 100 habitants >=65 anys). Any 1999 (n=2.240)


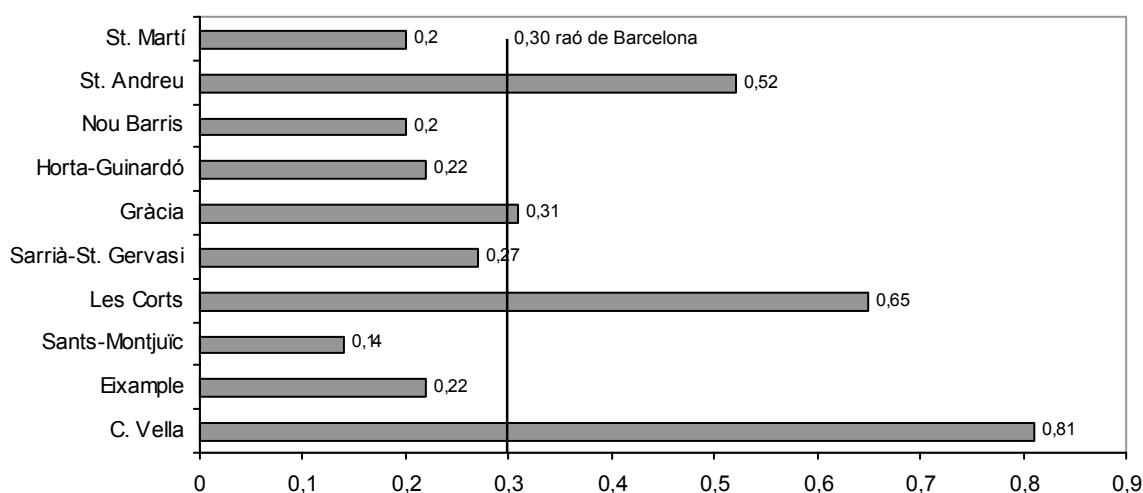
Font: Gerència del Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona, 1999

Les dades de la taula 5 i la figura 9 permeten observar que la distribució territorial dels centres de dia es concentra a Ciutat Vella, Les Corts i Sant Andreu i en menor grau Gràcia. La resta de districtes presenten valors que se situen per sota de la mitjana de Barcelona.

Taula 5. Capítol 1 Distribució de les places de centre de dia per districte segons titularitat (pública o privada). Any 1999

Districte	Públiques	Privades	TOTAL n (%)
Ciutat Vella	95	94	189 (20%)
Eixample	0	138	138 (15%)
Sants Montjuïc	24	25	49 (5%)
Les Corts	30	59	89 (9%)
Sarrià-Sant Gervasi	0	73	73 (7%)
Gràcia	10	72	82 (9%)
Horta-Guinardó	30	38	68 (7%)
Nou Barris	20	45	65 (7%)
Sant Andreu	25	98	123 (13%)
Sant Martí	60	15	75 (8%)
TOTAL BCN	294	657	951 (100%)

Font: Registre d'entitats i establiments socials. Ajuntament de Barcelona. Any 1999

Figura 9. Capítol 1 Raó de places de centre de dia x 100 habitants >= 65 anys. Any 1999


Font: Registre d'entitats i establiments socials. Ajuntament de Barcelona. Any 1999

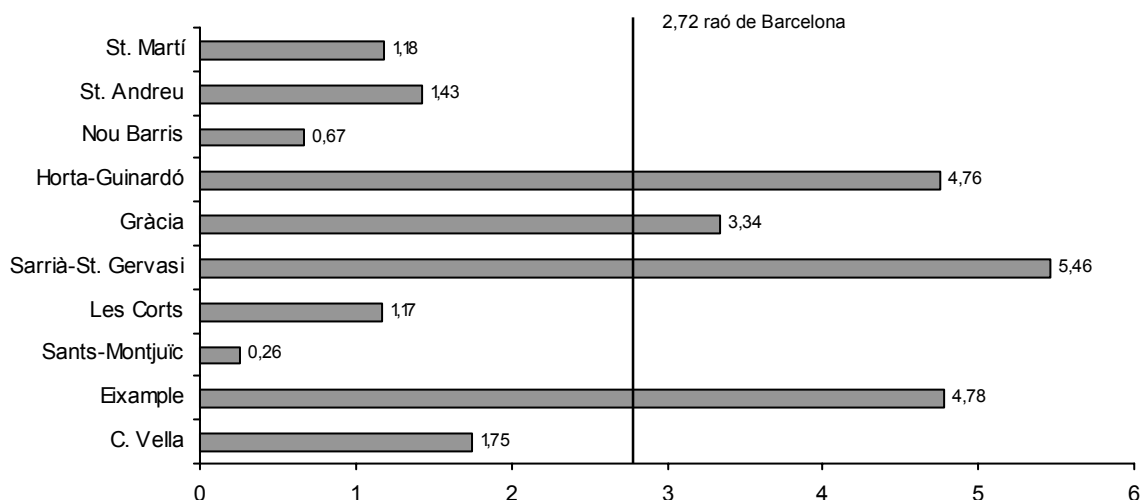
Les dades que es mostren a la taula 6 i la figura 10 permeten observar com la distribució territorial, en el cas de les residències és irrellevant, ja que aproximadament el 80% de l'oferta es concentra en quatre districtes sense una clara relació amb l'aparent problemàtica o demanda.

Taula 6. Capítol 1 Distribució de les places de residència per districte segons titularitat (pública o privada). Any 1999

Districte	Públiques	Privades	TOTAL n (%)
Ciutat Vella	62	347	409 (5%)
Eixample	60	2.095	2.965 (35%)
Sants Montjuïc	48	40	88 (1%)
Les Corts	85	75	160 (2%)
Sarrià-Sant Gervasi	40	1.434	1.474 (17%)
Gràcia	22	873	895 (11%)
Horta-Guinardó	297	1.179	1.476 (17%)
Nou Barris	55	159	214 (3%)
Sant Andreu	0	339	339 (4%)
Sant Martí	158	294	452 (5%)
TOTAL BCN	827	7.645	8.472 (100%)

Font: Registre d'entitats i establiments socials. Ajuntament de Barcelona. Any 1999

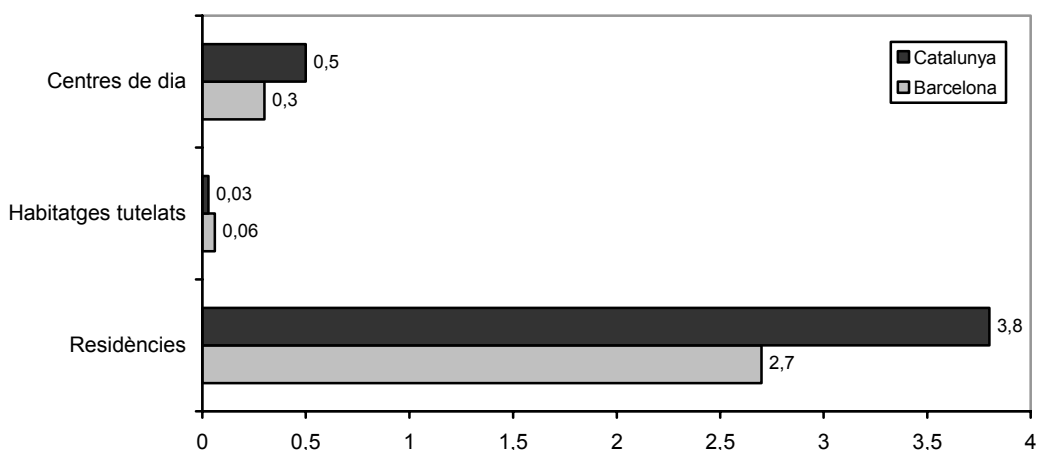
Figura 10. Capítol 1 Raó de places de residència x 100 habitants >=65 anys. Any 1999



Font: Registre d'entitats i establiments socials. Ajuntament de Barcelona. Any 1999

Un darrer aspecte a destacar en relació amb la distribució territorial dels recursos fa referència al grau de cobertura de la ciutat de Barcelona en relació amb el grau de cobertura de Catalunya. Tal com es mostra a la figura 11, als serveis socials d'atenció especialitzada la cobertura pública a Barcelona es troba molt per sota de la de Catalunya en residències i en centres de dia.

Figura 11. Capítol 1 Raó de places de serveis socials especialitzats de cobertura pública x 100 habitants >=65 anys segons tipologia de servei (Barcelona - Catalunya). Any 1999



Font: Registre d'entitats i establiments socials. Ajuntament de Barcelona. Any 1999

3.5. Utilització dels serveis en la gent gran

3.5.1. Anàlisi de la població atesa

Atenent als diferents processos de les persones i de les malalties, aquests grups de població requereixen l'atenció de diversos serveis. Bona part de les necessitats que generen aquestes persones són ateses als diferents dispositius sanitaris i socials on ocupen un lloc primordial els recursos d'atenció primària.

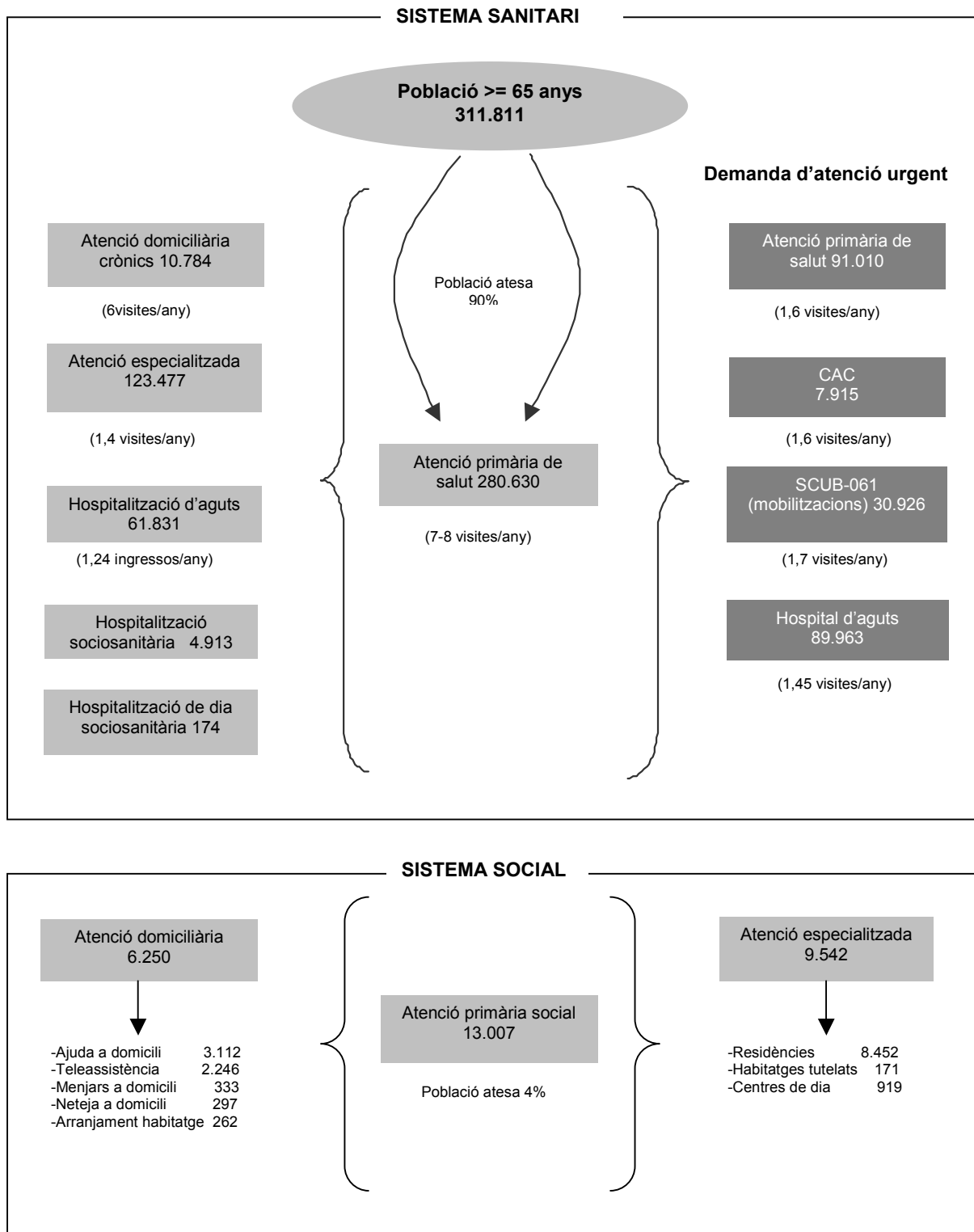
A la figura 12 es mostra la gent gran atesa durant un any en els diferents recursos sanitaris i socials de la ciutat de Barcelona.

Com es pot observar, els recursos més utilitzats del sistema sanitari són en primer lloc l'atenció primària de salut, seguit per l'atenció urgent, l'especialitzada i l'hospitalització d'aguts. El 90% de la gent gran és atesa a l'atenció primària de salut, és a dir, 280.630 persones i, a més, hi fan entre 7 i 8 visites persona/any.

Un volum considerable de la gent, 219.814 casos, utilitzen un servei d'urgències, 123.477 van a l'atenció especialitzada, 61.831 han estat donats d'alta d'un hospital d'aguts, 10.784 estan dins d'un programa d'atenció domiciliària de crònics, 4.913 han ingressat a un recurs sociosanitari (2.685 en una unitat de llarga estada, 1.663 en una unitat de convalescència i 565 en unitats de cures pal·liatives) i 174 reben tractament rehabilitador en un hospital de dia de la xarxa sociosanitària.

Un 4% d'aquest grup de població és atesa a l'atenció primària social i el 2% rep algun servei al seu domicili. 9.542 persones utilitzen algun servei d'atenció especialitzada social on cal destacar que al voltant del 3% de la gent gran està en una residència social.

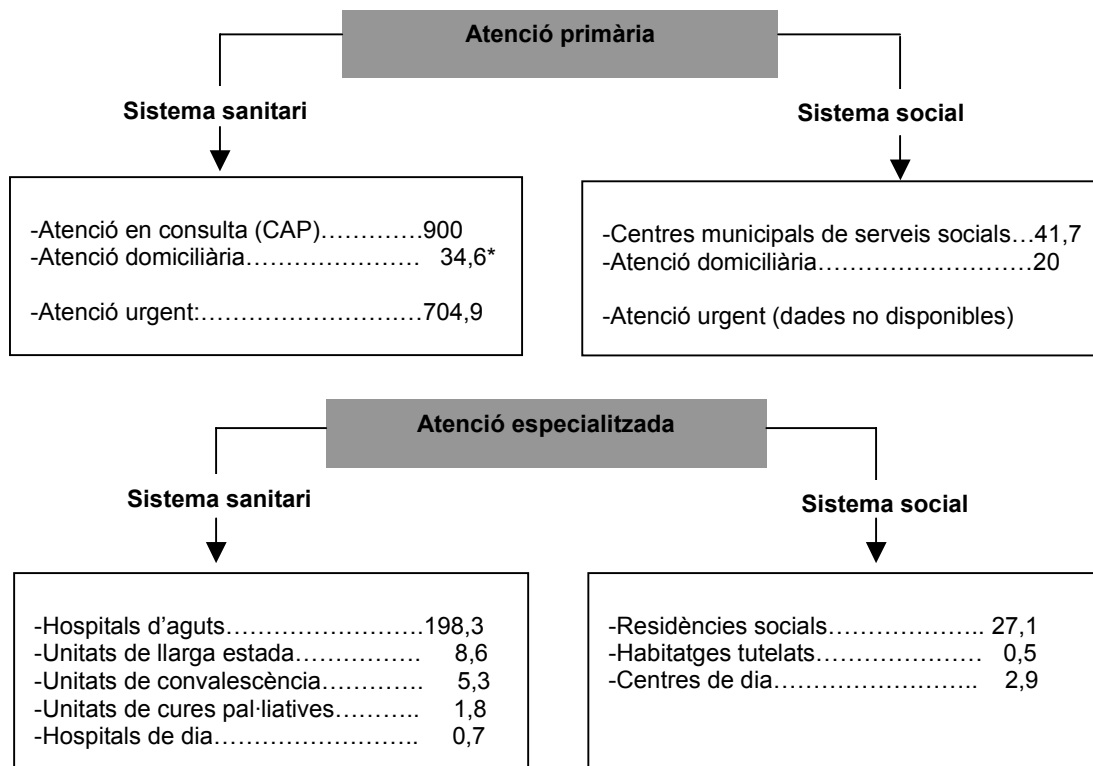
Figura 12. Capítol 1 Població atesa >= 65 anys i utilització durant un any dels recursos sanitaris i socials a la ciutat de Barcelona



Font: Estimació de la població atesa a l'atenció primària de salut. Consorci Sanitari de Barcelona. Any 1999 / Qüestionari d'avaluació dels equips d'atenció primària. Consorci Sanitari de Barcelona. Any 1999 / Qüestionari d'avaluació dels PADES. Consorci Sanitari de Barcelona. Any 1999 / Estimació feta a partir de les de la població atesa per l'atenció especialitzada hospitalària i extrahospitalària, a partir de les dades d'activitat assistencial dels EAP PAMEM, Corporació Sanitària Hospital Clínic. Consorci Sanitari de Barcelona. Any 1998. / Conjunt mínim de dades d'altres hospitalàries. Any 1998. Nombre de pacients donats d'alta. / Sistema d'informació d'urgències. Consorci Sanitari de Barcelona. Any 1999 / Qüestionari d'avaluació dels centres sociosanitaris any 1999. L'estimació de la població atesa >=65 anys s'ha fet en base a les dades de l'enquesta d'avaluació dels pacients sociosanitaris. PVAA. SCS. Any 1996. / Gerència del Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona. 1999.

