

# Cantabria

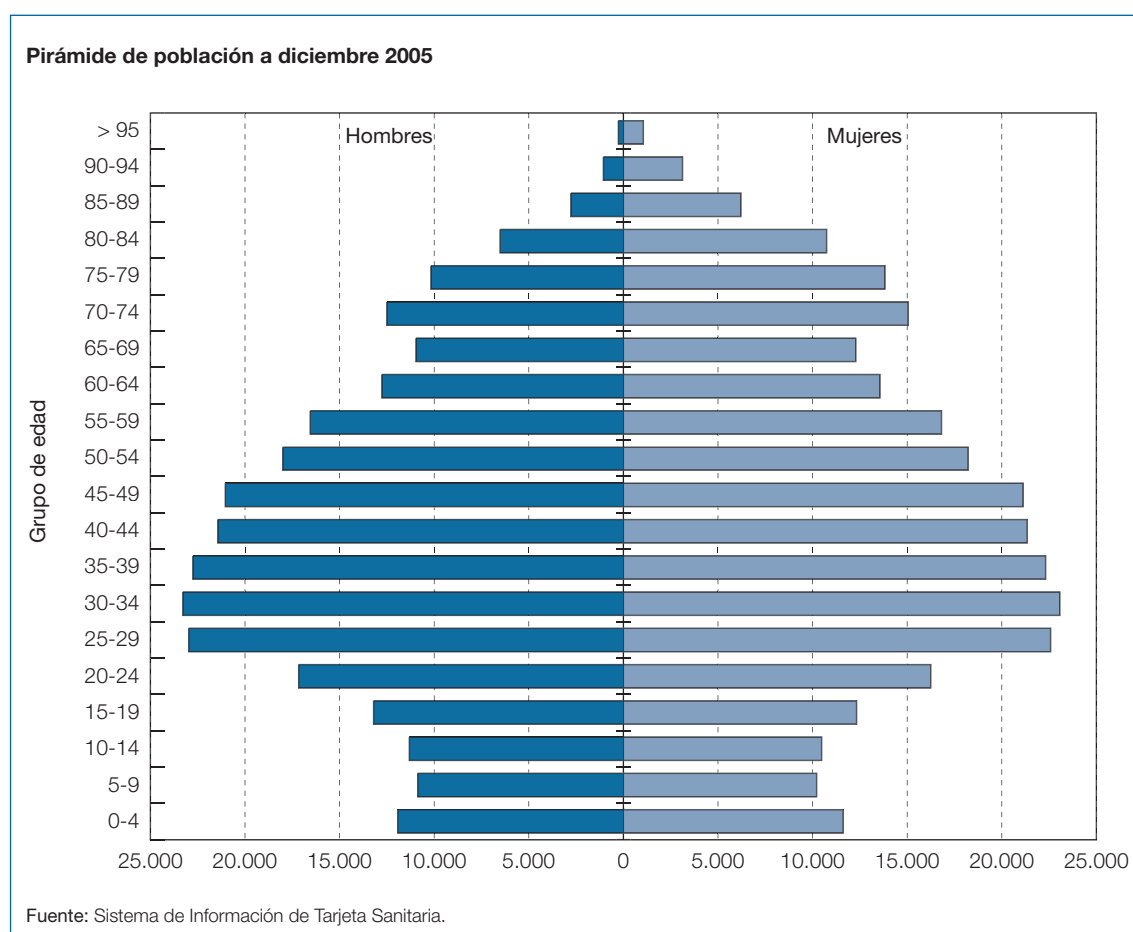




# 1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

La Comunidad Autónoma de Cantabria es una de las regiones más pequeñas del territorio nacional tanto en superficie, 5.253 km<sup>2</sup> (1% del país) como en tamaño poblacional con 562.309 habitantes (274.797 hombres y 287.512 mujeres), lo que supone el 1,3% de los españoles.

Durante el periodo 2005/2004 el saldo vegetativo fue de -0,57 por 100.000 habitantes. La tasa bruta de natalidad se situó en 9,37 por 1.000 habitantes, siendo 1,195 el número medio de hijos por mujer. La tasa bruta de mortalidad fue de 9,93 por 1.000 habitantes. El envejecimiento entre los habitantes de Cantabria, para ambos sexos, superó a la media nacional (tasa de envejecimiento: en hombres 15,87 vs. 14,19 y en mujeres: 21,43 vs. 19,00).



