

**ATENCIÓ A L'ENVELLIMENT
EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT
DE MALLORCA**

Atenció a l'envelliment en l'atenció primària de salut de Mallorca

Jerònia Miralles Xamena
Clara Vidal Thomàs

Resum

La proporció de persones grans va augmentant de manera constant a Europa. L'envelliment de la població, però especialment el sobreenvelliment, porta inherent un augment dels problemes de salut crònics, els quals, en molts de casos, desemboquen en una situació de dependència i incapacitat, i requereixen una gran necessitat de recursos sanitaris i socials. A les Illes Balears, l'any 2010, l'índex d'envelliment era d'un 13,7% (proporció de persones que tenen 65 anys o més) i el de sobreenvelliment era d'un 6,54% (proporció de persones que tenen 75 anys o més).

Un dels recursos més utilitzats per aquest grup de població és l'atenció primària. De totes les consultes dispensades als centres de salut, un 28% de les ateses a través d'atenció primària corresponen al grup de seixanta-cinc anys o de més edat, amb una freqüentació d'una vintena de visites l'any.

L'oferta de serveis de l'atenció primària a aquest grup d'edat és molt variada i comprèn des d'atenció a patologies agudes, cròniques, atenció urgent, atenció domiciliària, educació per a la salut, oferta de proves complementàries, aplicació de tècniques, programes de deshabitació, etc., fins a programes més específics per a grups de població concrets.

L'atenció primària de salut de Mallorca ofereix programes específics per a la gent gran com són: el programa d'atenció a l'ancià, programa d'atenció domiciliària, programa d'educació per a la salut als cuidadors, i altres programes de suport (com l'Equip de Suport d'Atenció Domiciliària, la infermera gestora de casos, etc.).

Resumen

La proporción de personas mayores va aumentando de manera constante en Europa. El envejecimiento de la población, pero especialmente el sobreenvjecimiento, lleva inherente un aumento de los problemas de salud crónicos, los cuales, en muchos casos, llevan hacia una situación de dependencia e incapacidad, y requieren una gran cantidad de recursos sanitarios y sociales. En las Islas Baleares, el año 2010, el índice de envejecimiento era de un 13.7% (proporción de personas que tienen 75 años o más) y el de sobreenvjecimiento era de un 6,54% (proporción de personas que tienen 75 años o más).

Uno de los recursos más utilizados por este grupo de población es la atención primaria. De todas las consultas dispensadas en los centros de salud, un 28% de las atendidas a través de atención primaria corresponden al grupo de sesenta y cinco años o más de edad, con una frecuencia de veinte visitas al año.

La oferta de servicios de atención primaria en este grupo de edad es muy variada y comprende desde la atención a patologías agudas, crónicas, atención urgente, atención domiciliaria, educación para la salud, oferta de pruebas complementarias, aplicación de técnicas, programas de deshabitación, etc., hasta programas más específicos para grupos de población concretos.

La atención primaria de salud de Mallorca ofrece programas específicos para las personas mayores como son: el programa de atención para el anciano, programa de atención domiciliaria, programa de educación para la salud, y otros programas de soporte (como el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria, la enfermera gestora de casos, etc.).

1. Introducció

Les persones grans conformen una proporció important del nombre de pacients atesos als centres de salut d'atenció primària, que augmenta a mesura que l'esperança de vida és més llarga, la població envellaix i les malalties cròniques són més prevalents.

L'esperança de vida ha augmentat considerablement a Europa les darreres dècades. A Espanya, el 2009, era de 78,5 anys per als homes i de 84,5 anys per a les dones. La proporció de persones grans al si de la població general ha augmentat de manera constant a molts de països europeus i està previst que augmenti encara més els pròxims anys: a Europa, el nombre d'habitants de més de seixanta-cinc anys passarà d'un 17% l'any 2008 a un 30% el 2060, i d'un 4,4% a un 12,1% els de més de vuitanta anys en el mateix període.

A les Illes Balears, segons dades de l'INE, la població de l'any 2010 era de 1.095.426 habitants, un 13,7% dels quals tenien més de seixanta-cinc anys i un 6,54% en tenia més de setanta-cinc.

L'envelliment de la població, però especialment el sobreenvelliment, porta inherent un augment dels problemes de salut crònics, els quals, en molts de casos, desemboquen en una situació de dependència i incapacitat, i requereixen una gran necessitat de recursos sanitaris i socials.

Un dels recursos més utilitzats per aquest grup de població és l'atenció primària. L'atenció primària és el nivell bàsic i inicial d'atenció, que garanteix la globalitat de l'atenció al llarg de tota la vida del pacient i la continuïtat, dels cuidats, i que actua com a gestor i coordinador de casos i regulador de fluxos. Comprèn activitats de promoció de la salut, educació per a la salut, prevenció de la malaltia, assistència sanitària, manteniment i recuperació de la salut, així com la rehabilitació física i el treball social.

L'atenció primària a les Illes Balears compta amb quaranta-cinc centres de salut a Mallorca, cinc a Menorca i sis a Eivissa i Formentera. Donen cobertura a tota la població, bàsicament amb consultes de medicina i d'infermeria, tant les programades com les urgents, al centre de salut i al domicili del pacient. De totes les consultes dispensades, un 28% de les ateses a través d'atenció primària corresponen al grup de més edat o de seixanta-cinc anys, amb una freqüentació d'una vintena de visites a l'any.

L'oferta de serveis de l'atenció primària a aquest grup d'edat és molt variada i comprèn des d'atenció a patologies agudes, cròniques, atenció urgent, atenció domiciliària, educació per a la salut, oferta de proves complementàries, aplicació de tècniques, programes de deshabitació, etc., fins a programes més específics per grups de població concrets.

A continuació, ens centrarem a explicar els programes específics que oferim per a la gent gran, així com els indicadors respectius més rellevants.

És important destacar que totes les dades que presentarem en aquest capítol han estat extretes pel Sistema d'Informació Sanitària de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.

2. Activitats relacionades amb l'atenció a l'envelliment en l'atenció primària de Mallorca

2.1. Programa d'atenció a l'ancià

Aquest programa va ser instaurat als centres de salut de Mallorca l'any 2000. La implantació d'un programa específic d'atenció a l'ancià en l'àmbit de l'atenció primària és un dels instruments necessaris i més eficients que poden contribuir en bona mesura a satisfer les necessitats de salut de les persones de setanta-cinc o més anys d'edat, utilitzant els recursos existents de manera racional.