A la figura 13 es presenta la taxa de població atesa per 1.000 habitants ≥ 65 anys als diferents recursos que conformen l'atenció primària i l'atenció especialitzada del sistema sanitari i del social.

Figura 13. Capítol 1 Taxa de població atesa per 1.000 habitants ≥ 65 anys dels recursos sanitaris, sociosanitaris i socials a la ciutat de Barcelona. Any 1999



* Inclou l'activitat dels EAP a través del Programa d'atenció domiciliària i dels equips d'atenció especialitzada a domicili PADES
Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Gerència del Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona 1999

3.5.2. Perfil de la gent gran atesa als serveis

El perfil global dels usuaris atesos als diferents serveis sanitaris i socials de la ciutat té les següents característiques:

- Població sobreenvellida (entre un 60 i un 80% de la població atesa té 75 anys o més)
- Percentatge més elevat de dones que d'homes (entre un 60 i un 70% són dones)
- Dificultats per realitzar de manera autònoma les activitats de la vida diària (AVD) (entre un 60% i un 90% té dificultats per realitzar les AVD)
- Pes important i creixent de les persones que viuen en llars unipersonals (entre el 34% als 43% de la població atesa per alguns serveis socials, viu sol)
- Predomini de persones amb patologia crònica, demència i malaltia terminal

A l'annex 3 es detalla, quant ha estat possible, el perfil de l'usuari atès pels diferents serveis sanitaris, sociosanitaris i socials.

3.5.3. Llistes d'espera

3.5.3.1 Unitats d'internament sociosanitàries

Entre el 78% i el 83% de les diferents unitats d'internament sociosanitàries (llarga estada, convalsència i cures pal·liatives) disposen de llista d'espera.

A la taula 7 s'exposa el nombre de persones en espera d'ingrés per cadascuna de les unitats i el temps màxim d'espera en dies que van declarar els centres sociosanitaris amb data 16/12/1999. La informació que es presenta és orientativa; no disposem de les dades reals referents al nombre de persones en llista d'espera, ja que cada centre ha adjuntat la seva llista i poden haver-hi persones que estiguin registrades en més d'un centre a l'espera de ser ingressat.

Aproximadament s'esperen 258 persones per ingressar en alguna unitat d'internament sociosanitari de la ciutat de Barcelona. El volum de persones més elevat en llista d'espera és per les unitat de llarga estada que també presenta una mitjana de temps màxim d'espera més elevada, quasi bé de 10 mesos. El 50% de les persones en llista d'espera com a màxim s'esperen 3 mesos per ingressar en una unitat de llarga estada.

Taula 7. Capítol 1 Llista d'espera dels centres sociosanitaris de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat amb data 16/12/99

	Llarga estada	Convalsència	Cures pal·liatives
Nombre de persones en espera d'ingrés	182	56	20
Temps màxim d'espera (dies)			
Mitjana ponderada	290	34	26
Mediana	90	14	36

3.5.3.2 Serveis socials

Al voltant de 850 persones grans es trobaven en situació de llista d'espera a finals de l'any 1999, 70 de les quals s'esperen per rebre ajut a domicili, 252 per alarmes telefòniques, 506 per una residència social, 9 per centre de dia i 13 per un habitatge tutelat (vegeu les taules 8 i 9). Pel que fa als serveis d'atenció domiciliària podem observar com la majoria de les persones es troben en situació de llista d'espera del servei d'alarma telefònica.

Taula 8. Capítol 1 Persones en llista d'espera dels serveis d'atenció domiciliària amb data 31/12/99

Districtes	Ajut a domicili (TF)	Alarmes telefòniques	TOTAL
Ciutat Vella	34	22	56
Eixample	0	40	40
Sants Montjuïc	0	12	12
Les Corts	n.d.	n.d.	0
Sarrià	0	n.d.	0
Gràcia	0	n.d.	0
Horta-Guinardó	25	17	42
Nou Barris	n.d.	61	61
Sant Andreu	0	35	35
Sant Martí	11	65	76
Sense identificar	0	0	0
Total BCN	70	252	322

Font: Gerència del Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona. 1999

Les dades disponibles permeten apreciar que a l'atenció especialitzada, el volum més gran de gent en espera es concentra al servei de tipus residencial amb 506 persones en llista d'espera per a tota Barcelona (veure taula 9)

Taula 9. Capítol 1 Persones en llista d'espera dels serveis socials d'atenció especialitzada amb data 31/12/99

Districtes	Residències	Centres de dia	Habitatge tutelat	TOTAL
Ciutat Vella	60	0	1	61
Eixample	104	0	0	104
Sants Montjuïc	52	1	4	57
Les Corts	8	1	1	10
Sarrià	20	1	0	21
Gràcia	55	0	1	56
Horta-Guinardó	63	0	0	63
Nou Barris	37	2	0	39
Sant Andreu	38	3	1	42
Sant Martí	64	1	5	70
Sense identificar	5	0	0	5
Total BCN	506	9	13	528

Font: ICAS. Departament de Benestar Social. Any 1999.

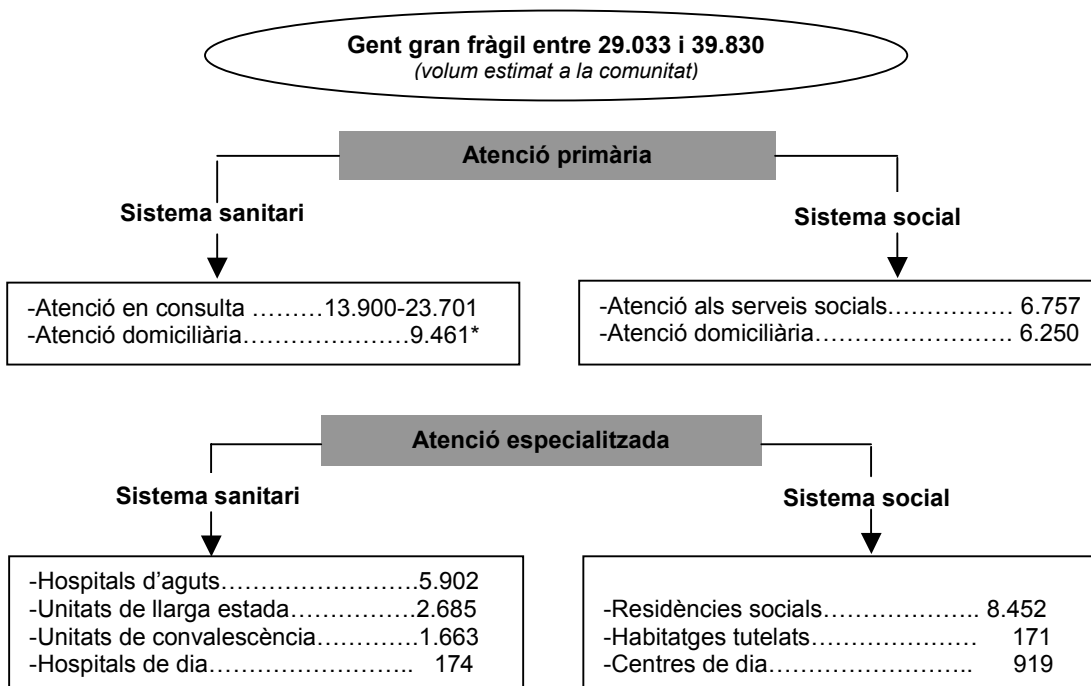
3.5.4. Aproximació a la utilització dels serveis sanitaris per part de les dues subcategories de població amb necessitats socio sanitàries

En aquest apartat es realitza una **aproximació** a la utilització dels recursos sanitaris i socials per part de la població amb necessitats socio sanitàries, cal insistir que les dades que es presenten són una aproximació a la realitat ja que els sistemes d'informació actuals no ens permeten identificar la utilització real dels recursos per part d'aquest grup de població. Per a tal fi s'han utilitzat les dades d'activitat assistencial i de població atesa i s'han tingut en compte les característiques dels diferents grups diana identificats.

3.5.4.1 Utilització de serveis en la gent gran fràgil

A la figura 14 es mostra la utilització de serveis sanitaris i socials que fa la gent gran fràgil.

Figura 14. Capítol 1 Aproximació a la utilització dels recursos en la gent gran fràgil (les dades fan referència al nombre de casos atesos)



Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública. Gerència del Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona 1999
* Inclou PADES

- **Utilització dels recursos del sistema sanitari**

A continuació s'especifica el volum de població atesa pels diferents serveis:

Atenció en consulta: entre **13.900 i 23.701** persones

No es disposa d'informació sobre el volum de persones fràgils ateses en consulta; per tant, es presenta una estimació tenint en compte que el 90% de la població ≥ 65 anys va a l'atenció en consulta i no s'inclou els atesos a domicili ni en unitats de llarga estada.

Atenció domiciliària: **9.461** persones ateses a domicili

Aquesta xifra inclou el total de casos atesos ≥ 65 anys, en atenció domiciliària pels EAP i pels PADES, exclou els casos atesos per malaltia terminal.

Hospitalització d'aguts: **5.902** persones ingressades

Aquesta xifra inclou les persones ≥ 65 anys que han tingut una estada igual o superior a 20 dies en un hospital de la XHUP.

Ingrés llarga estada: **2.685** persones ingressades

Aquesta xifra inclou les persones ≥ 65 anys ingressades en llits de llarga estada de la xarxa sociosanitària.

Ingrés en convalsència: **1.663** persones ingressades

Aquesta xifra inclou les persones ≥ 65 anys ingressades en llits de convalsència de la xarxa sociosanitària.

Hospital de dia: **174** persones

Aquesta xifra inclou les persones ateses ≥ 65 anys als hospitals de dia de la xarxa sociosanitària

D'acord amb les dades de població atesa de la figura 14, el 100% de la gent gran fràgil és atesa pel sistema sanitari; desconeixem el volum d'aquesta població que està rebent doble cobertura.

Aproximadament el 80% de la gent gran fràgil utilitza l'atenció primària de salut, dels quals un 32% està dins d'un programa d'atenció domiciliària. 10.250 persones estan en una unitat d'internament Tant sols 174 persones entre el 0,4% i el 0,6% de la gent gran fràgil està en un hospital de dia sociosanitari.

- **Utilització dels recursos del sistema social**

A continuació s'especifica el volum de població atesa pels diferents serveis:

Atenció als serveis socials: **6.757** persones

Aquesta xifra inclou el nombre de casos ≥ 65 anys atesos al Centres Municipals de Serveis Socials, i no s'inclou els atesos a domicili pels serveis socials.

Atenció domiciliària: **6.250** persones ateses a domicili

Aquesta xifra inclou el total de casos atesos ≥ 65 anys en els diferents serveis d'atenció domiciliària de serveis socials.

Residències socials: **8.452** persones que viuen en residències

Aquesta xifra inclou les persones ≥ 65 anys ingressades en una residència pública o privada.

Habitatges tutelats: **171** persones que viuen en habitatges tutelats

Aquesta xifra inclou les persones ≥ 65 anys que viuen en habitatges tutelats.

Centres de dia: **919** persones en centres de dia

Aquesta xifra inclou les persones que van a un centre de dia ≥ 65 anys.

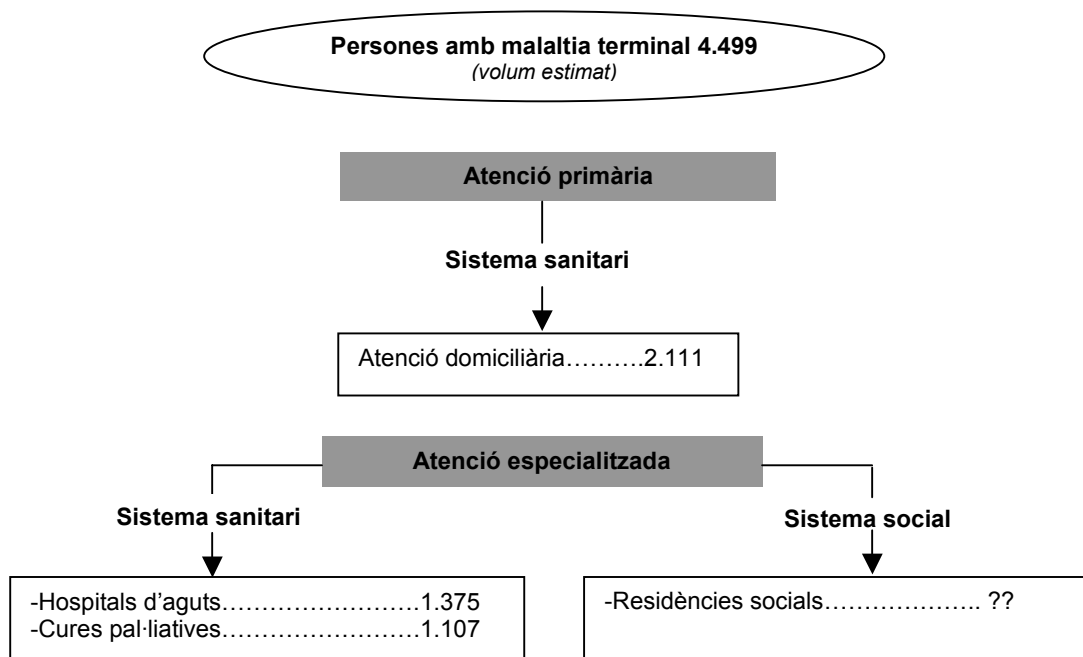
Aproximadament entre el 54% i el 74% (21.549 persones) de la gent gran fràgil utilitza algun servei d'atenció social.

8.452 persones estan en una residència, que representen entre el 21% i el 29% de la gent gran fràgil i entre un 17% i un 22% rep atencions a domicili. Tant sols 919 persones van a un centre de dia, entre un 2% i 3% de la població diana.

3.5.4.2 Utilització de serveis en persones amb malaltia terminal

A la figura 15 es mostra la utilització dels serveis de les persones amb malaltia terminal.