La encuesta de población activa destacó una tasa de actividad en la Comunidad de 55,06 (65,75 en los hombres y 44,97 en mujeres), y una tasa de paro de 7,19 (4,94 en hombres y 10,29 en mujeres). El índice de dependencia en Cantabria coincide prácticamente con el global correspondiente al territorio español (44,48% vs. 44,57%).

En la actualidad residen en Cantabria 10.078 hombres y 10.469 mujeres de nacionalidad extranjera, lo que supone el 3,65% de la población Cántabra. La nacionalidad extranjera más común es la americana (4.669 hombres y 6737 mujeres) seguida de la europea (3.600 hombres y 2.868 mujeres).

## Fuentes consultadas

Instituto Nacional de Estadística (**INE**). Padrón municipal a 1 de enero de 2005  
Instituto Cántabro de Estadística (**ICANE**)

## 2. Desarrollo normativo e institucional

El desarrollo legislativo llevado a cabo por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria a lo largo de 2005 incluye la elaboración de diversos decretos y ordenes dirigidas en su mayor parte al desarrollo de aspectos relacionados con la autonomía del paciente (Registro de voluntades previas), la investigación clínica (creación comité ético) y la atención domiciliaria. A continuación se expone la relación de los que han supuesto una aportación más relevante.

### Normativa relevante publicada en 2005

1. Corrección de error al Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, por el que se crea y regula el **Registro de Voluntades Previas** de Cantabria.
2. Orden SAN/28/2005, de 16 de Septiembre, por la que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal del registro de voluntades previas de Cantabria.
3. Orden SAN/27/2005, de 16 de Septiembre, por la que se establece el documento tipo de voluntades expresadas con carácter previo de Cantabria.
4. Decreto 84/2005, de 21 de julio, por el que se regula el **Comité Ético de Investigación Clínica** de Cantabria.
5. Decreto 29/2005, de 23 de marzo, por el que se adapta el máximo del **cupo óptimo de tarjetas individuales sanitarias** en el ámbito de los Servicios de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud.
6. Decreto 143/2004, de 22 de diciembre, por el que se modifica el Decreto 106/1997, de 29 de septiembre, por el que se regula el **Servicio de Atención Domiciliaria concertado entre la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de Cantabria y la Administración Local** y se deroga el Decreto 53/2002, de 16 de mayo, por el que se regulan las ayudas económicas para el alquiler de vivienda habitual.