L'atenció a l'ancià ha de ser integral i des del prisma biopsicosocial. Ha de fer especial incidència en la bona coordinació entre l'atenció primària, l'especialitzada i els serveis socials per poder arribar amb més facilitat a tots els recursos existents.

2.1.1. Població diana

Està constituïda per totes les persones de setanta-cinc anys o més que viuen a Mallorca. Segons les dades de la TSI, la població a Mallorca l'any 2010 era de 816.355 habitants, un 14,58% de seixanta-cinc o més anys i 7,54%, de setanta-cinc o més anys d'edat.

A la taula següent podem observar les distribucions per sexe i els índexs d'envelliment i de sobreenvelliment. El percentatge de dones sempre és superior al d'homes.

	Població total	≥65 anys	Índex d'envelliment
Homes	402.586	50.901	12,44%
Dones	413.769	68.185	16,47%
Total	816.355	119.086	14,58%

	Població total	≥75 anys	Índex de sobreenvelliment
Homes	402.586	23.694	5,88%
Dones	413.769	37.917	9,16%
Total	816.355	119.086	7,54%

2.1.2. Objectius del Programa d'atenció a l'ancià

L'objectiu general del programa és millorar l'estat de salut i la qualitat de vida de les persones de setanta-cinc o més anys.

Els objectius específics son:

- Augmentar la captació en el programa d'ancians de risc
- Augmentar la proporció d'ancians amb estils de vida saludables
- Reduir les situacions que augmenten el risc de malaltia, les complicacions i les seqüeles de les malalties agudes i cròniques de l'ancià
- Disminuir la incidència d'accidents i de caigudes d'ancians
- Reduir la incidència de malalties vacunables (fonamentalment, tètanus i grip)
- Disminuir la proporció d'ancians amb incapacitat funcional, mental o social secundària que deriven en malalties cròniques
- Disminuir la proporció d'hospitalitzacions d'ancians i de reingressos innecessaris
- Reduir els efectes iatrogènics derivats de l'ús inadequat de medicaments en ancians i de la prescripció incorrecta
- Augmentar la proporció d'ancians que reben atenció continuada en els centres d'atenció primària, així com el nombre de cuidadors informals
- Reduir les claudicacions del cuidador
- Contribuir a disminuir el nombre d'ancians institucionalitzats (si no és necessari)

2.1.3. Activitats del Programa d'atenció a l'ancià

2.1.3.1. Captació del Programa d'atenció a l'ancià

La captació és la primera activitat bàsica del programa. La pot dur a terme qualsevol membre de l'equip del centre de salut, ja sigui el metge, la infermera o el treballador social.

La captació consisteix a identificar les persones de setanta-cinc o més anys i classificar-les seguint el qüestionari de Barber, amb ancià de risc o no. El qüestionari de Barber el començaren a emprar a Anglaterra a principi de la dècada dels vuitanta per detectar els ancians amb risc de dependència. És el qüestionari més emprat a Espanya per seleccionar els ancians amb risc en general. Ha estat difós àmpliament en l'atenció primària per incloure'l en la majoria de contractes de gestió dels equips a moltes comunitats autònomes. Aplicar el Barber permet establir activitats assistencials sistematitzades adreçades a la gent gran. En el cas de persones que n'obtinguin un resultat positiu, els fan un abordatge multidimensional i multidisciplinari.

Actualment, hom en discuteix el valor a l'hora de destriar els ancians fràgils, ja que han sorgit propostes que podrien ser considerades més endavant.

El percentatge de cribratge per a les persones de setanta-cinc o més anys ha augmentat els darrers anys; així, ha passat del 29,22% al 42% en quatre anys (gràfic 1).

Gràfic 1 | *Percentatge d'ancians amb un test de Barber aplicat els dos darrers anys*



Ens trobam amb un nombre elevat d'ancians de risc. Del total de tests aplicats a les persones de setanta-cinc o més anys, el 66,49% són ancians de risc (vegeu el gràfic 2).

Gràfic 2 | *Classificació de l'ancià segons el resultat obtingut al test Barber. De risc, si el test Barber > 0 = a 1. Sense risc, si el test Barber > 0 a 1. Illes Balears, any 2010*



La importància de la classificació determina en certa manera el tipus d'activitat de seguiment que farem amb l'ancià i la seva família, especialment amb el cuidador.

2.1.3.2. Valoració del Programa d'atenció a l'ancià

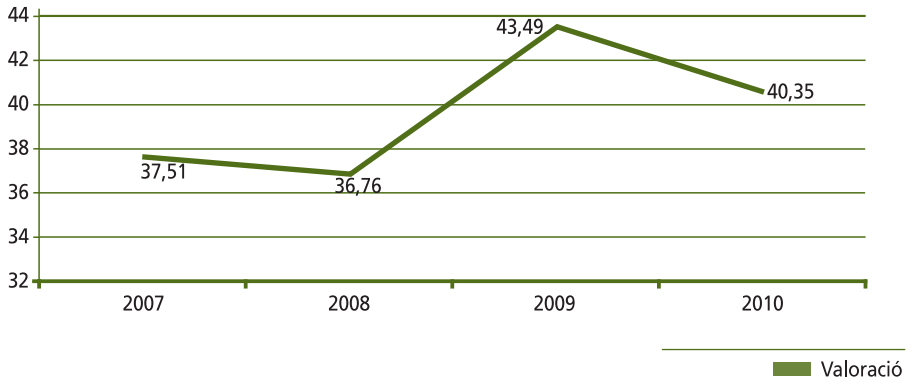
L'objectiu principal de la valoració integral és poder dissenyar el Pla d'actuació del pacient, és a dir, identificar-hi aquells problemes susceptibles de ser atesos pels serveis sanitaris i socials disponibles, en els quals és inclòs el pla específic de cada un dels professionals que l'atenen: metge, infermera i treballador social, així com la coordinació amb els Serveis Socials, altres recursos comunitaris i altres nivells assistencials.

Inclou la valoració clínica, funcional, mental, social i la càrrega de la persona cuidadora principal. Encara que l'atenció a l'ancià la duen a terme tots els professionals del centre, la infermera és la proveïdora principal dels cuidats.