Figura 15. Capítol 1 Aproximació a la utilització dels recursos en persones amb malaltia terminal (s'especifica els casos atesos)



Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública. 1999

- **Utilització dels recursos del sistema sanitari**

A continuació s'especifica el volum de població atesa pels diferents serveis:

Atenció domiciliària: 2.111 persones ateses a domicili

Aquesta xifra inclou les persones ateses a domicili per malaltia terminal o cures pal·liatives >= 35 anys.

Hospital d'aguts: 1.375 persones

Aquesta xifra inclou les persones >= 35 anys amb exitus per càncer als hospitals de la XHUP.

Cures pal·liatives: 1.107 persones

Aquesta xifra inclou les persones >=35 anys ingressades en una unitat de cures pal·liatives de la xarxa sociosanitària

Tal i com es mostra a la figura 15 el 100% de les persones amb malaltia terminal per càncer està sent atesa per algun recurs sanitari.

El 47% d'aquest grup de població rep atencions al domicili per part dels recursos de l'atenció primària i dels PADES.

El 31% mor en un hospital d'aguts. El volum de pacients atesos als hospitals d'aguts és més gran però només s'han tingut en compte els *exitus* ja que la resta de pacients quan és donat d'alta rep atenció en d'altres recursos sanitaris.

El 25% de la població ingressa en una unitat de cures pal·liatives.

3.6. Coordinació i continuïtat assistencial

Com ja s'ha exposat en anteriors apartats d'aquest document, són molt diversos els recursos que intervenen en el procés d'atenció de la gent gran i, per tant, que estan implicats en el continuum assistencial: atenció primària tant sanitària com social, diferents tipologies d'unitats dels centres sociosanitaris, hospitals de dia, UFISS, PADES, hospitals d'aguts, serveis d'urgències. Dins d'aquest context, i per donar resposta a la diversitat de necessitats de la gent gran, es requereix l'avaluació "integral" i una atenció integradora i continuada.

A la Regió Sanitària Barcelona Ciutat l'any 1995 es va consultar a un grup d'experts (tècnica Delphi) que van identificar la deficient coordinació entre els diferents nivells assistencials i recursos sanitaris i sociosanitari com un dels aspectes negatius del procés de planificació dels recursos que donen atenció a les necessitats sociosanitàries. Segons aquests professionals, aquesta deficiència en la coordinació influeix dificultant l'accessibilitat assistencial dels usuaris als diferents dispositius.

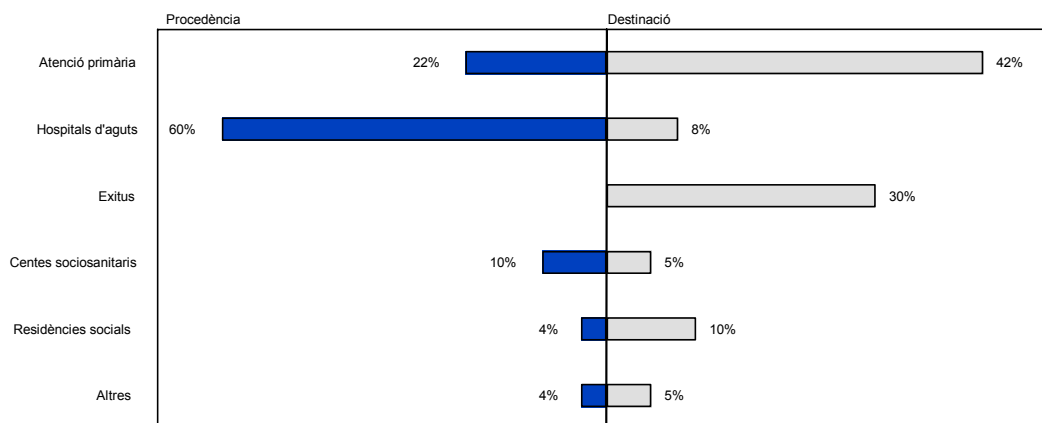
Les actuacions dirigides a la coordinació entre recursos són una de les tasques prioritàries per tal de millorar la continuïtat assistencial després de l'ingrés hospitalari i la utilització del conjunt de serveis que han d'intervenir a la comunitat en els diferents moments evolutius d'un determinat procés.

3.6.1. Anàlisi dels fluxos entre serveis

Els pacients ingressats als recursos d'internament sociosanitaris procedeixen principalment dels hospitals d'aguts (60%) i en segon terme de l'atenció primària de salut (22%). Els hospitals d'aguts estan derivant 2,7 vegades més pacients que l'atenció primària a aquests recursos.

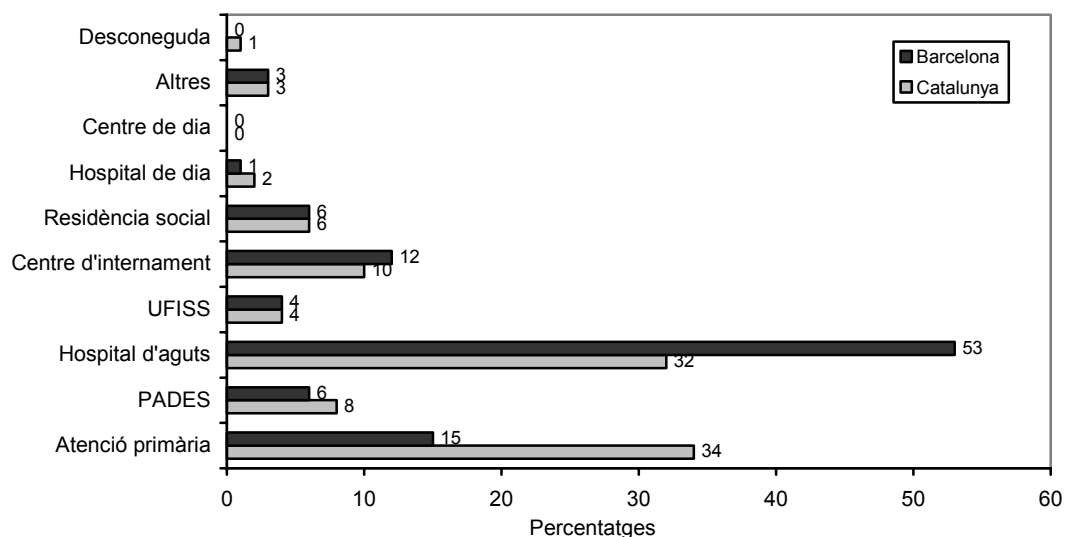
D'altra banda el 42% de les altes produïdes als recursos d'internament sociosanitaris tenen com destinació l'atenció primària de salut i el 30% són *exitus* (vegeu la figura 16).

Figura 16. Capítol 1 Procedència dels pacients ingressats als recursos d'internament sociosanitaris i destinació de les altes



Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Any 2000

Cal destacar el comportament diferencial de Barcelona quant la procedència de l'ingrés a llarga estada. A Barcelona l'atenció primària només deriva el 15% dels pacients ingressats a llarga estada vs el 34% a la resta de Catalunya (vegeu la figura 17).

Figura 17. Capítol 1 Procedència dels pacients ingressats a les unitats de llarga estada

Font: Resultats de l'Enquesta d'avaluació de pacients socio-sanitaris, 1996

3.6.2. Circuit d'accés i criteris i/o instruments emprats per a la prioritització de l'ingrés

El circuit d'accés per ingressar en un centre socio-sanitari d'internament és comú a les diferents unitats. Cal que una sèrie de recursos (hospitals d'aguts, atenció primària de salut, PADES...), facin la sol·licitud d'ingrés a través d'un informe mèdic, d'infermeria i social. El més freqüent és que el centre valori l'informe a través d'un equip o comissió d'admissió i la resolució la comunicui a l'equip que ha fet la sol·licitud.

Pel que fa als criteris utilitzats per prioritzar l'accés i al mecanisme d'accés s'observa que:

- Manquen criteris unificats entre l'atenció primària, els centres socio-sanitaris i els hospitals d'aguts, en relació amb les valoracions prèvies a l'ingrés, els criteris d'alta i els circuits i vies de comunicació.
- No existeix un espai per a la coordinació de tots els recursos d'un sector sanitari.

3.7. Conclusions capítol 1

Les informacions descrites permeten destacar els següents aspectes:

1. L'envelliment de la població de Barcelona segueix una tendència creixent, especialment durant la darrera dècada. L'any 1996 hi havia 311.811 persones amb 65 anys i més, el que representa que a prop d'un 21% de la població és gent gran. Aquest fenomen afecta de manera més marcada a les dones (23,9%). Un resultat n'és l'increment del nombre de llars unipersonals ocupades per persones de més de 64 anys, que al 1996 superava les 66.000 unitats.
2. Els districtes de la ciutat amb més percentatge de població envellida són Ciutat Vella (27,9%), l'Eixample (24,9%) i Gràcia (23,2%).
3. Tan sols un 7,5% de les persones grans consideren que la seva salut és dolenta o molt dolenta, encara que la presència de trastorns crònics és força freqüent (87%), i que 1 de cada 4 persones grans presenta alguna dificultat per a la realització de l'alguna de les activitats de la vida diària, equivalent a un nombre absolut de 77.953 persones.
4. El grau de dependència de les persones grans augmenta amb l'edat i és superior en les dones.
5. El nombre de persones ≥ 65 anys que per la seva situació de salut poden requerir atencions a les necessitats socio sanitàries, s'estima entre **33.532 i 44.329** persones, especialment a expenses de les persones grans fràgils (entre 29.033 i 39.830) i persones amb malaltia terminal (4.499). En comparació amb altres estudis, aquest volum identificat es proposa com una estimació conservadora.
6. La ciutat de Barcelona disposa d'una oferta de serveis socio sanitàris caracteritzada per una raó de llits de llarga estada per 1.000 habitants més baixa que a la resta de Catalunya, (la raó de llits a Catalunya és un 40% més elevada que la de Barcelona). A aquest fet li hem d'afegir que la raó de places residencials de la ciutat també és més baixa que la de Catalunya.
7. A Barcelona com a mínim es necessiten **1.447 llits de llarga estada**, per tal d'aproximar-nos a l'estàndard de Catalunya. Aquesta xifra suposa **créixer en 420 llits** de llarga estada a la ciutat.
8. La distribució dels esmentats recursos segons districtes, i també de manera agrupada amb criteris de sectorització del Consorci Sanitari de Barcelona, indica que les àrees socio sanitàries que presenten les raons de llits de llarga estada per habitants més baixes són: l'Àrea socio sanitària Ciutat Vella-Sant Martí i l'Àrea socio sanitària Horta-Guinardó, Nou Barris i Sant Andreu.
9. El desequilibri territorial en la distribució per districtes dels llits de llarga estada i mitja estada pot estar condicionant algunes diferències territorials en l'accés a determinats serveis d'atenció socio sanitària, com indica l'observació de les importants variacions en la distribució per districtes de les taxes d'ingressos de llarga estada.
10. De manera semblant, s'observen variacions rellevants entre districtes en la utilització de serveis d'atenció socials, com ara l'ajuda a domicili o el servei d'alarma telefònica.
11. El 90% de la gent gran, és a dir, 280.630 persones, és atesa a l'atenció primària de salut on fan entre 7 i 8 visites l'any. Els serveis socials d'atenció primària han atès a 13.007 persones ≥ 65 anys.

12. L'atenció de serveis públics del sistema sanitari (atenció primària, especialitzada,...) és molt més marcada que la relativa als serveis d'atenció social, sense que aquestes diferències puguin explicar diferències en les necessitats de la població en cadascuna d'aquestes dues vessants.
13. El perfil de la gent gran atesa als diferents recursos es caracteritza per ser principalment població sobreenvellida i dones, un percentatge molt elevat de població amb dependència moderada i greu tant per les activitats de la vida diària com cognitiva i amb un pes important de les llars unipersonals.
14. El volum de persones en llista d'espera per les unitats de llarga estada i per les residències socials a la ciutat (en total 688 persones, de les quals 182 esperen ingressar a una unitat de llarga estada i 506 a una residència social) apunta l'existència d'una necessitat o demanda no coberta.
15. L'atenció a la gent gran fràgil es fa principalment als recursos d'atenció primària dels sistemes sanitari i social, on juga un paper molt important l'atenció que es presta al domicili de les persones.
16. Aproximadament el 47% de les persones amb malaltia terminal per càncer és atesa al seu domicili pels recursos d'atenció domiciliària de l'atenció especialitzada i de l'atenció primària de salut.
17. L'oferta de recursos mostra una baixa dotació de serveis diürns, alternatius a l'internament, tant al sistema sanitari com al sistema social.
18. Pel que fa a la coordinació i la continuïtat assistencial, l'anàlisi dels principals fluxos apunta al predomini de la procedència hospitalària dels ingressats en centres sociosanitaris (60%), així com el pes de l'atenció primària en la recepció de les altes que s'hi produeixen (42%). La notable contribució dels hospitals també destaca en el cas dels pacients ingressats a les unitats de llarga estada (53%), amb una contribució molt menor de l'atenció primària (15%).
19. Les limitacions dels sistemes d'informació actuals no permeten més especificitat en la mesura de les necessitats i del perfil de la demanda atesa, i molt especialment quan es vol conèixer aquests aspectes des de la perspectiva territorial.

3.8. Bibliografia capítol 1

1. Ajuntament de Barcelona. Departament d'Estadística, Padró municipal d'habitants de 1986, 1991 i 1996. Barcelona, 1992.
2. Ajuntament de Barcelona. Àrea de Salut Pública. Enquesta de salut de Barcelona 1992-1993. Estadístiques de Salut. Barcelona, 1995.
3. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Programa Vida als Anys. L'atenció socio sanitària a Barcelona 2000. Document no publicat
4. Servei Català de la Salut. El model d'atenció socio sanitària a Catalunya. Pla de Salut quadern núm. 5, Barcelona, 1994.
5. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Programa Vida als Anys. Enquesta d'avaluació de pacients socio sanitària a Catalunya, 1996-1997. Taules de resultats Consorci Sanitari de Barcelona.
6. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Programa Vida als anys. Dades provisionals del Conjunt mínim de dades socio sanitàries de l'any 1999.
7. Ajuntament de Barcelona. Activitat assistencial del Sector de serveis Social. Barcelona, 1999.
8. Departament de Benestar Social. Registre d'Entitats i Establiments Socials. Barcelona, 1999.
9. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) explotació anual. Barcelona, 1998.
10. Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Desigualtats de salut en la gent gran. 1995. Document no publicat.
11. Consorci Sanitari de Barcelona. Proposta de sectorització de l'atenció socio sanitària. 1999. Document no publicat.
12. Consorci Sanitari de Barcelona. Servei Català de la Salut. Guia de recursos socio sanitària i socials. 1996.
13. Consorci Sanitari de Barcelona. Consideracions relatives als contractes: atenció primària de salut, any 1998, 1999. Document no publicat
14. Consorci Sanitari de Barcelona. Consideracions relatives als contractes amb els centres socio sanitària, any 1999. Document no publicat.
15. Consorci Sanitari de Barcelona. Memòria any 1999. Barcelona, 1999.
16. Valderrama E, Pérez del Molino J. Prevalencia de anciano frágil o de riesgo en el medio rural. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33(5);272-276.
17. Cortés JA, Méndez-Bonito E, Koutsourais R et al. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria?. Aten Primaria 1996; 18:6.
18. Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda JM, et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores socio sanitarios asociados (proyecto ANCO). Aten primaria 1997; 20:1.