## Resto de normativa publicada en 2005

1. Decreto 35/2005, de 31 de marzo, por el que se reconoce a la Escuela Universitaria de Fisioterapia Gimbernat-Cantabria, como centro adscrito a la Universidad de Cantabria y se autoriza a dicho centro a impartir los estudios conducentes a la obtención del título de Diplomado en Fisioterapia.
2. Orden SAN 33/2005, de 2 de diciembre, por la que se fijan los Precios Públicos que regirán en el ejercicio 2006, por la utilización de las Unidades Hemoterápicas de Cantabria.
3. Orden SAN 17/2005, de 1 de marzo, por la que se convocan ayudas económicas para el desarrollo de Programas y Proyectos en materia de **Servicios Sociales**.
4. Orden SAN 19/2005, de 11 de abril, por la que se establecen las bases reguladoras y se aprueba la convocatoria de concesión de prestaciones económicas individuales en materia de servicios sociales para el ejercicio 2005.
5. Orden SAN/30/2005, de 14 de noviembre, por la que se aprueba nueva convocatoria para la concesión de prestaciones económicas Individuales en materia de Servicios Sociales para el ejercicio 2005.
6. Orden SAN 9/2005, de 1 de febrero, por la que se establece el procedimiento y las bases reguladoras de la convocatoria de concesión de ayudas económicas a Corporaciones Locales, Asociaciones o Entidades legalmente reconocidas sin ánimo de lucro, para apoyar el desarrollo y la realización de programas de intervención en materia de **drogodependencias**.
7. Resolución por la cual se hacen públicas las subvenciones concedidas al amparo de la Orden SAN 9/2005, de 1 de febrero, por la que se establece el procedimiento y las bases reguladoras de la convocatoria de ayudas económicas a Corporaciones Locales, Asociaciones o Entidades legalmente reconocidas sin ánimo de lucro, para apoyar el desarrollo y la realización de programas de intervención en materia de drogodependencias, publicada en el BOC de 18 de febrero de 2005.
8. Orden SAN 23/2005, de 25 de mayo, por la que se fijan los **Precios Públicos de los Servicios Sanitarios** prestados por el Servicio Cántabro de Salud.
9. Orden SAN 18/2005, de 1 de marzo, por la que se convocan ayudas económicas destinadas a **Centros de atención a la primera infancia**, para la financiación de gastos de mantenimiento para el año 2005.
10. Orden SAN 12/2005, de 16 de febrero, por la que se crea la **Tarjeta Acreditativa del Título de Familia Numerosa**.
11. Orden SAN/ 8/2005, de 14 de enero, por la que se establecen las bases y se convocan subvenciones con destino a financiar **actividades de interés científico sanitario** durante el año 2005.
12. Orden SAN/ 7/2005, de 14 de enero, por la que se establecen las bases y se convocan subvenciones destinadas a Instituciones, Asociaciones y otras Entidades sin ánimo de lucro, con destino a financiar **programas de prevención y control del SIDA** para el año 2005.

### 3. Planificación y Programas Sanitarios

Durante el año 2005 se ha continuado con el desarrollo de las actuaciones y prestaciones de servicios correspondientes a todos los programas de Salud Pública explicitados en el informe anual correspondiente al 2004, habiéndose producido las dos siguientes novedades:

#### Plan de actuaciones frente a una posible Pandemia de Gripe en Cantabria

Se trata de un análisis de la situación en relación a la panzootia de gripe aviar, del riesgo de su transformación en una pandemia de gripe y de la necesidad de planificar e implementar recursos, estructura, organización y coordinación a nivel nacional e internacional, que posibilite la elaboración de un completo plan de actuación para hacer frente a una hipotética pandemia de gripe que afectase a Cantabria.

En él, se desarrollan actuaciones a distintos niveles:

- Creación de los Subcomités de trabajo y nombramiento de sus integrantes: Subcomité de vigilancia epidemiológica y virológica, Subcomité de vacunas y antivirales, Subcomité de respuesta a la emergencia, y Subcomité de comunicaciones. Su misión es definir, en cada uno de sus campos de actuación, las actividades, recursos y objetivos a cumplir, así como el esquema de organización en nuestra comunidad.
- Estudio de la gripe estacional en España y Cantabria, y propuestas de actuación.
- La vacunación antineumocócica en Cantabria.
- Evolución y consecuencias de una pandemia de gripe en España y en Cantabria.
- Fundamentos de un plan de actuación, su desarrollo a escala nacional y regional y bases teóricas de las propuestas de actuación.
- Objetivos generales y específicos.
- Papel de las vacunas y antivirales.
- Respuesta a la emergencia.

#### Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007)

Principales actuaciones desarrolladas 2005:

- Formación en Salud y Género de los profesionales de salud.
- Introducción de la perspectiva de género en los sistemas de información.
- Implantación de Vías Clínicas de Atención al Parto y al Nacimiento en los hospitales públicos con Maternidad, fundamentada en los siguientes aspectos:
  - a. Medicina basada en la evidencia, respeto a la autonomía e intimidad de la mujer.

- b. Individualización de la asistencia y humanización del parto.
- c. Fomento de la lactancia precoz, ya en la misma Área de Partos.
- d. Nueva definición del IV periodo del parto (postparto), limitándolo a una hora postparto.
- e. No separación de la madre y de su hijo/a durante su estancia en el hospital.
- f. Alta de madre e hijo/a sanos a las 48 horas del parto.