La infermera valora el nivell de dependència de l'ancià, especialment dels ancians de risc, per poder fer una intervenció precoç i avalua la capacitat que té el pacient per fer les activitats bàsiques de la vida diària. La seva mesura és important, ja que són el detector principal de resultats importants: mortalitat, utilització de serveis sanitaris i institucionalització, incidència de malalties agudes, caigudes i lesions, i deteriorament de la capacitat funcional. La majoria dels instruments de les activitats de la vida diària inclouen ítems d'activitats d'autocures i de mobilitat. El que actualment utilitzam amb el programa d'atenció a l'ancià és l'índex de Barthel (IB). A la versió de Baztán et al., està constituït per deu ítems que avaluen la capacitat per menjar, moure's de la cadira al llit i tornar, fer la higiene personal, anar al vàter, rentar-se, desplaçar-se, pujar les escales i baixar-les, vestir-se, control intestinal i urinari. La puntuació oscil·la de 0 (totalment dependent) a 100 (completament independent). L'IB està associat a la mortalitat, institucionalització, utilització de serveis socio-sanitaris, als resultats funcionals, als indicadors de millora funcional i a les caigudes.

El 2010 el nombre d'ancians de risc amb un registre d'índex de Barthel i almenys un registre de l'escala de Lawton i Brody és de 40,35%. Encara que el darrer any ha disminuït lleugerament, tendeix a augmentar. Vegeu el gràfic següent:

Gràfic 3 | *Percentatge d'ancians de risc amb al menys un registre d'índex de Barthel i un altre de l'escala de Lawton i Brody*



L'índex de Barthel és suficient per detectar si hi ha problemes a l'hora de fer les AVD; a més, és el que ha estat emprat per la majoria de registres, ja siguin socio-sanitaris o hospitalaris.

Gràfic 4 | *Percentatge d'ancians de risc, segons el resultat de l'índex de Barthel*



Paral·lelament, l'escala de Lawton i Brody aporta informació complementària, ja que informa de la capacitat de la persona per fer activitats instrumentals de la vida diària. Al gràfic següent veiem els resultats de l'índex de Lawton i Brody dels ancians de risc.

Gràfic 5 | *Percentatge d'ancians de risc, segons el resultat de l'índex de Lawton i Brody*

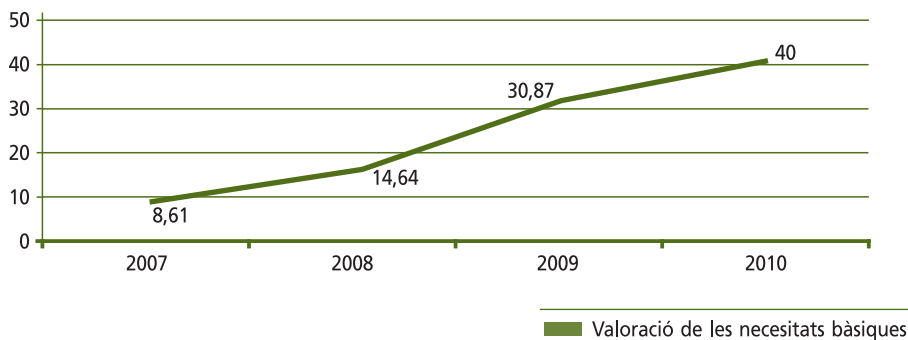


La infermera fa la valoració per necessitats bàsiques seguint el model de Virginia Henderson. Hem de tenir en compte que inclou la valoració funcional i aspectes de valoració mental i social.

Les necessitats que han de ser valorades són: respirar, menjar i beure, eliminar, moure's, dormir i descansar, vestir-se i desvestir-se, mantenir la temperatura, higiene, evitar perills, comunicar-se, valors i creences, realització, activitats recreatives i aprendre.

A l'atenció primària, consideram que és una bona praxis valorar les necessitats bàsiques dels ancians de risc per poder aplicar-los una intervenció ben dirigida. És per això que els ancians de risc han de tenir un registre de la valoració de les necessitats bàsiques durant el darrer any. El percentatge de l'any 2010 és d'un 40%, molt superior al de l'any 2007 (8,61%) (gràfic 6).

Gràfic 6 | *Percentatge d'ancians de risc amb registre d'alteració positiu o negatiu de les necessitats bàsiques establertes*



Des les dotze necessitats bàsiques, consideram prioritària la valoració de cinc, l'any 2010. El resultat, de més a menys, de les més alterades en els ancians de risc és el següent: necessitat d'alimentació, d'eliminació, de moure's, d'higiene i d'evitar perills.

2.1.3.3. Pla d'actuació del programa d'atenció a l'ancià

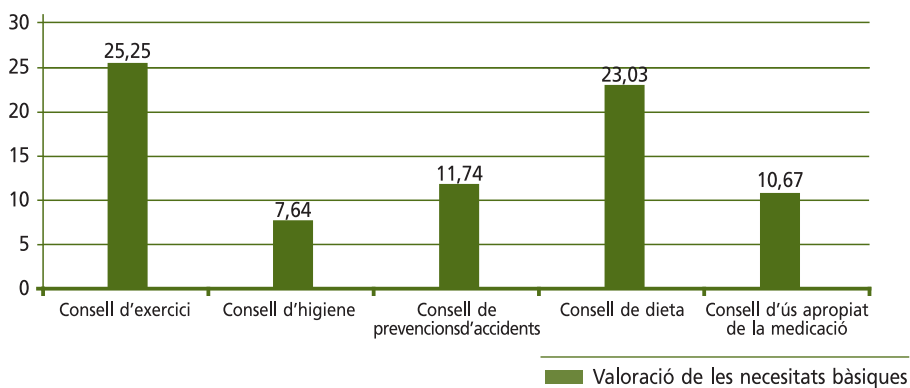
Després de la valoració, diagnosticam els problemes de salut, tant des del punt de vista clínic, com funcional, mental i social, i planificam un pla d'actuació.

De tots els ancians de risc que hem valorat, un 13,8% presenta alguna suplència, és a dir, necessita ajuda per fer alguna de les activitats de la vida diària.

El conjunt de necessitats i problemes identificats en la valoració d'infermeria conformen la base del pla de cures.