3.9. Annexos capítol 1

3.9.1. Annex 1: Indicadors sociodemogràfics per districte
Districte I Ciutat Vella

	Barcelona	Districte I	ABS 1 A	ABS 1B	ABS 1C	ABS 1D	ABS 1E
Atenció primària de salut			R	R	R	R	R
Població total							
homes (n)	704.985	39.193	7.034	9.139	6.618	9.296	7.106
dones (n)	803.820	44.636	7.947	10.993	7.227	9.862	8.607
TOTAL (n)	1.508.805	83.829	14.981	20.132	13.845	19.158	15.713
≥ 65							
homes (%)	16,9	21,3	21,5	20,8	22,3	19,80	22,66
dones (%)	23,9	33,6	32,8	33,4	34,4	32,58	35,35
TOTAL (%)	20,7	27,9	27,5	27,7	28,6	26,38	29,61
≥ 75							
homes (%)	6,1	8,1	7,8	8,1	9,0	7,08	8,78
dones (%)	11,0	16,5	14,8	16,7	17,2	16,13	17,64
TOTAL (%)	8,7	12,6	11,5	12,8	13,3	11,74	13,63
Índex sobreenvelliment							
homes (%)	36,0	37,9	36,2	38,9	40,5	35,7	38,7
dones (%)	45,8	49,0	45,1	50,0	50,1	49,5	49,8
Llars unipersonals							
≥ 65 (n)	66.170	6.864	1.191	1.692	1.068	1.460	1.453
≥ 75 (n)	34.890	3.788	626	961	608	788	805
Nascuts fora de Catalunya (%)	32,4	40,6	33,7	40,4	40,6	45,2	41,8
Instrucció insuficient (%)	15,8	24,4	28,8	21,4	19,2	28,7	23,4
ICEF	100	62,7	58,0	67,4	76,4	51,7	62,2

R = Reforma

NOTA: Les dades procedeixen del Padró de l'any 1996, excepte les de l'Índex de capacitat econòmica familiar (ICEF) que són de l'any 1988

Districte II Eixample

	Barcelona	Districte II	ABS 2 A	ABS 2B	ABS 2C	ABS 2D	ABS 2E	ABS 2G	ABS 2H	ABS 2I	ABS 2J	ABS 2K
Atenció primària de salut			R	R	NR	NR	NR	NR	R	NR	NR	NR
Població:												
homes (n)	704.985	111.689	13.758	12.792	13.445	7.343	13.412	9.095	10.209	12.604	7.966	11.065
dones (n)	803.820	137.088	16.628	15.582	15.997	9.280	17.466	11.754	12.142	15.203	9.842	13.194
TOTAL (n)	1.508.805	248.777	30.386	28.374	29.442	16.623	30.878	20.849	22.351	27.807	17.808	24.259
≥ 65 homes (%)	16,9	20,0	21,7	18,7	17,6	22,1	21,9	21,1	17,5	19,7	19,9	20,8
dones (%)	23,9	28,9	29,9	27,5	24,0	32,6	32,3	33,5	26,2	27,8	27,6	28,9
TOTAL (%)	20,7	24,9	26,2	23,5	21,1	28,0	27,8	28,1	22,2	24,1	24,1	25,2
≥ 75 homes (%)	6,1	8,4	8,5	7,9	7,2	9,4	9,8	9,7	7,1	7,9	8,8	8,5
dones (%)	11,0	14,8	14,8	14,2	11,3	17,5	16,9	19,5	13,5	13,4	14,3	13,8
TOTAL (%)	8,7	11,9	11,9	11,3	9,4	13,9	13,8	15,3	10,6	10,9	11,9	11,4
Index sobreenvelliment												
homes (%)	36,0	41,9	39,1	42,1	40,9	42,4	44,7	46,0	40,4	40,2	44,2	40,9
dones (%)	45,8	51,1	49,4	51,4	47,1	53,5	52,4	58,2	51,7	48,1	51,9	47,7
Llars unipersonals												
≥ 65 (n)	66.170	14.588	1.756	1.562	1.403	1.202	2.177	1.381	1.098	1.621	1.027	1.361
≥ 75 (n)	34.890	8.380	984	898	774	686	1.288	864	618	901	599	768
Nascuts fora de Catalunya (%)	32,4	27,3	27,2	28,4	27,5	27,3	25,6	22,8	27,9	29,1	28,0	28,5
Instrucció insuficient (%)	15,8	11,1	13,5	11,1	9,9	12,2	9,3	7,4	9,6	13,3	10,8	13,0
ICEF	100	114,4	99,5	109,05	125,9	113,0	122,8	138,6	123,6	100,3	109,6	104,3

R = Reforma

NR = No reforma

NOTA: Les dades procedeixen del Padró de l'any 1996, excepte les de l'Index de capacitat econòmica familiar (ICEF) que són de l'any 1988

Districte III Sants-Montjuïc

	Barcelona	Districte III	ABS 3A	ABS 3B	ABS 3C	ABS 3D	ABS 3E	ABS 3F	ABS 3G
Atenció primària de salut			NR	R	R	NR	NR	NR	NR
Població total									
homes (n)	704.985	78.806	9.523	9.806	15.133	10.490	9.316	8.785	15.753
dones (n)	803.820	88.584	11.185	11.322	15.632	11.686	10.690	9.880	18.189
TOTAL (n)	1.508.805	167.390	20.708	21.128	30.765	22.176	20.006	18.665	33.942
≥ 65									
homes (%)	16,9	16,7	20,1	18,9	11,9	16,0	18,7	15,7	17,6
dones (%)	23,9	23,8	30,2	27,6	15,5	22,7	25,8	22,4	24,8
TOTAL (%)	20,7	20,4	25,5	23,5	13,8	19,5	22,5	19,3	21,5
≥ 75									
homes (%)	6,1	5,7	6,8	7,5	2,9	5,7	7,1	5,3	6,2
dones (%)	11,0	10,7	14,0	13,5	5,2	10,5	12,2	9,4	11,4
TOTAL (%)	8,7	8,3	10,7	10,7	4,1	8,2	9,8	7,4	9,0
Index sobreenvelliment									
homes (%)	36,0	34,4	33,7	39,8	24,2	35,4	37,9	33,6	35,4
dones (%)	45,8	44,8	46,5	49,0	33,8	46,3	47,0	41,7	45,7
Llars unipersonals									
≥ 65 (n)	66.170	7.545	1.405	1.211	613	945	1.009	720	1.642
≥ 75 (n)	34.890	3.991	749	702	242	484	548	366	900
Nascuts fora de Catalunya (%)	32,4	31,7	32,8	32,8	36,8	30,4	27,2	33,7	27,9
Instrucció insuficient (%)	15,8	18,4	21,4	18,7	19,0	18,3	18,4	20,3	15,1
ICEF	100	86,1	73,9	83,3	84,2	91,1	83,3	86,3	96,1

R = Reforma

NR = No reforma

NOTA: Les dades procedeixen del Padró de l'any 1996, excepte les de l'Índex de capacitat econòmica familiar (ICEF) que són de l'any 1988

Districte IV Les Corts

	Barcelona	Districte IV	ABS 4A	ABS 4B	ABS 4C
Atenció primària de salut			NR	NR	R
Població total					
homes (n)	704.985	38.562	13.125	10.870	14.567
dones (n)	803.820	43.302	15.060	12.135	16.107
TOTAL (n)	1.508.805	81.864	28.185	23.005	30.674
≥ 65					
homes (%)	16,9	14,6	14,7	15,7	13,7
dones (%)	23,9	18,5	19,8	18,5	17,4
TOTAL (%)	20,7	16,7	17,4	17,2	15,6
≥ 75					
homes (%)	6,1	5,2	5,4	5,7	4,7
dones (%)	11,0	8,2	9,2	8,1	7,4
TOTAL (%)	8,7	6,8	7,4	6,9	6,1
Índex sobreenvelliment					
homes (%)	36,0	35,8	36,8	36,1	34,6
dones (%)	45,8	44,2	46,3	43,4	42,4
Llars unipersonals					
≥ 65 (n)	66.170	2.436	972	708	756
≥ 75 (n)	34.890	1.220	494	368	358
Nascuts fora de Catalunya (%)	32,4	28,2	27,6	25,2	30,9
Instrucció insuficient (%)	15,8	9,1	10,3	7,0	9,6
ICEF	100	138,8	124,7	148,5	143,3

R = Reforma

NR = No reforma

NOTA: Les dades procedeixen del Padró de l'any 1996, excepte les de l'Índex de capacitat econòmica familiar (ICEF) que són de l'any 1988

Districte V Sarrià - Sant Gervasi

	Barcelona	Districte V	ABS 5A	ABS 5B	ABS 5C	ABS 5D	ABS 5E
Atenció primària de salut			NR	NR	NR	NR	NR
Població total							
homes (n)	704.985	58.960	12.498	15.077	11.246	6.519	13.620
dones (n)	803.820	70.613	15.559	18.248	12.881	7.695	16.230
TOTAL (n)	1.508.805	129.573	28.057	33.325	24.127	14.214	29.850
≥ 65							
homes (%)	16,9	17,2	20,0	18,0	15,5	15,7	15,9
dones (%)	23,9	23,8	27,7	24,8	20,1	23,7	22,0
TOTAL (%)	20,7	20,8	24,3	21,7	18,0	20,0	19,3
≥ 75							
homes (%)	6,1	6,7	8,0	7,0	5,4	6,2	6,4
dones (%)	11,0	11,5	13,8	11,9	9,1	11,7	10,7
TOTAL (%)	8,7	9,3	11,2	9,7	7,4	9,2	8,7
Índex sobreenvelliment							
homes (%)	36,0	38,7	39,9	39,0	34,6	39,1	40,1
dones (%)	45,8	48,3	49,6	47,9	45,4	49,5	48,7
Llars unipersonals							
≥ 65 (n)	66.170	5.470	1.568	1.568	802	434	1.98
≥ 75 (n)	34.890	3.081	921	891	422	235	612
Nascuts fora de Catalunya (%)	32,4	22,4	22,8	22,0	22,7	22,1	22,3
Instrucció insuficient (%)	15,8	6,1	6,0	5,8	5,7	8,3	6,1
ICEF	100	162,7	172,4	153,2	169,3	159,2	159,3

NR = No reforma

Districte VI Gràcia

	Barcelona	Districte VI	ABS 6A	ABS 6B	ABS 6C	ABS 6D
Atenció primària de salut			NR	NR	NR	NR
Població total						
homes (n)	704.985	52.328	12.979	10.540	14.348	14.461
dones (n)	803.820	63.425	15.515	13.531	17.912	16.467
TOTAL (n)	1.508.805	115.753	28.494	24.071	32.260	30.928
≥ 65						
homes (%)	16,9	18,5	18,9	23,4	18,3	14,9
dones (%)	23,9	27,0	27,5	34,0	26,8	20,9
TOTAL (%)	20,7	23,2	23,6	29,4	23,0	18,1
≥ 75						
homes (%)	6,1	7,4	7,9	10,0	7,2	5,3
dones (%)	11,0	13,4	13,9	17,8	13,3	9,4
TOTAL (%)	8,7	10,7	11,1	14,4	10,6	7,5
Índex sobreenvelliment						
homes (%)	36,0	39,9	41,6	42,6	39,6	35,3
dones (%)	45,8	49,7	50,4	52,3	49,7	45,2
Llars unipersonals						
≥ 65 (n)	66.170	6.260	1.577	1.972	1.594	1.117
≥ 75 (n)	34.890	3.488	902	1.148	868	570
Nascuts fora de Catalunya (%)	32,4	26,1	25,1	25,5	23,7	29,9
Instrucció insuficient (%)	15,8	12,4	12,4	15,6	10,3	11,8
ICEF	100	101,0	101,3	84,8	106,6	111,7

NR = No reforma

Districte VII Horta - Guinardó

	Barcelona	Districte VII	ABS 7A	ABS 7B	ABS 7C	ABS 7D	ABS 7E	ABS 7F	ABS 7G
Atenció primària de salut			NR	NR	R	R	NR	R	R
Població total									
homes (n)	704.985	80.621	9.213	15.308	10.539	11.753	14.061	9.534	10.213
dones (n)	803.820	89.211	10.402	17.596	10.851	12.799	15.309	10.450	11.804
TOTAL (n)	1.508.805	169.832	19.615	32.904	21.390	24.552	29.370	19.984	22.017
≥ 65									
homes (%)	16,9	15,3	15,0	17,5	11,2	13,4	15,7	15,4	18,1
dones (%)	23,9	20,9	20,6	23,3	16,4	19,2	20,9	20,6	24,0
TOTAL (%)	20,7	18,3	18,0	20,6	13,8	16,4	18,4	18,1	21,3
≥ 75									
homes (%)	6,1	5,0	4,7	6,0	3,5	4,3	4,8	4,9	6,7
dones (%)	11,0	9,0	8,8	9,7	6,6	8,5	9,1	8,9	10,7
TOTAL (%)	8,7	7,1	6,9	8,0	5,1	6,5	7,1	7,0	8,8
Índex sobreenvelliment									
homes (%)	36,0	32,8	31,2	34,2	31,7	31,9	30,6	31,9	36,8
dones (%)	45,8	43,0	42,9	41,7	40,3	44,0	43,7	43,3	44,5
Llars unipersonals									
≥ 65 (n)	66.170	5.726	653	1.348	527	717	862	632	987
≥ 75 (n)	34.890	2.731	304	660	241	336	385	290	515
Nascuts fora de Catalunya (%)	32,4	37,1	32,3	32,0	45,1	42,2	42,8	35,1	30,0
Instrucció insuficient (%)	15,8	19,6	14,1	15,3	24,7	22,8	20,4	19,6	13,8
ICEF	100	91,7	101,2	100,3	74,6	85,1	86,1	91,0	99,4

R = Reforma
 NR = No reforma

Districte VIII Nou Barris

	Barcelona	Districte VIII	ABS 8A	ABS 8B	ABS 8C	ABS 8D	ABS 8E	ABS 8F	ABS 8G	ABS 8H	ABS 8I
Atenció primària de salut			NR	R	NR	R	R	NR	R	R	R
Població total											
homes (n)	704.985	82.319	11.901	8.746	7.116	8.384	9.508	14.022	7.736	6.748	8.158
dones (n)	803.820	88.530	13.243	9.434	8.112	8.813	10.217	15.001	8.086	6.793	8.831
TOTAL (n)	1.508.805	170.849	25.144	18.180	15.228	17.197	19.725	29.023	15.822	13.541	16.989
≥ 65											
homes (%)	16,9	16,0	16,6	17,1	27,8	13,4	15,0	13,9	13,1	10,4	18,3
dones (%)	23,9	21,0	22,8	21,5	31,8	17,1	21,1	18,1	17,3	14,6	24,8
TOTAL (%)	20,7	18,6	19,9	19,4	29,9	15,3	18,1	16,1	15,2	12,5	21,7
≥ 75											
homes (%)	6,1	4,7	5,5	4,9	6,9	4,4	4,8	3,8	3,9	2,9	5,8
dones (%)	11,0	8,0	9,6	8,7	10,1	6,1	8,5	6,9	6,7	5,4	9,1
TOTAL (%)	8,7	6,4	7,7	6,9	8,6	5,3	6,8	5,4	5,3	4,1	7,5
Índex sobreenvelliment											
homes (%)	36,0	29,7	33,1	28,9	24,8	32,6	32,2	27,3	29,7	28,0	31,5
dones (%)	45,8	38,1	42,2	40,3	31,8	35,7	40,5	38,4	38,7	36,7	36,6
Llars unipersonals											
≥ 65 (n)	66.170	5.666	922	607	816	427	708	646	446	304	790
≥ 75 (n)	34.890	2.579	444	310	335	181	341	287	207	131	343
Nascuts fora de Catalunya (%)	32,4	42,7	37,3	41,9	43,2	44,4	47,0	39,4	46,7	45,0	44,1
Instrucció insuficient (%)	15,8	23,7	17,3	21,9	24,4	22,8	27,9	18,5	30,4	26,8	30,6
ICEF	100	77,3	90,9	84,2	77,5	80,0	68,1	84,7	66,1	66,0	67,5

R = Reforma
 NR = No reforma

Districte IX Sant Andreu

	Barcelona	Districte IX	ABS 9A	ABS 9C	ABS 9D	ABS 9E	ABS 9F	ABS 9G
Atenció primària de salut			NR	R	R	R	R	R
Població total								
homes (n)	704.985	64.662	15.058	15.938	13.244	6.130	3.870	10.422
dones (n)	803.820	70.917	16.441	18.088	14.775	6.292	3.996	11.325
TOTAL (n)	1.508.805	135.579	31.499	34.026	28.019	12.422	7.866	21.747
≥ 65								
homes (%)	16,9	14,6	11,9	19,8	14,6	14,3	12,6	11,7
dones (%)	23,9	20,1	15,8	25,8	21,3	20,0	17,0	16,9
TOTAL (%)	20,7	17,5	14,0	22,9	18,1	17,2	14,8	14,4
≥ 75								
homes (%)	6,1	4,8	4,1	6,7	5,1	3,5	3,4	4,0
dones (%)	11,0	8,6	6,9	10,6	9,8	7,6	6,9	7,6
TOTAL (%)	8,7	6,8	5,6	8,8	7,6	5,6	5,2	5,9
Índex sobreenvelliment								
homes (%)	36,0	33,1	34,3	33,8	35,3	24,8	26,8	34,6
dones (%)	45,8	42,8	43,6	41,0	46,0	37,8	40,5	44,8
Llars unipersonals								
≥ 65 (n)	66.170	4.363	773	1.530	1.011	308	210	531
≥ 75 (n)	34.890	2.114	357	749	502	136	109	261
Nascuts fora de Catalunya (%)	32,4	33,7	32,8	33,7	30,6	34,8	47,1	33,7
Instrucció insuficient (%)	15,8	15,7	11,6	15,2	14,9	25,2	26,7	14,2
ICEF	100	88,8	96,7	94,2	88,8	64,2	65,6	91,3

R = Reforma
NR = No reforma

Districte X Sant Martí

	Barcelona	Districte X	ABS 10A	ABS 10B	ABS 10C	ABS 10D	ABS 10E	ABS 10F	ABS 10G	ABS 10H	ABS 10I	ABS 10J
Atenció primària de salut			R	R	R	NR	R	R	R	R	R	R
Població total												
homes (n)	704.985	97.845	12.246	7.943	8.332	12.284	8.051	10.354	9.698	10.675	6.738	11.524
dones (n)	803.820	107.514	13.443	8.883	9.056	13.130	9.182	12.082	10.616	11.719	7.251	12.152
TOTAL (n)	1.508.805	205.359	25.689	16.826	17.388	25.414	17.233	22.436	20.314	22.394	13.989	23.676
≥ 65												
homes (%)	16,9	15,5	14,5	17,2	15,4	16,9	16,6	17,3	12,5	16,7	16,9	12,6
dones (%)	23,9	21,4	20,9	26,7	21,3	20,9	23,0	24,4	17,9	22,2	21,8	16,9
TOTAL (%)	20,7	18,6	17,9	22,3	18,5	19,0	20,0	21,1	15,3	19,6	19,5	14,8
≥ 75												
homes (%)	6,1	5,2	5,1	6,3	5,2	4,4	6,4	6,2	4,4	5,7	5,2	3,7
dones (%)	11,0	9,0	9,5	12,5	9,2	7,2	10,6	11,1	7,9	8,9	7,4	6,4
TOTAL (%)	8,7	7,2	7,4	9,6	7,3	5,9	8,6	8,8	6,3	7,4	6,3	5,1
Índex sobreenvelliment												
homes (%)	36,0	33,3	35,2	36,3	33,8	26,1	38,4	35,9	35,4	34,4	30,6	29,3
dones (%)	45,8	41,9	45,2	46,8	43,1	34,6	46,1	45,4	44,4	40,2	33,7	37,7
Llars unipersonals												
≥ 65 (n)	66.170	7.252	974	813	606	807	689	1.082	638	730	391	522
≥ 75 (n)	34.890	3.518	529	425	290	339	366	561	314	315	163	216
Nascuts fora de Catalunya (%)	32,4	34,4	31,8	26,4	32,4	40,7	28,4	28,7	31,2	41,8	45,0	37,1
Instrucció Insuficient (%)	15,8	17,8	13,1	19,8	18,5	26,3	13,5	14,7	13,1	19,0	26,3	15,3
ICEF	100	86,9	91,4	78,1	83,1	74,0	92,1	93,0	90,4	90,3	80,5	93,0

 R = Reforma
 NR = No reforma

3.9.2. Annex 2: Glossari de definicions dels serveis sanitaris i socials

Sistema sanitari

- **Atenció primària de salut**

L'atenció primària de salut (APS) és la porta d'entrada de la població al sistema sanitari d'atenció pública. Constitueix el primer graó de l'assistència sanitària i el nucli central del sistema sanitari que permet assolir dos objectius bàsics: d'una banda, millorar la salut de la població. D'altra banda, reduir les diferències entre els subgrups de població a fi d'assegurar equitat en l'accés i en la possibilitat d'arribar a un mateix nivell de salut.

L'APS té una sèrie d'atributs que li permeten assolir aquests objectius i que es poden resumir en: accessibilitat, longitudinalitat, continuïtat i coordinació, i globalitat.

Des de fa uns anys els serveis públics d'atenció primària estan en fase de reordenació per adequar-los a aquests plantejaments (Decret 84/85). Això representa anar substituint gradualment el model tradicional de serveis, anomenat xarxa no reformada, que implica assignar la població a professionals amb dedicació de dues hores i mitja per un altre, anomenat xarxa reformada, basat en l'equip d'atenció primària (EAP). Aquest es compon d'un grup de professionals sanitaris i no sanitaris que desenvolupen i dirigeixen les seves activitats de salut al conjunt de la població que comprèn l'estructura territorial anomenada àrea bàsica de salut (ABS), i té com a nucli d'activitat el centre d'atenció primària (CAP). L'EAP organitza les seves activitats amb localització física principalment al CAP i d'acord amb les següents àrees funcionals: atenció directa, salut de la comunitat, administració i coordinació i docència i recerca.

Les principals activitats i serveis són: atenció de medicina general, pediatria-puericultura i infermeria tant en l'assistència a la demanda ambulatoria, domiciliària i urgent. Seguiment i control ambulatori i domiciliari. Promoció de la salut, l'educació sanitària de la població i la prevenció de la malaltia. Rehabilitació en coordinació amb els serveis de referència.

- **Atenció domiciliària a l'atenció primària de salut**

L'AD és una activitat bàsica de l'atenció primària de salut. Una part de l'AD va dirigida a l'atenció a pacients amb processos aguts i l'altra a pacients amb processos crònics que requereixen una AD programada a causa que aquest no pot traslladar-se a l'ambulatori per rebre l'atenció que requereixen les seves necessitats o problemes de salut.

L'atenció es realitza fora de l'ambulatori, en el domicili del pacient, amb la qual cosa passen a ser el nucli d'atenció el pacient, la seva família i el seu entorn.

- **Atenció urgent i continuada**

Està configurat per un conjunt de dispositius que donen resposta a la demanda d'atenció urgent. Es poden classificar en tres grans àmbits:

- Atenció hospitalària, on s'agrupen alguns hospitals d'aguts de la XHUP i els centres de gestió hospitalària.
- Centres coordinadors i serveis d'emergències, que inclou el Servei coordinador d'urgències de Barcelona-061.
- Atenció primària de salut, que inclou els CAP i els centres d'atenció continuada (CAC).

- **Atenció especialitzada**

Inclou la pràctica de les tècniques exploratòries i quirúrgiques, habituals de l'especialitat de què es tracti. Abasta l'assistència ambulatoria i activitats complementàries pròpies de l'especialitat que siguin necessàries per tal d'assegurar un suport i una coordinació adequats respecte al nivell de l'atenció primària.

- **Hospitals d'aguts**

Els hospitals generals d'aguts que formen part de la Xarxa d'hospitals d'utilització pública (XHUP) presten assistència sanitària pública a la població que requereix atenció hospitalària aguda. Es poden classificar en tres tipus:

- Hospital general bàsic: és aquell que dona resposta completa als requeriments habituals de la població.
- Hospital de referència: és l'hospital destinat a resoldre la pràctica totalitat dels problemes de salut susceptibles de curació i millora, excepte aquells que requereixen recursos tecnològics de cost molt elevat o una pràctica altament especialitzada.
- Hospital d'alta tecnologia: és aquell que assumeix les patologies de baixa prevalença no assumibles pels hospitals esmentats anteriorment i que disposa de les anomenades supraespecialitats i de noves tecnologies diagnosticoterapèutiques.

- **Unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries (UFISS)**

Les UFISS formen part de la xarxa de recursos socio sanitàries, han estat impulsades per a millorar l'atenció a les necessitats socio sanitàries dins l'àmbit dels hospitals d'aguts.

Són equips interdisciplinaris que dirigeixen la seva tasca a l'atenció dels casos complexos en el camp de la geriatría o cures pal·liatives, al suport i la consulta dels professionals de l'hospital i a la connexió amb els recursos i professionals externs al centre.

- **Programa d'atenció domiciliària, equips de suport. PADES**

Formen part de la xarxa de recursos socio-sanitaris impulsats pel Programa Vida als Anys (PVAA) del Servei Català de la Salut.

Són equips interdisciplinaris especialistes en AD que donen suport principalment a l'atenció primària de salut, al mateix temps desenvolupen una funció molt important de connexió i de coordinació dels diferents recursos sanitaris, socio-sanitaris i comunitaris .

- **Centres socio-sanitaris**

Formen part de la xarxa de recursos socio-sanitaris. Són recursos d'internament, les seves places es classifiquen en els següents grups:

Unitats de llarga estada:

Tenen com a objectiu el tractament rehabilitador, pal·liatiu i de cures, de profilaxi de complicacions, com també de suport a persones grans amb malalties cròniques de llarga evolució, per tal d'aconseguir el nivell màxim d'autonomia que permeti la situació del malalt.

L'estada mitjana pot ser superior a un any.

Unitats de convallescència:

Inclou entre els seus destinataris les persones grans amb malaltia que es troben en fase de recuperació d'algun procés agut i les que tenen malalties cròniques amb freqüents descompensacions i situació basal de dependència. Té com a objectiu restablir aquelles funcions o activitats que han estat afectades totalment o parcialment per diferents patologies.

Unitats de cures pal·liatives:

Destinades a malalts terminals de càncer o d'altres malalties en fase terminal. Té com a funció oferir tractament pal·liatiu o de confort.

Hospital de dia:

És un servei d'assistència interdisciplinar, principalment sanitari, on el pacient amb malalties o incapacitats físiques o psíquiques va al matí per tal de rebre tractament integral i retornar després al seu domicili.

Sistema d'atenció social

- **Serveis socials d'atenció primària**

Els serveis que conformen la xarxa municipal de serveis socials d'atenció primària estan orientats a prevenir situacions de marginació i a promoure les prestacions socials de suport personal, d'informació, d'atenció i ajut a tots els ciutadans, especialment a les persones, les famílies o els col·lectius que, per raó de dificultats de desenvolupament i d'integració en la societat, manca d'autonomia personal, disminucions físiques, psíquiques o sensorials, problemes familiars o marginació social, precisen aquests serveis.

Els serveis socials d'atenció primària constitueixen el punt d'accés immediat al Sistema Català de Serveis Socials, el primer nivell d'aquest i el més proper a l'usuari i als àmbits familiars i social. Es presten mitjançant equips polivalents de professionals que despleguen funcions d'atenció social a problemàtiques, dèficits o situacions que impedeixen un desenvolupament normalitzar de la vida quotidiana de les persones.

Els centres municipals de serveis socials (CSS) són la porta d'entrada a tota la xarxa de serveis socials de la ciutat. Ofereixen a totes les persones amb dificultats un espai d'acollida i atenció per cerca solucions. Estan compostos per equips interdisciplinaris –assistents socials, educadors/es, treballadores familiars-, amb un/a director/a de centre i un recepcionista. Compten amb el suport d'altres professionals o de tècnics especialitzats: psicòlegs, advocats, tècnics de l'Institut Municipal de Disminuïts i tècnics especialistes en drogodependències. Dins de les seves activitats i serveis cal destacar l'atenció domiciliària.

- **Atenció social domiciliària**

Són serveis que es realitzen en el propi domicili de les persones o famílies que ho precisen (gent gran, famílies multiproblemàtiques, persones amb disminució, malaltia mental o amb alguna altra malaltia o problemàtica que dificulta la seva autonomia) per tal d'alleugerir el deteriorament de les condicions i la qualitat de vida habituals d'aquest nucli, evitant internament no desitjats. Els serveis dins l'atenció domiciliària són:

Ajut a la llar:

Atenció professional en el propi domicili de la persona per part de treballadores familiars que realitzen tasques domèstiques, acompanyaments, suport educatiu en temes relacionats amb higiene, salut, alimentació, etc.

Alarmes telefòniques:

Instal·lació d'un aparell que connecta la línia telefònica amb una central de senyals d'emergència.

Menjars a domicili

Arranjament d'habitatges:

Supressió de barreres arquitectòniques o adequació de les condicions d'habitabilitat.

Servei de neteja al propi domicili.

- **Oficina permanent d'atenció social (OPAS):**

Atén urgències i emergències socials que es produeixen a la ciutat les 24 hores dels 365 dies de l'any.

- **Centres de dia per a gent gran:**

Centre que presten atenció durant el dia.

- **Centre d'acolliment d'urgències per a vells (CAUV):**

Adreçat a persones més grans de 60 anys en situació de desemparament que es presenta de forma urgent. Realitzen la valoració i diagnòstic del cas , la recerca del recurs més adient i acolliment residencial amb caràcter temporal.

- **Equipaments residencials**

- **Habitatges tutelats:**

Són petits habitatges o apartaments per a persones grans que disposen de serveis comuns de consergeria, menjadors, neteja, etc.

3.9.3. Annex 3: Perfil de l'usuari atès al serveis sanitaris i socials

A continuació s'analitza el perfil d'usuari atès pels diferents serveis sanitaris, sociosanitaris i socials de la ciutat. Per a la caracterització s'han seleccionat les següents variables: sexe, grups d'edat més prevalents, grau de dependència, capacitat cognitiva, patologies més prevalents i situació socioeconòmica.

- **Atenció primària de serveis socials**

Servei d'atenció domiciliària:

Població atesa	N: 3.696	N >= 65: 3.112
Sexe	70% dones	
Edat	81,3% >= 75 anys	
Patologies més prevalents	no es disposa d'informació	
Capacitat funcional per les activitats de la vida diària (AVD)	62,5% amb incapacitat	
Capacitat funcional cognitiva	7,1% amb demències	
Situació econòmica		
Entorn familiar	43,3% viuen sols 81% rep ajuda personal 56,3% rep ajuda a la llar	

- **Atenció primària de salut**

- **Atenció domiciliària feta pels equips d'atenció primària (EAP)**

Població atesa	N: 8.849	N >=65: 8.281
Sexe	62% dones	
Edat	77% >= 75 anys	
Patologies més prevalents	58% patologia crònica 13% demències	
Capacitat funcional per les activitats de la vida diària (AVD)	no es disposa d'informació	
Capacitat funcional cognitiva		
Situació econòmica		
Entorn familiar		

- **Atenció en consulta**

No es disposa d'un sistema d'informació que ens permeti completar les variables seleccionades per a definir el perfil de la gent gran atesa per aquest nivell assistencial. Únicament es disposen parcialment d'algunes variables que es recullen dins del programa d'atenció domiciliària.