Encara que el pla de cures inclòs en la història clínica informatitzada és molt recent i com que no en podem extreure resultats que ens informin sobre el conjunt dels ancians, sí que podem analitzar els consells que els han donat.

Gràfic 7 | *Percentatge dels consells de salut donats als ancians de risc*



2.2. Programa d'atenció domiciliària

Tots els centres de salut d'atenció primària inclouen l'atenció domiciliària en la cartera de serveis, tant la urgent com la programada.

L'atenció domiciliària programada s'oferta a totes les persones que requereixen atenció sanitària per millorar la qualitat de vida i que no es poden desplaçar per si mateixes al centre de salut. En concret:

- Persones grans fràgils, amb nivells de dependència diversos (vulnerables, amb pluripatologia, patologia crònica avançada, persones que viuen soles, estat cognitiu deteriorat, etc.)
- Persones que, per les seves característiques físiques, de l'entorn i, en general, per la seva situació sociosanitària, requereixen suport a domicili (aïllament social, edat avançada, dèficit d'autonomia, barreres arquitectòniques o altres mancances)
- Persones que necessiten més d'un mes d'atenció després d'haver rebut l'alta hospitalària, a conseqüència de traumatismes, cirurgia, grau de dependència moderat, tractaments o teràpia de rehabilitació
- Persones en situació terminal que necessiten cures pal·liatives
- Infants i adolescents amb qualque discapacitat que els dificulti el desplaçament
- Cuidadors principals de les persones descrites anteriorment

En l'àmbit domiciliari, són molt importants els equips d'atenció primària, ja que, per la situació, la formació i les característiques que tenen, es converteixen en elements clau de l'atenció i en el vertader eix dels serveis que han de ser prestats. La longitudinalitat en l'atenció, la continuïtat en les cures i l'esment en l'esfera biopsicosocial que va implícita en l'atenció primària de salut esdevenen elements imprescindibles per garantir una atenció de qualitat.

Els equips d'atenció primària desenvolupen la seva tasca aplicant criteris d'atenció integral. Són el nucli d'informació privilegiat i han de ser l'element clau de la coordinació dels recursos i de coordinació amb els diversos recursos dels serveis socials.

L'atenció primària és el servei sanitari més pròxim a la població i és el que assumeix l'atenció de les persones tota la vida. En l'atenció primària, és on cal desenvolupar el màxim d'estratègies per promoure l'autonomia i atendre les persones que l'han perduda. Els serveis sanitaris d'atenció primària coneixen els seus usuaris; a més, poden ajudar a prevenir situacions que podrien arribar a ser complexes i que comporten un grau de patiment elevat per a les persones i els seus cuidadors. Si volem millorar la qualitat de vida i l'atenció d'aquest col·lectiu, la manera d'arribar a més persones i de tenir-hi més impacte és millorar l'atenció que reben dels serveis d'atenció primària, tant als centres de salut com a ca seva.

En l'atenció primària, cal fomentar dues vies d'atenció: una visió de promoció i prevenció de problemes a les poblacions més vulnerables (persones grans mitjançant el programa d'atenció a l'ancià) i un altre vessant dedicat a atendre les persones que ja tenen problemes i que viuen en situació de dependència, fent esment sobretot al programa d'atenció domiciliària i al protocol d'educació a cuidadors. És important incloure la persona cuidadora com una part més del procés d'atenció a domicili (formació dels cuidadors, tant individual com grupal).

Tots els països europeus tenen unes característiques (demogràfiques, socials, tecnològiques, epidemiològiques i polítiques) comunes que influeixen tant en l'oferta de l'**atenció domiciliària** com en la demanda:

- Desintegració del grup familiar tradicional
- Més mobilitat a tot Europa (joves més enfora de la família)
- Disminució de les taxes de fecunditat (menys població jove)
- Augment del nombre de dones en el mercat laboral; això no és cap problema en si mateix, però sí que hi torna des del moment que assumeixen la responsabilitat de tenir cura del familiar en detriment dels homes
- Polítiques per retardar la jubilació
- més consciència que l'atenció i el tractament poden ser rebuts al domicili, si augmenten els serveis, en lloc de rebre'ls en institucions
- Innovacions tecnològiques que poden complementar les atencions al domicili i millorar-les
- Augment de les expectatives dels ciutadans i de fer-se sentir
- Diversitat multicultural
- Preocupació per l'augment de la despesa pública associada a l'envelliment de la població (pensions i augment de la despesa mèdica)

Tots aquests factors augmenten la probabilitat que avui en dia i les generacions futures que necessitaran atenció addicional al domicili no l'hagin de rebre dels familiars. Aquest aspecte representa una gran responsabilitat política, ja que haurà de potenciar una dotació adequada de recursos al domicili que ajudi la família.

Els serveis sanitaris i socials han d'estar adaptats a la cronicitat, a l'envelliment i a la dependència d'una part significativa de la població, la qual cosa requereix determinar millores en l'organització i en les pràctiques professionals.

Per tant, l'atenció domiciliària és considerada una solució no solament per beneficiar la salut, sinó també per disminuir la despesa pública, i perquè ha quedat demostrat que l'atenció domiciliària és més eficaç i eficient que la institucional.

L'atenció domiciliària és una modalitat assistencial adreçada a aquelles persones que, per la seva situació de salut o per problemes socio-sanitaris, requereixen cures al domicili, temporalment o permanentment. Els destinataris són persones que no poden acudir al centre de salut, que tenen dificultats per desplaçar-se i no poden acudir-hi per si mateixos.

A tot Europa, l'atenció domiciliària té una varietat de proveïdors que inclou una combinació de personal professional i no professional, tenint en compte infermeres, terapeutes, auxiliars d'atenció domiciliària, treballadors socials, metges, dietistes, mestresses de casa, voluntaris i altres, i, per tant, una àmplia varietat de serveis.