- **Atenció especialitzada**

Serveis socials

Població atesa		N >=65 : 9.542
Sexe	76% dones	
Edat	80% >= 75 anys	
Patologies més prevalents		
Capacitat funcional per les activitats de la vida diària (AVD)	25,2% dependència lleu 22,4% dependència moderada 15,1% dependència alta 19,2% dependència molt alta	
Capacitat funcional cognitiva	35,3% afectació greu (test de Pfeiffer)	
Situació econòmica	no es disposa d'informació	
Entorn familiar	33,7% viuen soles 43,3% no rep cap suport	
Altres dades	no es disposa d'informació	

Atenció domiciliària als PADES

Població atesa	N: 3.442	N >=65: 2.503
Sexe	55% dones	
Edat	66% >= 75 anys	
Patologies més prevalents	45% malalts pal·liatius 39% patologia crònica	
Capacitat funcional per les activitats de la vida diària (AVD)	no es disposa d'informació	
Capacitat funcional cognitiva		
Situació econòmica		
Entorn familiar		

Llarga estada

Població atesa	N: 3.086	N >=65: 2.685
Sexe	74% dones	
Edat	69% >= 75 anys	
Patologies més prevalents	30% trastorns mentals 22,5% malalties cerebrovasculars	
Capacitat funcional per les activitats de la vida diària (AVD)	30% dependència lleu 33% dependència moderada 28% dependència greu	
Capacitat funcional cognitiva	18% deteriorament lleu 16% deteriorament moderat 44% deteriorament sever	
Situació econòmica	no es disposa d'informació	
Entorn familiar		
Altres dades		

Convalescència

Població atesa	N: 2.522	N >=65: 2.270
Sexe	66% dones	
Edat	66% >= 75 anys	
Patologies més prevalents	22,5% malaltia cerebrovascular 22,1% fractura de fèmur	
Capacitat funcional per les activitats de la vida diària (AVD)	52% dependència lleu 31% dependència moderada 17% dependència greu	
Capacitat funcional cognitiva	23% deteriorament lleu 12% deteriorament moderat 21% deteriorament sever	
Situació econòmica	no es disposa d'informació	
Entorn familiar		
Altres dades		

Cures pal·liatives

Població atesa	N: 1.108	N >=65: 809
Sexe:	56% dones	
Edat:	51% >= 75 anys	
Patologies més prevalents	65% Neoplàsies 12% trastorns mentals	
Capacitat funcional per les activitats de la vida diària (AVD)	48% dependència lleu 26% dependència moderada 26% dependència greu	
Capacitat funcional cognitiva	16% deteriorament lleu 13% deteriorament moderat 33% deteriorament sever	
Situació econòmica	no es disposa d'informació	
Entorn familiar		
Altres dades		

Hospital de dia

Població atesa	N: 256	N >=65: 174
Sexe:	65% dones	
Edat:	51% >= 75 anys	
Patologies més prevalents	30% parkinson i malalties degeneratives del SNC 25% esclerosi múltiple 19% trastorns mentals	
Capacitat funcional per les activitats de la vida diària (AVD)	71% dependència lleu 16% dependència moderada 13% dependència greu	
Capacitat funcional cognitiva	26% deteriorament lleu 20% deteriorament moderat 30% deteriorament sever	
Situació econòmica	no es disposa d'informació	
Entorn familiar		
Altres dades		

4. Capítol 2: El paper de l'atenció primària de salut dins del model d'atenció socio sanitària

4.1. L'atenció primària de salut

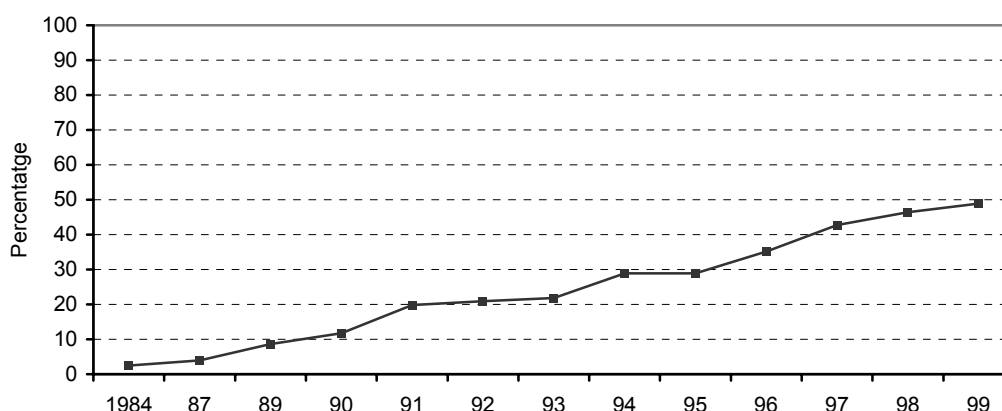
L'atenció primària de salut (APS) és la part del sistema sanitari que ha de resoldre la majoria de problemes de salut, actuant també com a mecanisme de selecció dels casos que requereixen altres recursos sanitaris.

Per assolir aquests objectius l'APS ha de potenciar una sèrie d'atributs: **accessibilitat**; **longitudinalitat**, que implica la possibilitat de contacte regular de la població amb els serveis independentment de quin sigui el problema; **globalitat** en l'atenció a totes les esferes de la persona i **coordinació** amb altres nivells assistencials per millorar l'atenció a la salut.

Per tal de millorar l'assistència primària de la població, l'any 1984 es va iniciar la reforma de l'atenció primària (RAP), que s'ha traduït bàsicament en una millora de les infraestructures dels centres sanitaris, l'increment del temps d'atenció als pacients, la incorporació d'activitats de prevenció i de promoció de la salut, el millor control dels pacients amb patologia crònica, la posada en funcionament de protocols de prevenció, l'augment de la resolució dels problemes de salut, amb la conseqüent disminució de la derivació al nivell especialitzat d'atenció dels problemes de salut més comuns, la menor despesa farmacèutica per habitant i una major satisfacció de l'usuari.

A Barcelona, el procés de la RAP va començar l'any 1984, i ha anat augmentant la cobertura poblacional des de llavors (figura 1) seguint criteris d'acord amb la capacitat socioeconòmica i de necessitats en salut.

Figura 1. Capítol 2 Evolució de la cobertura poblacional de la reforma de l'atenció primària. Barcelona, 1984-99



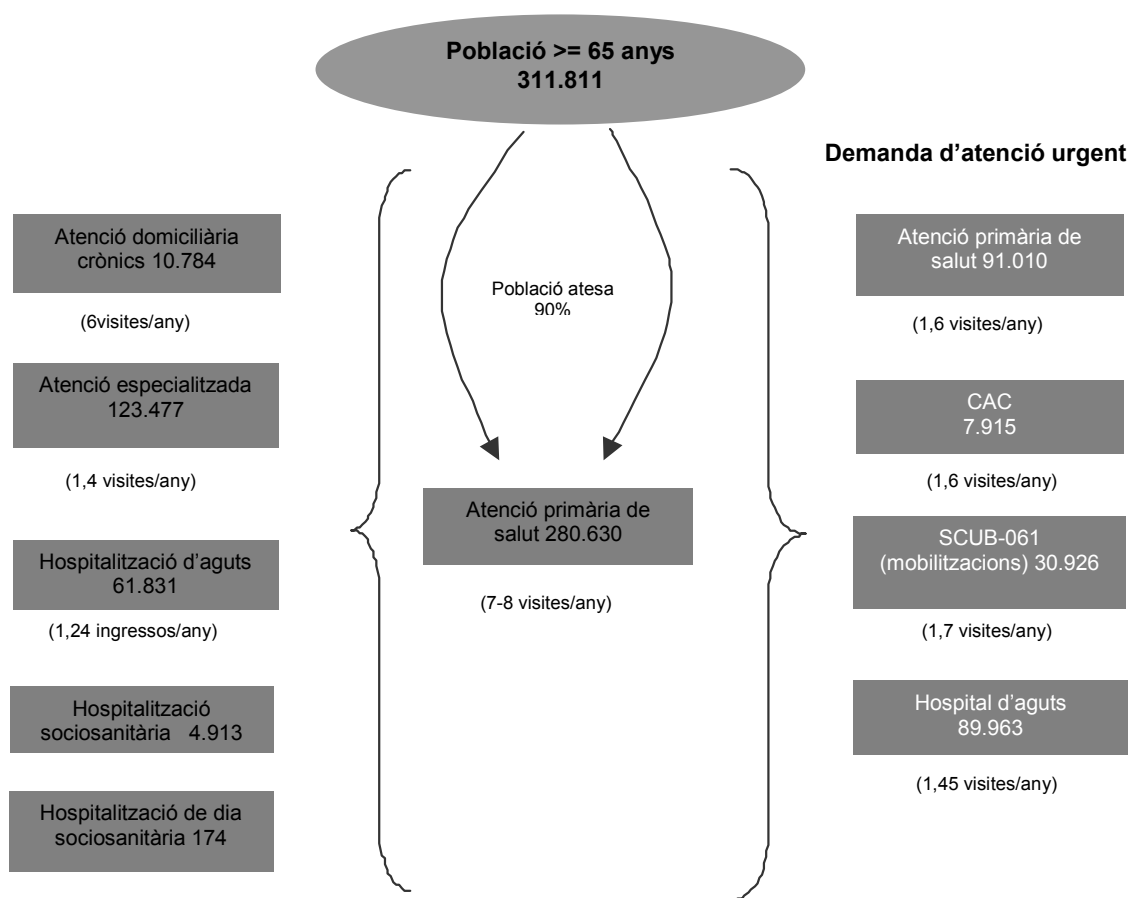
Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Període 1984-1999.

En comparació amb la resta de regions sanitàries de Catalunya, la de Barcelona Ciutat és la que presenta la cobertura poblacional més baixa quant al model reformat. La cobertura de Catalunya és d'un 73,6%, mentre que a Barcelona és d'un 48,9%.

4.2. Utilització de serveis

Tal com s'exposa a la vegeu figura 2 al voltant del 90% de la gent gran va a l'atenció primària de salut i generen de 7 a 8 visites per persona i any. No obstant això, no disposem d'informació completa relativa a la població atesa, i de les seves característiques, patologies més prevalents i necessitats.

Figura 2. Capítol 2 Utilització dels recursos sanitaris pels majors de 65 anys durant un any i població atesa a la ciutat de Barcelona



Opinió dels professionals

Una consulta als professionals d'atenció primària duta a terme l'any 2000 per la Subdivisió d'Atenció Primària Barcelona Ciutat a las DAP Nou Barris de l'Institut Català de la Salut (ICS), amb la finalitat d'identificar problemes en l'atenció a la gent gran en l'àmbit de l'atenció primària, destaca com a problemes prioritaris els següents:

- Manca de formació dels professionals d'atenció primària en geriatria, en eines de valoració integral i acompanyament en el procés d'envellir.
- Dificultats en l'atenció a les persones cuidadores.
- Manca de coordinació entre nivells assistencial, sanitaris i social.
- Manca d'adaptació del sistema sanitari a les necessitats de la gent gran i dificultat per accedir als recursos adreçats a la gent gran.
- Dificultats per acceptar les limitacions de l'envelliment i la mort per part de la població i dels professionals.

4.3. L'atenció domiciliària programada

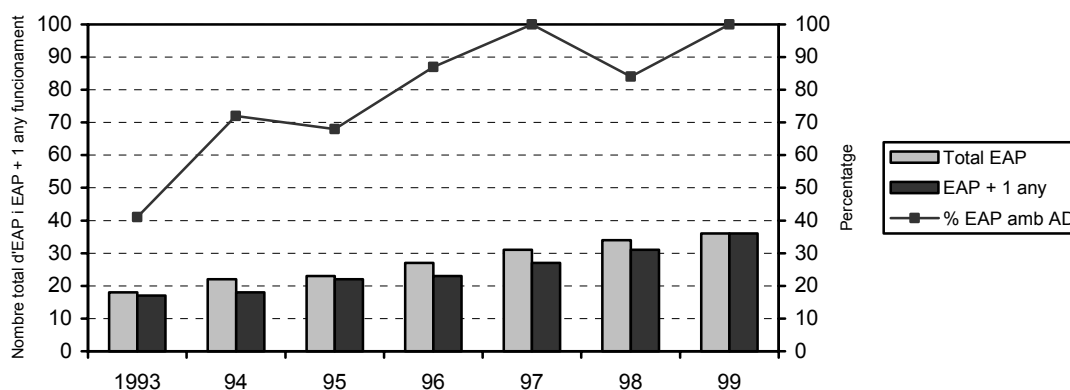
L'atenció domiciliària (AD) és una activitat bàsica de l'atenció primària de salut. Una part de l'AD va dirigida a l'atenció a pacients amb processos aguts i l'altra a pacients amb processos crònics que requereixen una AD programada.

Els equips d'atenció primària (EAP) i els PADES (Programa d'atenció domiciliària, equip de suport) són els recursos que presten atenció domiciliària des de l'àmbit de l'atenció primària i especialitzada respectivament.

Els EAP incorporen a la seva activitat assistencial l'AD, seguint el Programa marc d'atenció a domicili i els criteris comuns mínims d'ATDOM. Els PADES formen part dels dispositius sociosanitaris del Programa vida als anys (PVAA) i són un recurs especialitzat d'AD, cures pal·liatives i geriatria per donar suport principalment a l'atenció primària de salut.

Com s'observa a la figura 3, el percentatge d'EAP de més d'1 any de funcionament que han implantat l'AD ha augmentat durant el període 1993-99. L'any 93 tant sols el 41% dels EAP de més d'1 any de funcionament el tenien implantat. Aquest percentatge s'ha anat incrementant fins arribar l'any 99, en què el 100% dels EAP de més d'1 any de funcionament l'havien posat en marxa.

Figura 3. Capítol 2 Nombre d'equips d'atenció primària (EAP) en funcionament i percentatge d'equips de més d'1 any en funcionament amb atenció domiciliària (AD). Període 1993-99



Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Consideracions relatives al contracte amb l'atenció primària de salut reformada. Període 1993-99.

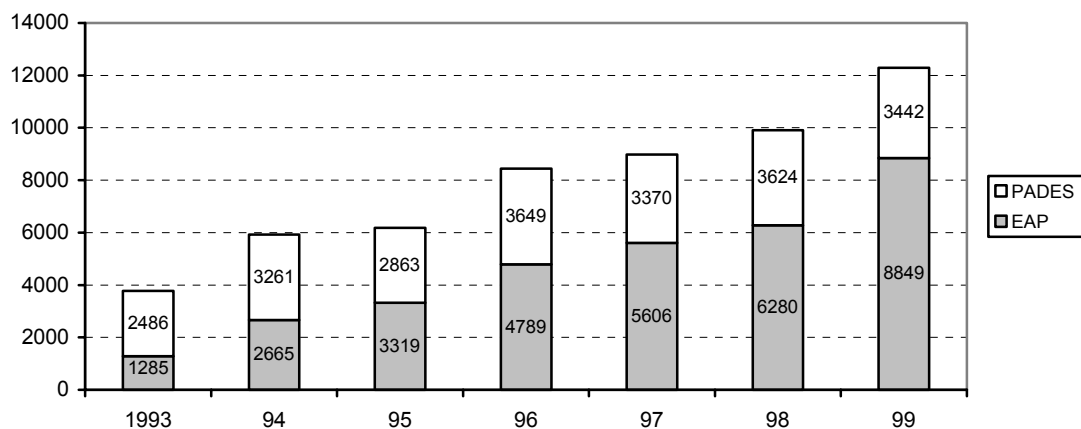
El nombre d'equips PADES és estable per al període 1993-1999. Dels 13 equips que hi ha a Barcelona, 11 donen suport en AD a l'atenció primària de salut; n'hi ha un per a cada districte excepte per a l'Eixample que en té dos.

4.3.1. Pacients atesos i cobertura de l'atenció domiciliària

El nombre de pacients atesos a domicili va augmentant progressivament (figura 4). L'any 1999 es van atendre un total de 12.291 pacients, la qual cosa suposa el triple dels pacients atesos l'any 1993.

Aquest increment està motivat sobretot per l'augment de la cobertura de la RAP i per tant el major nombre d'EAP que incorporen l'AD i la consolidació de l'activitat als EAP.

Figura 4. Capítol 2 Nombre total de pacients atesos en atenció domiciliària segons tipologia de recurs. Període 1993-99



Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Consideracions relatives al contracte amb l'atenció primària de salut reformada. Memòria assistencial dels PADES. Període 93-99

Aquest augment del nombre de pacients atesos durant el període 1993-1999 implica un augment en la cobertura poblacional, especialment als EAP. Així, la freqüentació al territori de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat és de 3,5 per 100 habitants en el grup d'edat de majors de 64 anys.

A l'anàlisi de la cobertura global de l'AD per àmbit territorial, s'identifiquen diferències importants entre sectors sanitaris estretament relacionades amb el desplegament de la reforma de l'atenció primària. Segons un estudi del Consorci Sanitari de Barcelona la xarxa reformada identifica 6,5 vegades més persones amb necessitat d'atenció domiciliària que la xarxa no reformada (1997), les dades de cobertura són molt baixes en els sectors sanitaris amb predomini del model tradicional d'atenció primària de salut.

4.3.2. Característiques de la població atesa

La població atesa en AD principalment és gent gran. El grup d'edat que té més pes és el de més de 74 anys. Aquest grup representa el 77,2% de la població atesa en AD pels EAP i el 65,8% de la població atesa pel PADES (taula 1).

Taula 1. Capítol 2 Distribució percentual de la població atesa en atenció domiciliària segons grup d'edat i recurs. Any 1999

Grups d'edat	EAP	PADES
< 65 anys	6,4%	13,6%
65-74 anys	16,4%	20,6%
>74 anys	77,2%	65,8%

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Consideracions relatives al contracte amb l'atenció primària de salut reformada. Memòria assistencial dels PADES. Any 1999

S'observen diferències en la tipologia de la població atesa segons el recurs que presta l'AD. Així, els EAP atenen principalment població amb patologia crònica (58,1%), seguida de població amb demències (13,0%) i grups de risc (11,0%). Pel que fa als PADES, són els pacients en cures pal·liatives o terminals els que tenen major pes (44,9%), seguits pels pacients geriàtrics o amb patologia crònica (39,2%) i les demències (10,6%) (taula 2).

Taula 2. Capítol 2 Distribució percentual de la població atesa segons grup diana en atenció domiciliària Segons tipologia de recurs. Any 1999

EAP		PADES	
Patologia crònica	58,1%	Pacients geriàtrics/crònics	39,2%
Malalts terminals	9,6%	Convalescència	5,2%
Atenció domiciliària transitòria	8,3%	Demències	10,6%
Demències	13,0%	Cures pal·liatives	44,9%
Grups de risc	11,0%	Sida	0,1%

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Consideracions relatives al contracte amb l'atenció primària de salut reformada. Memòria assistencial dels PADES. Any 1999

4.4. Coordinació i continuïtat assistencial

Ja s'ha posat en evidència al document **d'atenció socio sanitària a la gent gran, diagnòstic de necessitats** que:

- A Barcelona ciutat, l'atenció primària de salut deriva tant sols el 15% dels pacients que ingressen a les unitats de llarga estada, enfront del 34% de la resta de Catalunya.
Els recursos hospitalaris són els que actualment estan derivant més ingressos a llarga estada (57% del total de pacients ingressats).
- La destinació a l'alta dels pacients ingressats a la XHUP i als centres socio sanitaris és majoritàriament l'atenció primària de salut.
- S'identifiquen problemes de coordinació, comunicació i coneixement entre els diferents recursos de la xarxa sanitària: hospitals d'aguts, atenció primària i centres i recursos socio sanitaris.
- Encara que existeixin experiències de coordinació entre els serveis sanitaris i socials, el marc relacional actual a la ciutat no permet donar una resposta integrada a les necessitats de la gent gran.

4.5. Conclusions capítol 2

De l'anàlisi de situació es desprenen les següent conclusions:

1. Cada any el 90% de la població adscrita del grup de majors de 64 anys és atesa a l'atenció primària de salut, on fan entre 7 i 8 visites pacient/any.
2. No s'ha generalitzat el procés de valoració geriàtrica a l'atenció primària de salut.
3. Els pacients atesos a domicili han anat augmentant progressivament. L'any 1999 es van atendre un total de 12.291 pacients en atenció domiciliària. Majoritàriament són gent gran amb patologia crònica, demències i malaltia terminal.
4. La cobertura global de l'atenció domiciliària és de 3,5 per 100 habitants > de 64 anys. S'identifiquen diferències importants entre sectors sanitaris estretament relacionades amb el desplegament de la reforma de l'atenció primària (RAP).
5. A diferència de la resta de Catalunya, el 57% dels malalts ingressats a les unitats de llarga estada procedeixen dels hospitals d'aguts i tant sols el 15% de primària
6. Majoritàriament la destinació de l'alta dels pacients ingressats a la XHUP i als centres sociosanitaris és el domicili.
7. S'identifiquen problemes de coordinació i de coneixement entre els diferents recursos de la xarxa sanitària i entre aquesta i la xarxa social.
8. S'ha de millorar la formació dels professionals de l'atenció primària en la utilització d'instruments de valoració integral i sistematitzada del pacient gran, en activitats de prevenció i promoció de la salut en població vulnerable.
9. Hi ha dèficits en l'accés de l'atenció primària als recursos i als professionals consultors especialistes i en la col·laboració entre l'atenció primària de salut i els serveis socials.
10. Els sistemes d'informació actual no ens permeten conèixer de manera completa les característiques i les necessitats de la gent gran atesa a l'atenció primària de salut.

4.6. Bibliografia capítol 2

1. Consorci Sanitari de Barcelona. L'atenció domiciliària a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Anàlisi del període 1993-1997. Document no publicat.
2. Consorci Sanitari de Barcelona. Proposta d'intervenció en atenció domiciliària a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Període 1999-2003. Document no publicat.
3. Consorci Sanitari de Barcelona. Projecte de coordinació entre l'atenció primària de salut i els serveis socials adreçats a l'atenció de la gent gran en l'àmbit de l'àrea bàsica de salut Manso 2A/ Barri de Sant Antoni, del districte de l'Eixample. Indicacions, estratègies i mecanismes de coordinació entre l'atenció primària de salut i els serveis socials. 1998. Document no publicat.
4. Consorci Sanitari de Barcelona. Avaluació dels objectius vinculats al Pla de salut del contracte d'atenció primària, període 1993-1999. Document no publicat.
5. Consorci Sanitari de Barcelona. Requeriment d'informació Programa d'atenció domiciliària. Equips de Suport, període 1993-1999 a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Document no publicat.
6. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc. Activitats preventives per a la gent gran. Barcelona, 1999.
7. Institut Català de la Salut. Subdivisió d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Atenció al vell fràgil. Atenció primària i coordinació de nivells. 2000. Document no publicat.
8. Institut Català de la Salut. Subdivisió d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. DAP Nou Barris. Consulta grup Nominal : atenció a la gent gran dins l'àmbit de l'atenció primària de salut. 2000. Document no publicat.
9. Institut Català de la Salut. Subdivisió d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. DAP Nou Barris. L'atenció a la gent gran en els centres d'atenció primària de l'ICS. 2000. Document no publicat.
10. Gil M, Pasarín M, Guarga A, Villalbí J. Metodología para la priorización de la reforma de la atención primaria en las zonas básicas de salud de Barcelona. Gac. Sanit 1997; 11(supl 2): 34.
11. Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria. Organización y práctica. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1999.
12. Asistencia geriátrica domiciliaria. Monografías de geriatría y gerontología. Geriatría, 2000; 11:1.
13. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d'Estudis de la Salut. L'atenció domiciliària en l'àmbit de l'atenció primària de salut: línies d'avenç. Jornades de treball. Barcelona, 1999.
14. Hernando J, Iturrioz P, Torán P, et al. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Aten Primaria, 1992; 9:3.
15. Bilbao I, Gastaminza AM, García JA, et al. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. Aten Primaria, 1994: 13:4.
16. Segura JM, Bastida N, Martí N i Riba M. Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los 2 años de la implantación de un programa de atención domiciliaria. Aten Primaria 1997; 19:351-356.

5. Capítol 3: La demanda sociosanitària als hospitals d'aguts de la ciutat de Barcelona

5.1. L'atenció especialitzada a l'àmbit hospitalari

Els hospitals que presten assistència sanitària pública a la població que requereix atenció hospitalària aguda formen part de la xarxa d'hospitals d'utilització pública (XHUP).

La XHUP es va crear l'any 1985 amb els objectius fonamentals de:

- Aconseguir una ordenació hospitalària racional
- Homogeneïtzar les prestacions assistencials
- Utilitzar els recursos humans i materials de la manera més òptima possible
- Promoure que tots els beneficiaris de la Seguretat Social rebin un tracte de qualitat independentment del centre on siguin atesos

Els hospitals de la XHUP han anat desenvolupant diversos processos de transformació impulsats principalment pel Pla de reordenació hospitalària i els canvis en la demanda de serveis (envelliment de la població, sida...).

A Barcelona ciutat durant el període 1991-1997 s'ha produït un descens del 20% en l'oferta de llits d'hospitals públics. Aquesta disminució és causa del procés de reorientació i optimització de recursos, de la reducció del temps d'estada hospitalària i de l'impuls d'alternatives a l'hospitalització convencional (cirurgia ambulatoria i hospital de dia).

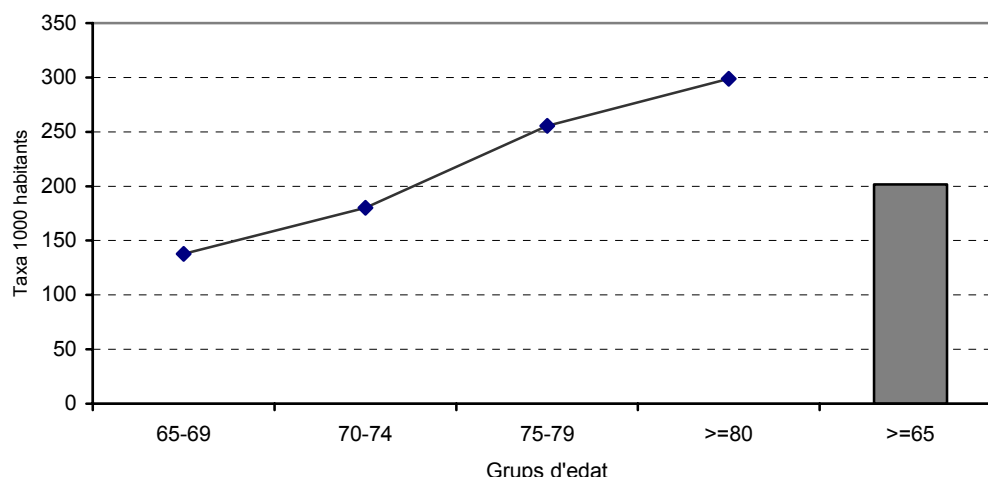
Cal tenir present que els hospitals privats tenen un pes important en l'oferta de llits a la ciutat. Així l'any 1998 hi havia 8.936 llits en 47 hospitals d'aguts. D'aquests 6.117 (68,4%) estaven als 16 centres de la XHUP.

5.2. Descripció de les altes produïdes a la XHUP en gent gran

L'any 1998 el 41,7% del total de les altes produïdes als hospitals de la XHUP de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat, van ser de persones ≥ 65 anys. Aquest percentatge representa un total de 80.076 altes, el 79,3% de les quals són de residents de Barcelona.

La taxa d'altes dels hospitals d'aguts dels residents de Barcelona és de 201,6 per 1000 habitants amb 65 anys o més. El residents de 80 anys i més són els que presenten la taxa d'altes més elevada seguit pel grup d'edat entre 75-79 anys, ambdós grups mostren valors que se situen per sobre de la taxa pel conjunt de gent gran de la ciutat. Figura 1.

Figura 1. Capítol 3 Taxes per 1000 habitants de les altes dels hospitals de la XHUP en residents a Barcelona ciutat segons grups d'edat

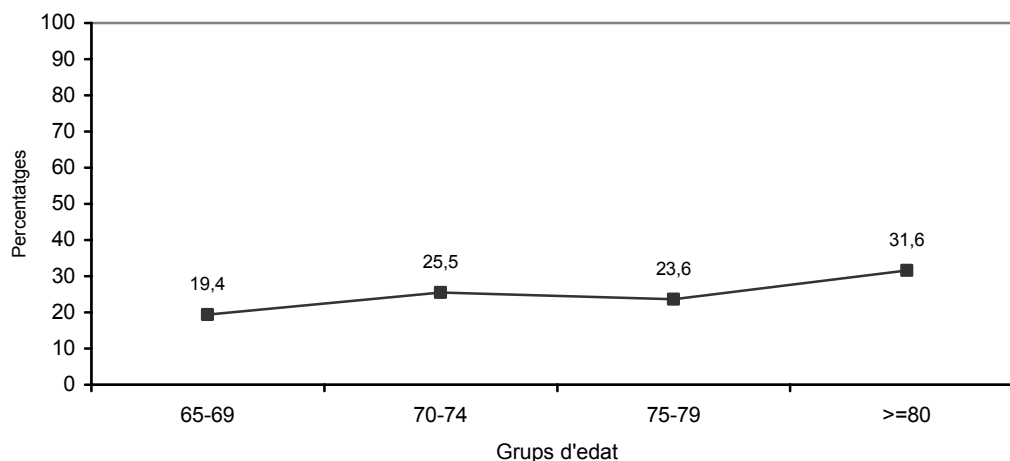


Font: Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària, 1998.

El conjunt de les altes s'han efectuat sobre un total de 61.831 pacients, el que suposa una mitjana d'1,3 reingressos per pacient. La major part dels pacients, el 80,0% (49.473), han tingut un sol ingrés durant l'any, el 20,0% restant (12.358) presenten una mitjana de 2,5 ingressos (en aquest grup de pacients s'han produït un total de 30.603 altes).

L'estada mitjana ha estat de 9 dies i la mediana de 6 dies. El 50% central de les altes té una estada entre 2 i 11 dies. En total la gent gran ha consumit el 47,2% del total d'estades produïdes als hospitals de la XHUP de Barcelona.

El 50,2% de les altes hospitalàries són dones. Pel que fa a la distribució de les altes segons grup d'edat, cal destacar que el 19,5% de les altes són del grup de 65-69 anys, el 25,5% de persones entre 70-74 anys, el 23,6% de persones entre 75-79 anys i el 31,6% restant correspon a les persones de 80 anys i més (figura 2).

Figura 2. Capítol 3 Distribució de les altes dels hospitals de la XHUP de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat, segons grups d'edat. Any 1998


Font: Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària, 1998.

A la taula 1 es presenten els principals grups diagnòstics de les altes produïdes a les XHUP, que expliquen el 83,8% del total. L'ombregjat destaca els tres grups diagnòstics més prevalents.

El primer grup diagnòstic de les altes en gent gran correspon a les malalties de l'aparell circulatori (20,5%), seguit per les del sistema nerviós (13,7%), l'aparell respiratori (13,3%), les neoplàsies (11,4%), l'aparell digestiu (11,1%), les lesions i emmetzinaments (7,0%) i l'aparell genitourinari (6,8%) (taula 1).

Taula 1. Capítol 3 Distribució percentual dels principals grups diagnòstics de les altes en gent gran produïdes als hospitals de la XHUP de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Any 1998

Grans grups diagnòstics	Percentatge d'altes
Malalties de l'aparell circulatori	20,5%
Sistema nerviós i sentits	13,7%
Malalties de l'aparell respiratori	13,3%
Neoplàsies	11,4%
Aparell digestiu	11,1%
Lesions i emmetzinaments	7,0%
Aparell genitourinari	6,8%
Percentatge total	83,3%

Font: Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària, 1998.

De la distribució dels grans grups diagnòstics per grups d'edat destaca que en la població més envellida (>=75 anys) les malalties de l'aparell circulatori, dels sistema nerviós i sentits, de l'aparell respiratori i les lesions presenten una prevalença més alta. En canvi, en el grup de gent gran que té entre 65 i 74 anys destaquen les neoplàsies, les malalties de l'aparell digestiu i les genitourinàries.