Si bé és veritat que hem de millorar les xifres de cobertura, en general, els darrers anys l'atenció domiciliària ha millorat. Destacam les novetats següents:

- Estandardització de la pràctica. Tendència general a aplicar escales de valoració validades i protocols o guies. Ha estat instaurada la gestió per processos (mapa de processos d'atenció domiciliària).
- Diferent enfocament de l'atenció. Ara ja no està orientat exclusivament a la malaltia, sinó que de cada vegada se centra més en els problemes que generen dependència i en la capacitat d'autocura del pacient i de la família.
- Increment del nivell tecnològic dels serveis. Hi ha tecnologies que estaven reservades a l'hospital i que ara són transferides al domicili: ventiloteràpia, nutrició parenteral, etc.
- Desenvolupament d'estructures complementàries per a l'atenció domiciliària (ESAD).
- Sistemes de gestió orientats a garantir la continuïtat assistencial (millora de la coordinació entre els nivells).
- Inclusió de l'atenció domiciliària com a indicador prioritari en la cartera de serveis.
- Incorporació de la figura de la infermera d'enllaç com a element de coordinació per millorar la cobertura de l'atenció domiciliària i la qualitat.

Per poder fer les activitats del Programa d'atenció domiciliària amb qualitat és imprescindible treballar en equip. Les activitats del programa han d'estar adreçades a assolir els objectius específics establerts per a cada pacient i el seu cuidador, i incloure activitats de prevenció i promoció de la salut, assistencials i rehabilitadores.

A Mallorca, hem passat d'una cobertura d'atenció domiciliària d'un 2% de persones de més de seixanta-cinc anys el 2007 a un 5,8% el 2010. La prevalença esperada en atenció domiciliària a les Balears és d'un 14% per a les persones de seixanta-cinc o més anys i d'un 6,5% per a les de setanta-cinc o més anys.

A la taula següent mostrem els domicilis on han treballat tots els professionals durant l'any 2010 i on viuen persones grans o de seixanta-cinc anys.

Total visites a domicilis ≥ 65a.	Visites domiciliars urgents ≥ 65a.	Visites domiciliars concertades ≥ 65a.	Total de visites domiciliars	Població gran de 65 a. o major
132.484	8.045	143.538	176.542	119.086

En l'atenció domiciliària hem de tenir en compte, però, uns quants actors: l'equip de salut d'atenció primària, els Serveis Socials i d'Atenció a la Dependència i la persona cuidadora. Per això, el Programa d'atenció domiciliària defineix els objectius per a la persona cuidada i també per a la/les persona/es cuidadora/es.

2.3. Atenció a la persona cuidadora

Una part molt important de l'atenció a les persones en situació de dependència no és duita a terme pel sistema formal, pels serveis socials i sanitaris, sinó que és assumit per les persones amb vincles afectius o familiars, les quals denomina persones cuidadores. Habitualment, hi ha una persona que duu el pes de la coordinació de les cures, la qual és denominada cuidadora principal. Aquesta o aquestes persones assumeixen la part més important de les cures i resolen la majoria de les situacions; per tant, els hem de facilitar la seva tasca tant com sigui possible. Hom ha de fer intervencions perquè la persona en situació de dependència pugui estar a ca seva o en l'entorn habitual, i cal ajudar la persona cuidadora a fer la seva tasca, per exemple, evitant-li molèsties innecessàries i millorant l'eficiència de les intervencions del sistema formal (social i sanitari), coordinant les actuacions de totes les persones i entitats que d'una manera o una altra participen en l'atenció a la persona en situació de dependència.

Històricament, la persona cuidadora ha proporcionat la major part de l'atenció i continua sent el proveïdor principal d'atencions a la llar.

Alhora, i a causa sobretot dels canvis que experimenten les estructures familiars i dels canvis socials, han començat a sorgir treballadors a domicili més o menys qualificats per tenir cura de les persones en situació de dependència. Els darrers anys, les persones immigrades, fonamentalment les dones, han exercit aquesta tasca de tenir cura de la persona gran des de la llar i han suplert, i/o de vegades complementat, la feina que fan les persones que hi tenen un vincle afectiu o familiar. Actualment, els governs implementen programes de formació acreditada per garantir que les persones que cuiden ho facin d'una manera adient i amb qualitat.

La Llei 39/2006 defineix el concepte d'atencions o cures no professionals com l'atenció prestada a persones en situació de dependència al seu domicili, per persones de la família o del seu entorn, no vinculades a un servei d'atenció professionalitzada. Aquesta llei, a més, preveu la formació bàsica i permanent de professionals i cuidadors, i estableix que els poders públics han de promoure els programes i les accions formatives.

La Gerència d'Atenció Primària de Mallorca ja fa anys que va detectar que era necessari formar les persones cuidadores i fer-ho no solament de manera individual en l'atenció a domicili, sinó també en grup, pels beneficis que aporta el fet de compartir experiències, aprendre a partir del que hom fa i sap, i de reforçar la tasca de les persones cuidadores que no han estat reconegudes socialment fins fa molt poc (Llei 39/2006), per la tasca important que fan quan tenen cura de les persones en situació de dependència en el seu entorn sociofamiliar.

Les primeres experiències varen ser puntuals en alguns centres de salut i l'any 2005 aquesta feina quedà recollida en el *Protocol d'educació grupal per a les cuidadores*. A partir d'aquest document marc per als professionals dels centres de salut, han estat organitzats tallers de manera puntual.

El gener de 2010, el Servei de Salut de les Illes Balears va emprendre una línia de col·laboració per formar persones cuidadores no professionals de persones dependents amb la Direcció General de Dependència (DGD). Com a resultat, el 14 de gener de 2011 la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i la Conselleria de Salut i Consum signaren un acord de col·laboració per implementar actuacions formatives i informatives per a cuidadors no professionals. Seguiren la resolució de la Consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració, de dia 10 de juny de 2010, en què queden fixats els criteris d'acreditació en matèria de formació i informació de persones cuidadores no professionals.

Els objectius d'aquesta col·laboració va ser crear un espai de coordinació per formar, capacitar i donar suport a la persona cuidadora no professional i millorar l'atenció integral a les persones cuidadores informals des dels centres d'atenció primària. Consensuaren aplicar el Protocol d'educació grupal per a les cuidadores de la Gerència d'Atenció Primària

de Mallorca com a base per formar les persones cuidadores a la comunitat autònoma i hi incorporaren una sessió sobre la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (Llei 39/2006, de 14 de desembre). Treballaren els continguts educatius del programa formatiu per adaptar-los a la normativa vigent, presentar una proposta de programa nova i editar el protocol nou els pròxims anys.

A partir d'aquest acord, començà la formació sobre el Protocol a Menorca, Eivissa i Formentera i també els tallers després d'haver fet un pilotatge a totes les illes.

La Direcció General de Dependència informà totes aquelles persones que tenien reconeguda la condició de cuidadora de persona en situació de dependència sobre l'oferta formativa existent i sobre la necessitat de millorar la seva formació per atendre en condicions millors les persones en situació de dependència que reben prestacions per atencions en l'entorn familiar.

Per tant, participa en la captació de persones cuidadores i els equips d'atenció primària, a més de captar persones cuidadores en el marc del programa d'atenció domiciliària, fan la formació que indica el protocol.

La formació està formada per un mínim de quinze hores, distribuïdes en sessions periòdiques, i la Direcció General de Dependència acredita les persones que assisteixen almenys al 80% de les sessions.

Avaluació 2010: la docència del projecte comença l'octubre de 2010

Cursos impartits a Mallorca: 4 cursos → cuidadors acreditats: 63

Cursos impartits a Menorca: 4 cursos → cuidadors acreditats: 45

Cursos impartits a Eivissa: 3 cursos → cuidadors acreditats: 45

Curs impartit a Formentera: 1 curs → cuidadors acreditats: 18

Total de cursos impartits el darrer trimestre de 2010: 12

Total de persones cuidadores acreditades el 2010: 171

Programació del primer trimestre de 2011: 13 cursos i 200 alumnes

2.4. Altres programes de suport (ESAD, infermera gestora de casos, etc.)

L'atenció domiciliària, perquè sigui realment efectiva, l'ha d'oferir un grup de professionals de disciplines diverses (medicina, infermeria i treball social) i han de treballar de manera coordinada.

L'objectiu general de la coordinació s'encamina a aconseguir que, amb els recursos existents, l'esforç dels professionals generi la màxima eficàcia i eficiència en el seu propi treball i eviti duplicitats d'actuació i confusió en el pacient i en les persones que el cuiden.

Els objectius específics de la coordinació són: millorar l'atenció a la persona, proporcionar-li atenció continuada, optimitzar els recursos, serveis i prestacions, i planificar actuacions i recursos.

La coordinació ha de ser en dos nivells:

Intern

- Els professionals de l'equip implicats han d'intercanviar informació de manera continuada
- Els professionals implicats han de fer reunions periòdiques per establir el seguiment dels plans d'atenció i aplicar-lo i planificar les activitats del programa d'atenció domiciliària

Extern

- Coordinació entre la xarxa d'APS i els equips de suport (ESAD, fisioteràpia domiciliària, infermera gestora de casos, etc.)
- Coordinació amb la xarxa d'atenció especialitzada: especialistes, centres sociosanitaris, hospitals, UVA, etc., a través de la infermera d'enllaç, en els casos en què n'hi hagi
- Coordinació amb els Serveis Socials d'atenció primària i especialitzats: Serveis Socials municipals, residències, centres de dia, equips d'atenció a la dependència, associacions, etc.

2.4.1. L'equip de suport de l'atenció domiciliària (ESAD)

L'Equip de Suport d'Atenció Domiciliària va néixer com a equip de suport a l'atenció domiciliària que duen a terme els professionals dels centres d'atenció primària de Mallorca. El seu àmbit d'actuació és tota l'Àrea de Salut de Mallorca.

El formen un equip multidisciplinari de professionals i està ubicat a l'Hospital General. Actualment, està constituït per cinc metges, cinc infermeres, un psicòleg i un administratiu. La dependència funcional d'aquest equip és de la Gerència d'Atenció Primària. A més, hi treballa un infermer de GESMA per desenvolupar el Programa RESC (atenció a pacients respiratoris crònics).

Les funcions de l'ESAD, segons el BOIB núm. 153/2002, de 21 de desembre, són les següents:

- Suport i assessorament als professionals de l'atenció primària per a l'atenció domiciliària de pacients terminals i/o amb limitació funcional i/o immobilitzats complexos
- Intervenció assistencial directa en els casos necessaris, d'acord amb els professionals de l'atenció primària

- Informació i educació sanitària dels pacients als quals apliquin aquest programa i dels cuidadors o dels familiars que els atenguin
- Coresponsabilitat amb la informació clínica de l'atenció primària del pacient, juntament amb el metge de família, que continua sent el responsable de l'atenció sanitària domiciliària del pacient
- Coresponsabilitat amb la informació clínica sociosanitària del pacient, juntament amb el metge responsable del centre, que continua sent l'encarregat de l'atenció sanitària durant l'ingrés del pacient
- Docència i recerca d'acord amb el desenvolupament de les seves activitats
- Complementació dels documents oficials que derivin de l'assistència sanitària prestada i tramitació
- Tasques de docència específiques per als professionals de l'atenció primària, dels centres sociosanitaris i per als qui s'estan formant
- Col·laboració en l'atenció als pacients ingressats als centres sociosanitaris
- Valoració integral de pacients i gestió de llits i recursos
- Tasques que siguin acordades per criteris de planificació sanitària

L'ESAD disposa de quatre vehicles per a l'assistència domiciliària.

Activitat assistencial ESAD

A continuació detallam l'activitat assistencial de l'ESAD segons consta a la memòria de 2010:

– Nombre total de pacients visitats	963
– Casos tancats	688
– Mitjana d'edat (casos tancats)	72,8 anys
– Mitjana d'edat (casos tancats)	75 anys
– Distribució per sexes (casos tancats):	
○ Homes	56,1 %
○ Dones	43,9 %

– Tipus de pacient:	
○ Pacients oncològics terminals	620
○ Pacients no oncològics terminals	67
○ Familiars	1
– Pacients no oncològics terminals per tipus de patologia:	
○ Neurològica	47,8 %
○ Pluripatològic	16,4 %
○ Cardíaca	13,4 %
○ MPOC	7,4 %
○ Digestiva	4,9 %
○ Nefrològica	4,9 %
○ Sida	1,6 %
○ Trastorn mental	1,6 %
– Procedència de la demanda:	
○ Atenció primària	18,5 %
○ Hospitals	70,2 %
○ Sociosanitari	7,4 %
○ Altres	3,8 %
○ ESAD	0,1 %
– Sortida del programa:	
○ Èxitus	653
○ Altres	35*

* Millora clínica, canvi de domicili...