A la taula 2 es presenta la relació de les 10 primeres malalties de les altes en la gent gran, l'ombregjat destaca les 5 malalties més prevalents.

Les 10 malalties més freqüents expliquen el 37,8% del total de la distribució de les malalties. L'anàlisi identifica les cataractes (10,4%) la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) (5,5%), la insuficiència cardíaca (4,0%), l'arterosclerosi coronària (3,8%) i la pneumònia (2,8%) com les cinc malalties més prevalents en aquest grup de població.

Taula 2. Capítol 3 Relació de les 10 primeres malalties de les altes en gent gran produïdes als hospitals de la XHUP de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat i percentatge acumulat que representen

Grups de malalties	Percentatge d'altes
Cataractes	10,4%
MPOC	5,5%
Insuficiència cardíaca	4,0%
Arteriosclerosi coronària	3,8%
Pneumònia	2,8%
Hèrnia abdominal	2,7%
Malaltia cerebrovascular	2,5%
Fractura del coll de fèmur	2,3%
Malaltia de les vies biliars	2,1%
Osteoartritis	1,7%
Percentatge total	37,8%

Font: Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària, 1998.

En els grups d'edat més envellits (≥ 75 anys) en comparació amb la resta de la gent gran destaca per la major freqüència que presenten les cataractes, l'MPOC, la insuficiència cardíaca, la fractura de coll de fèmur i la malaltia cerebrovascular. En el grup d'edat de 65 a 74 anys les malalties amb major pes són l'arterosclerosi coronària, la pneumònia, l'hèrnia abdominal, l'osteoartritis i la malaltia de les vies biliars.

- **Altes potencialment susceptibles de ser ateses en llits de rehabilitació o convallescència**

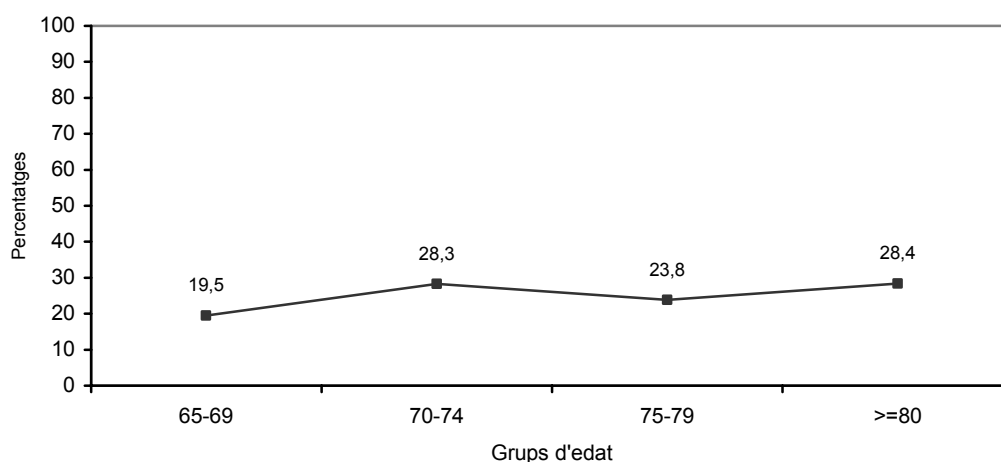
Durant l'any 1998 es van produir 2.955 altes en gent gran amb una estada igual o superior a 30 dies, que representen el 3,7% del total de les altes produïdes en aquest grup de població.

El 77,8% d'aquestes altes eren de residents de Barcelona, i el 52,95% corresponien a homes.

El conjunt d'altes s'ha produït sobre un total de 2.344 pacients, dels quals 1.857 han tingut un sol ingrés i 487 dos o més.

L'estada mitjana d'aquestes altes ha estat de 46 dies, la mediana de 38 dies. La gent gran amb una estada \geq a 30 dies consumeix el 19,7% del total d'estades d'aquest grup de població.

Tal i com mostra la figura 3 el 19,5% de les altes són del grup d'edat de 65-69 anys, el 28,3% de 70-74 anys, el 23,8% de 75-79 i el 28,4% del grup de 80 anys i més.

Figura 3. Capítol 3 Distribució de les altes dels hospitals de la XHUP de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat que presenten una estada ≥ 30 dies segons grups d'edat. Any 1998


Font: Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària, 1998.

A la taula 4 es presenta la relació de les 10 primeres malalties de les altes amb una estada ≥ 30 dies en la gent gran. L'ombrejat destaca les 5 malalties més prevalents.

Les 10 malalties més freqüents en aquest grup d'altes expliquen el 31,1% del total de les malalties. La malaltia més prevalent és la cerebrovascular (6,1%), seguida per les complicacions d'un dispositiu, implant o empelt (4,8%), la fractura de coll de fèmur (3,5%), l'MPOC/bronquitis (3,3%) i la pneumònia (3,1%).

Taula 4. Capítol 3 Relació de les 10 primeres malalties de les altes de ≥ 30 dies en gent gran produïdes als hospitals de la XHUP de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat i percentatge acumulat que representen

Grans grups diagnòstics	Percentatge d'altes
Malaltia cerebrovascular	6,1%
Complicacions d'un dispositiu, implant o empelt	4,8%
Fractura de coll de fèmur	3,5%
MPOC / bronquitis	3,3%
Pneumònia	3,1%
Arteriosclerosi coronària	2,9%
Arteriosclerosi perifèrica i visceral	2,9%
Neoplàsia maligna de colon	2,8%
Cures rehabilitació Aj protes	2,5%
Neoplàsies malignes secundàries	2,1%
Percentatge total	34,0%

Font: Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària, 1998.

5.3. Descripció del flux de pacients als hospitals d'aguts

- **Circumstància d'ingrés i destinació de les altes de la XHUP de la gent gran**

El 51,6% de les altes en gent gran han ingressat a través del servei d'urgències, el 42,7% ha estat un ingrés programat i el 5,7% ha ingressat per cirurgia major ambulatoria (taula 4).

A major edat dels pacients s'incrementa el nombre d'ingressos a través dels serveis d'urgències i disminueix l'ingrés programat, mantenint-se més constant en els diferents grups d'edat l'ingrés per cirurgia major ambulatoria .

Les altes de la XHUP que presenten una estada mitjana igual o superior a 30 dies presenten un comportament peculiar quant a les circumstàncies d'ingrés; hi ha un major pes de les altes que ingressades a través del servei d'urgències (68,0%) tant al total de la gent gran com a cadascun dels grups d'edat analitzats (taula 4).

Taula 4. Capítol 3 Distribució de la circumstància d'ingrés de les altes en gent gran produïdes als hospitals de la XHUP a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat i altes amb una estada superior a 30 dies. Any 1998

Circumstància d'ingrés	Percentatge d'altes	Percentatge d'altes amb estada > 30 dies
Admissió urgent	51,6%	68,0%
Admissió programada	42,7%	32,0%
Cirurgia major ambulatoria	5,7%	0,0%
Hospital de dia	0,0%	0,0%
Total	100%	100%

Font: Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària, 1998.

El 89,7% de les altes en gent gran tenen com destinació el domicili del malalt, aquesta xifra es manté elevada en tots els grups d'edat però amb una petita tendència decreixent en els pacients més envellits, on s'incrementen els ingressos a altres hospitals d'aguts, centres sociosanitaris així com el percentatge de defuncions (taula 5).

A les altes amb una estada igual o superior a 30 dies el domicili del malalt continua sent la principal destinació però amb un percentatge encara que elevat (72%), més baix que en el conjunt d'altes de total la gent gran. En aquest grup d'altes es fa més notable l'increment de les defuncions i la destinació a altres hospitals d'aguts i a centres sociosanitaris a mesura que incrementa l'edat dels pacients (taula 5).

**Taula 5. Capítol 3 Destinació de les altes en la gent gran produïdes per la XHUP a la Regió Sanitària
Barcelona Ciutat i altes amb estada superior a 30 dies. Any 1998**

Destinació de les altes	Percentatge d'altes	Percentatge d'altes amb estada > 30 dies
Domicili	89,7%	72,0%
Altres hospitals d'aguts	2,9%	8,7%
Centres sociosanitaris llarga estada i assistits	0,8%	3,9%
Defunció	5,9%	15,3%
Altres	0,7%	0,1%
Total	100%	100%

Font: Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària, 1998.

5.4. Mesures impulsades als hospitals de la XHUP per millorar l'atenció a les necessitats socio sanitàries

Entre les mesures impulsades als hospitals d'aguts per millorar l'atenció a la gent gran cal destacar la creació de les unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries (UFISS) i la implementació de programes de preparació de les altes.

- **Unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries (UFISS)**

Les UFISS formen part de la xarxa de recursos socio sanitaris impulsats pel Programa vida als anys (PVAA) del Servei Català de la Salut, per millorar l'atenció a les necessitats socio sanitaris dins l'àmbit dels hospitals d'aguts. Són equips interdisciplinaris que dirigeixen la seva tasca a l'atenció dels casos complexos en el camp de la geriatría o cures paliatives, al suport i la consulta dels professionals de l'hospital i a la connexió amb els recursos i professionals externs al centre.

A la ciutat de Barcelona hi ha quatre UFISS geriàtriques en quatre hospitals de tercer nivell. Aquests equips s'hi han constituït com a impulsors de la valoració i de l'atenció geriàtrica multidisciplinària i com a dispositius de coordinació dels recursos que els pacients necessiten després de l'alta.

Els serveis hospitalaris on intervenen amb més freqüència són els de medicina interna, cirurgia, traumatologia, vascular i neurologia. No obstant això, entre les UFISS hi ha diferències en el grau de penetració de les activitats que hi desenvolupen, predominant les actuacions a demanda dels diferents serveis. Aquest funcionament pot comportar el risc que pacients amb necessitats d'atenció socio sanitària no siguin detectats de manera precoç.

- **Protocol de preparació de l'alta hospitalària**

Aquesta línia d'intervenció s'ha inclòs com un objectiu vinculat a la part variable en pràcticament tots els hospitals de la XHUP. És un objectiu dels plans de salut de Catalunya i de Barcelona i té com a finalitat millorar la continuïtat assistencial entre l'àmbit hospitalari i els diferents nivells d'atenció, principalment amb l'atenció primària de salut.

El protocol de preparació de l'alta hospitalària està implantat en pocs hospitals, es troba en un estat incipient i és molt heterogeni quant a la població diana i als mecanismes de coordinació establerts amb l'atenció primària i els centres socio sanitaris.

No obstant això, de manera general, amb aquest protocol es pretén millorar el seguiment i la continuïtat dels tractaments, de les cures a domicili, de l'atenció a pacients en situació terminal, quan es produeix l'alta des d'un hospital d'aguts. Els mecanismes que s'han desplegat per a tal finalitat són entre d'altres:

- l'elaboració de l'informe d'alta amb integració de l'alta d'infermeria i social,
- el contacte telefònic previ a l'alta dels pacients de risc i
- la potenciació de la figura de la infermera d'enllaç amb l'atenció primària de salut.

5.5. Conclusions capítol 3

1. L'any 1998 el 41,7% del total de les altes dels hospitals de la XHUP van ser de gent gran.
2. La taxa d'altes és de 201,6 x 100 residents >64 anys. Els valors de la taxa d'alta s'incrementen a mesura que la població és més envellida.
3. La gent gran consumeix el 47,16% del total d'estades produïdes als hospitals de la XHUP de Barcelona i presenten una mitjana d'1,3 ingressos.
4. El perfil de la gent gran ingressada als hospitals d'aguts es caracteritza perquè un 65,2% de població és sobreenvellida i un 50,2% són dones, els grups diagnòstics principals són: les malalties de l'aparell circulatori, del sistema nerviós i sentits i de l'aparell respiratori.
5. En el grup de edat major de 74 anys destaquen les següents malalties més freqüents: les cataractes, l'MPOC, la insuficiència cardíaca, la fractura de coll de fèmur i la malaltia cerebrovascular. En el grup d'edat de 65 a 74 anys les malalties que tenen més pes són: l'arterosclerosi coronària, la pneumònia, l'hèrnia abdominal, l'artroartritis i la malaltia de les vies biliars.
6. El 3,7% del total de les altes de la gent gran tenen una estada igual o superior a 30 dies; per tant, són altes susceptibles de ser ateses en llits de rehabilitació o convalsència.
7. El conjunt de les altes amb una estada \geq 30 dies s'han produït sobre un total de 2.344 pacients, dels quals 487 van tenir 2 ingressos o més.
8. Les malalties més prevalents de les altes amb una estada \geq a 30 dies són: la malaltia cerebrovascular, les complicacions de dispositius, implant o empelt, la fractura de coll de fèmur, l'MPOC/bronquitis i la pneumònia.
9. El 51,6% del total d'altes en gent gran i el 68,0% de les altes de 30 dies o més han estat ingressades a través dels serveis d'urgències hospitalaris.
10. El 89% de les altes en gent gran tenen com a destinació el domicili del malalt.
11. En el grup d'altes amb estada \geq 30 dies és més freqüent la defunció i la destinació a altres hospitals d'aguts i centres sociosanitaris en comparació al total d'altes de la gent gran
12. Les UFISS s'identifiquen com a equips impulsors dins l'àmbit hospitalari de la valoració i de l'atenció geriàtrica multidisciplinària i de la coordinació dels recursos que els pacients necessiten després de l'alta.
13. Actualment les UFISS actuen principalment a demanda d'altres serveis, amb el risc que pacients amb necessitats d'atenció sociosanitària no siguin detectats precoçment.
14. Els sistemes d'informació dels hospitals d'aguts actualment no permeten identificar perfils de necessitats sociosanitàries en gent gran. A més, no incorporen aspectes clau de la valoració geriàtrica com són la valoració del grau de dependència, de la capacitat cognitiva o de l'entorn familiar.
15. El protocol de preparació de l'alta hospitalària està implantat en pocs hospitals, es troba en un estat incipient i és molt heterogeni quant a la població diana i mecanismes de coordinació establerts amb l'atenció primària i els centres sociosanitaris.

5.6. Bibliografia capítol 3

1. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH). Explotació anual. Barcelona, 1998
2. Consorci Sanitari de Barcelona. Consideracions relatives als contractes de la XHUP. Barcelona, 1999.
3. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Direcció mèdica. Avantprojecte per la creació d'un unitat geriàtrica d'aguts. Barcelona, 1998. (Document no publicat)
4. Varela J, Castell X, Riu M, et al. El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital. Gac Sanit 2000; 14(3):203-209.
5. Morice V, Nguyen DT, Lorente C, et al. Descriptive epidemiological survey on a given day in all palliative care patients hospitalized in a French university hospital. Palliative Med, 1999;13:105-117
6. Palmer RM, Counsell S, Landefeld CS. Clinical intervention trials. The ACE Unit. Clin J Med, 1998;14(4):831-849.
7. Covinsky KE, Palmer RM, Kresevic DM, et al. Improving functional outcomes in older patients: Lessons from an Acute Care for Elders Unit. Journal on Quality Improvement, 1998, 24(2):63-76.
8. Rubenstein LZ, Wieland GD, Josephson KR, et al. Improved survival for frail elderly inpatients on a geriatric evaluation unit (GEU): Who benefits?. J Clin Epidemiol, 1998; 41(5):441-449.
9. Lledó R, Martín E, Jiménez C, Roca R, Gil A et. al. Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social and health care services. European Journal of Epid, 1997;13:903-907.
10. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD et. al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet, 1993; 342:1032-1036.
11. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet, 1993;342:1032-1036.
12. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, et al. Impacts of Geriatric Evaluation and Management Programs on Defined Outcomes: Overview of the Evidence. JAGS, 1991; 39:8S-16S.
13. Winograd CH, Gerety MB, Brown B, et al. Targeting the Hospitalized Elderly for Geriatric Consultation. JAGS, 1988;36:1113-1119.
14. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A Randomized Clinical Trial. The New England Journal of Medicine, 1984;311(26):1664-1670.