– Lloc de l'èxitus:	
○ Hospital:	
– Palma	72,3 %
– Pobles	54,6 %
○ Domicili:	
– Palma	27,7 %
– Pobles	45,4 %
– Visites domiciliàries:	
○ Programades	2.402
○ A demanda	377
○ Total	2.779

- Consultes telefòniques:
 - o Domicilis 10.564
 - o Hospitals 1.327
 - o Consultes sanitàries 448
 - o Gestió 1.924
 - o Total 17.169

- Activitat del psicòleg:
 - o Nombre total de visites 442
 - o Nombre de visites a centres de salut. 193
 - Son Pisà 66
 - Pere Garau 44
 - Portocristo 49
 - Inca 34

L'ESAD coordina les derivacions als hospitals de dia geriàtrics (Creu Roja i Sant Joan de Déu) des de l'àmbit de l'atenció primària i dels hospitals d'aguts. L'any 2010 tramità 312 peticions. La procedència de la demanda va ser una mica més elevada de l'hospital [168 (53,8 %)] que de l'atenció primària [144 (46,2 %)]; la destinació dels pacients fou la Creu Roja (51,9 %) i, la resta, Sant Joan de Déu (48,1 %); la majoria dels motius varen ser per rehabilitació [248 (79,5 %)], a més d'altres [53 (17,0 %)], i per la situació social [11 (3,5 %)]. Quant a la situació dels pacients, podem observar les freqüències següents:

- o En tractament 95 (30,4 %)
- o Tractament denegat. 15 (4,8 %)
- o En espera burocràtica 34 (10,9 %)
- o Tractament acabat 155 (49,7 %)
- o Èxitus. 10 (3,3 %)
- o Altres. 3 (0,9 %)

L'ESAD ha tramitat dotze peticions del Programa de fisioteràpia domiciliària.

2.4.2. Infermera d'enllaç

La figura de la infermera d'enllaç va ser creada amb l'objectiu d'assegurar la continuïtat assistencial entre els diferents nivells del sistema i una atenció de qualitat al domicili amb un ús eficient i coordinat de tots els recursos socio-sanitaris.

La infermera d'enllaç és una infermera comunitària, que se centra en les persones en situació de dependència i en la capacitat d'autocures tant del pacient com de les persones que l'atenen i que fan front a la situació. La infermera d'enllaç ha de garantir la continuïtat

de les cures entre els diferents nivells assistencials i entre els serveis sanitaris i socials. Es coordina, per tant, amb diferents professionals i mobilitza els recursos necessaris, aspecte que millora la capacitat de resposta per garantir una atenció integral i continuada que permeti assolir els objectius marcats en el pla assistencial.

Per avaluar aquest servei nou abans de generalitzar-lo a tota la comunitat autònoma se'n féu un pilotatge de tres mesos a dues zones bàsiques de salut: Valldargent i Son Pisà, de Palma. Dia 31 desembre 2009, la població inclosa en el TSI de cada centre esmentat és de 16.155 persones, al Centre de Salut Valldargent, i 23.545 persones, al de Son Pisà. La població que té seixanta-cinc anys és de 2.779 i 2.687 persones, respectivament, xifres que representen un 17,20% i un 11,41% de la població de cada un dels centres de salut a la mateixa data. Quant a la detecció de persones grans de seixanta-cinc anys i que disposen de l'alarma d'atenció domiciliària el juny de 2010 és del 64% a ambdós centres de salut. La cobertura d'atenció a la dependència, que inclou com a mínim una valoració del grau de dependència amb un diagnòstic d'infermeria, a més de quatre visites domiciliàries a l'any, representa un 40% a Son Pisà i un 20% a Valldargent.

El pilotatge està vinculat al Programa integral al malalt pluripatològic que apliquen des de l'Hospital Universitari Son Dureta (actualment, Son Espases), amb aquestes dues ZBS.

Està adreçat a les persones incloses en aquest programa o a les candidates a ser-ho, ja que, per la seva situació de salut, necessiten una atenció específica de coordinació, valoració i seguiment durant un temps determinat. Així mateix, s'hi poden acollir les persones que tinguin una situació de dependència —segons l'índex de Barthel— menor o igual a 60 i, a més, compleixin alguna de les característiques següents: viure sol/a, tenir incontinència o bé que la persona que en té cura estigui diagnosticada amb el cansament del rol de cuidador.

Durant el període del pilotatge, hom ha fet captació activa a partir dels pacients inclosos en el Programa d'atenció domiciliària dels centres de salut i a partir de la llista de persones que tenen un índex de Barthel inferior o igual a 60.

La infermera d'enllaç ha ofert atenció a aquests pacients de manera conjunta i coordinada amb l'equip d'atenció primària corresponent.

Resultats del pilotatge

Captació:

Han estat revisades quaranta-quatre històries clíniques de persones incloses en Programa d'atenció domiciliària o que tenien un índex de Barthel ≤ 60 , un 27% (12) de les quals han

estat incloses en el programa, atès que onze patien incontinència urinària i una, segons constava en el diagnòstic, cansament del rol de cuidador.

Hi han estat acollides seixanta-set persones, trenta-sis dels quals pertanyien al centre de salut de Son Pisà i trenta-una, al de Valldargent. Els criteris d'inclusió foren: un 38,8% (26), que formaven part del Programa integral al malalt pluripatològic; un 37,3% (25), per coordinació entre els diversos àmbits assistencials (hospital sociosanitari) i serveis socials; un 14,9% (10), que tenien un Barthel \leq 60, a més de patir incontinència urinària, cansament del rol del cuidador o viure sol; un 7,5% (5), per problemàtica social, i un 1,5% (1), que formava part del Programa RESC.

Qui ha dut a terme la derivació al programa ha estat principalment l'equip d'atenció primària [37,3% (25)] i per prescripció de la infermera d'enllaç de l'hospital sociosanitari [32,8% (22)], seguit d'un 19,4% (13), que han estat captats per la infermera comunitària d'enllaç, i un 10,5% (7) per derivació dels Serveis Socials.

Els professionals han fet setanta-quatre visites a domicili, catorze visites al centre amb les persones cuidadores o la família i nou visites a alguns pacients per als quals sortir formava part del pla terapèutic.

Han fet, aproximadament, cent onze contactes telefònics amb les persones incloses en el programa o amb els professionals de la salut.

De totes les persones incloses en el programa, han fet valoracions integrals al 70% (47) i han elaborat un pla de cures al 57% (28). Han fet vint-i-dues valoracions entre les persones cuidadores de pacients inclosos en el programa, que representen un 33% del total.

De les activitats de coordinació, cal assenyalar que han concedit serveis de rehabilitació domiciliària a quatre usuaris que els requerien i han sol·licitat ajudes socials, com, per exemple, disposar de llits articulats, matalassos, etc., de vegades sense obtenir-ne recursos, tot i que els serveis sanitaris volguessin resoldre aquesta demanda.

Durant aquest temps de pilotatge, tres persones de la població incloses en el programa han ingressat a un hospital d'alt nivell, perquè havien de rebre tractament per un problema de salut agut; vuit persones han ingressat directament a un hospital sociosanitari el mateix dia de la sol·licitud, amb el benefici que comporta no requerir l'atenció del servei d'urgències, i la resta de la població del programa ha continuat rebent atenció domiciliària.

Quant a la gestió de cites, nou persones s'han afavorit de resoldre-les de manera més organitzada, s'han evitat múltiples desplaçaments i haver d'usar recursos, com ara ambulàncies; han obtingut, per tant, rapidesa en les visites i efectivitat.

Ha estat impartit, també, un taller d'educació per a la salut, en què han participat quinze cuidadores de persones en situació de dependència o fragilitat que pertanyien a aquelles dues zones de salut. El va organitzar l'equip d'infermeres del centre de salut de Son Pisà, conjuntament amb la infermera comunitària d'enllaç.

Referències bibliogràfiques

Abellán, G.; Rolland, Y.; Bergman, H.; Morley, J. E.; Kritchevsky, S. B.; Vellas, B. (2008). «The IANA Task Force on frailty assement of older people in clinical practice». *The journal of nutrition, health & aging* 12 (núm. 1), pàg. 29-37.

Adrover, R.; Taltavull, J. M.; Vidal, C.; Moreno, M. L.; Pisà, M.; Ferrer, J. L. [et al.] (2006). *Procés d'atenció d'infermeria: Adopció del model conceptual de Virginia Henderson*. Palma: Atenció Primària de Mallorca, Govern de les Illes Balears.

Adrover, R. M. (2010). *Pla d'accions sanitàries a l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut*. Palma: Conselleria de Salut i Consum, Govern de les Illes Balears.

Adrover, R. M.; Alcantud, M. J.; Camps, M.; Cano, M.; Gómez, P.; Gomila, M. (2011). *Programa de la infermera d'enllaç al Servei de Salut de les Illes Balears*. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.

Cabañero-Martínez, M. J.; Cabrero-García, J.; Richart-Martínez, M.; Muñoz-Mendoza, C. (2008). «Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores». *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 43 (núm. 5), pàg. 271-283.

Comisión para el desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Estrategias de mejora de la Atención Domiciliaria en Andalucía (2002). Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud [16 d'agost de 2011]. Accesible a través de: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf>.

Esborrany del programa d'atenció domiciliària (2011). Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.

European Comission Directorate-General for Economic and Financial Affairs [citat 16 Ago 2011]. *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. (2006). Accesible a traves de: <http://www.lex.unict.it/eurolabor/documentazione/altridoc/rapporti/dg_febrbraio06.pdf>.

EUROSTAT (2011). *European Statistics*. Polònia [16 d'agost de 2011]. Accesible a traves de: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/publications/population_projections>.

Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT). Palma [16 d'agost de 2011]. Accessible a traves de: <<http://www.ibestat.es>>

Institut Nacional d'Estadística [16 d'agost de 2011]. Accessible a traves de: <<http://www.ine.es>>.

Gomila, M.; Moreno, M. L. (2005). *Protocol d'educació grupal per a les cuidadores*. Palma: Gerencia d'Atenció Primària de Mallorca, Servei de Salut de les Illes Balears.

Larrizgoitia, A.; Larrizgoitia, I. (1996). «Adaptacion en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia». *Revista multidisciplinar de gerontología* 6, pag.224-231.

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesio i qualitat del Sistema Nacional de Salut. BOE 2003 [16 d'agost de 2011]. Accessible a traves de: <<http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>>.

Luis, M. T. (2004). *Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica*. Barcelona: Masson, 3a ed.

Martín-Lesende, I.; Rodríguez, C. (2005). «Utilización del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o mas con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte». *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 40 (núm. 6), pàg. 335-344.

Programa d'atenció domiciliària (1995). Palma: Gerencia d'Atenció Primària de Mallorca.

Programa d'atenció a l'ancià (2000). Palma: Gerencia d'Atenció Primària de Mallorca.

Programa de formació de cuidadors. BOIB 05/08/2010 (n. 115).

Rothman, M. D.; Leo-Summers, L.; Gill, T. M. (2008). «Pronostic significance of potential frailty criteria». *The Journal of the American Geriatrics Society* 56 (núm. 12), pàg. 2211-2216.

Stuck, A. E.; Egger, M.; Hammer, A.; Minder, C. E.; Beck, J. C. (2002). «Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people». *Systematic review and meta-regression analysis. JAMA* 287 (núm. 8), pàg. 1022-1028.

Tarricone, R.; Tsourus, A. D. (2008). *The Solids Facts: home care in Europe*. Ginebra: World Health Organization.

Autores

JERÒNIA MIRALLES XAMENA

Montuïri, 1966. Diplomada Universitària en Infermeria per la UIB el 1988. Màster en Salut Pública per l'Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública el 1992. Actualment treballa al Gabinet Tècnic d'Atenció Primària, a la Unitat de Programes i Investigació i a la Unitat Docent d'Atenció Familiar i Comunitària. Ha treballat com a infermera assistencial en diversos centres de salut i també com a professora a l'Escola Universitària d'Infermeria.

CLARA VIDAL THOMÀS

Palma, 1966. Diplomada Universitària en Infermeria per la UIB el 1988. Màster en Epidemiologia per l'Institut Pedro Kouri de l'Havana (Cuba). Actualment treballa al Gabinet Tècnic de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Ha treballat com a infermera assistencial en diversos centres de salut, com a professora titular i associada a l'Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de les Illes Balears. És membre del grup d'investigació en Cures de la Salut (INVESTEN), dependent de l'Institut de Salut Carlos III, Ministeri de Ciència i Innovació.