- Programa de Detección Precoz de Cáncer de mama:

- g. Puesta en funcionamiento de Unidades Fijas de exploración mamográfica
- h. Introducción de la mamografía digital en el cribado
- i. Lectura centralizada de todas las mamografías del Programa en el Hospital Universitario Marques de Valdecilla
- j. Puesta en marcha de una nueva aplicación informática que permite en funcionamiento «on line» de todas las estaciones de trabajo.
- k. Elaboración de una «Guía de Procedimiento de Control de Calidad en las Unidades de Exploración» de Programa.

Violencia contra las mujeres:

- l. Elaboración del protocolo de Actuación sanitaria ante los Malos Tratos.
- m. Diseño e Introducción en el Programa Informático OMI-AP del Protocolo
- n. Implantación progresiva del Protocolo en todos los Equipos de Atención Primaria.
- o. Formación de reglada de todos los profesiones que componen los Equipo de Atención Primaria

## Plan de Fomento de la Lactancia Materna (2005-2007)

Su fin es la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, además de trabajar en la iniciativa de que los hospitales maternales públicos de Cantabria consigan la acreditación de Hospitales Amigos de los Niños.

Sus objetivos generales son:

- Sensibilizar a la población general en la protección y promoción de la lactancia materna.
- Apoyar el inicio de la lactancia materna en los Hospitales Públicos con Servicio de Maternidad de nuestra Comunidad y facilitar la adopción en los mismos de los «Diez pasos hacia una feliz lactancia natural», garantizando en todo momento el respeto a las mujeres que deciden no amamantar.
- Contribuir al mantenimiento de la lactancia materna desde los Centros de Atención Primaria.

**Tabla 3. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes. Informe SNS 2005**

		Sí/No	Ediciones (fecha)	Observaciones (*)
<b>Planes de Salud</b>	Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007).	Sí	Enero 2005	
<b>Cáncer de mama</b>	Programa de cribado poblacional.	Sí	Mayo 2005	
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento.	Sí		
<b>Cáncer de cervix</b>	Programa de cribado poblacional.	Sí		
<b>Enfermedades</b>	**Formación en tabaquismo a sanitarios y des-habitación en colectivos modélicos, entendiendo el tabaquismo como uno de los principales factores de riesgo para la patología cardiovascular.			
<b>Salud mental</b>				
<b>Violencia de género</b>	Plan de Acción.	Sí		
	Acciones preventivas.	Sí		
	Protocolo de Actuación Sanitaria.	Sí	Enero 2005	

(\*) Aspectos innovadores y diferenciales.



## 4. Farmacia

Durante el año 2005 se han realizado diversas actuaciones encaminadas a proporcionar una prestación farmacoterapéutica de calidad a la población asegurando la sostenibilidad de la financiación pública.

Las actuaciones más relevantes se centraron en:

### Control del Gasto en farmacia

- Comienza la explotación de información sobre prescripción farmacéutica ligada a paciente en SIFARCAN (Sistema de Información Farmacéutica de Cantabria).
- Se inicia el desarrollo de SIFHOSCAN (Sistema de Información sobre Consumo Hospitalario) con la fase 0 de análisis de la situación de los hospitales y el diseño de necesidades.

### Adaptación tecnológica de la cadena del medicamento

- Finaliza la informatización de recetas en Atención Primaria, alcanzando en diciembre de 2005 el 92% del total de recetas del SCS y con gran repercusión en el seguimiento de las condiciones económicas del concierto autonómico.
- Fomento de la prescripción por principio activo a través del módulo de ayuda a la prescripción en OMI que incorpora una Guía electrónica y mediante la monitorización de su uso intra hospitalario. Todas las gerencias del SCS tuvieron durante el año 2005 un objetivo común alcanzado con el 20% de prescripción sobre el total.
- Se completa la implantación del Visado Electrónico de recetas on line desde todos los centros de salud integrado en una aplicación centralizada. En el año 2005 se visaron on line 197.447 recetas.

### Gestión del conocimiento y desarrollo de la organización

- Se diseña un Sistema de Información para Farmacia Ambulatoria (En Atención Primaria finaliza su implantación). Permite explotar información de la gestión de compras realizada por los Servicios de Farmacia de Atención Primaria. En el año 2005 el volumen económico de compras fue de 2.022.869,82 euros con una estimación de ahorro del 47% frente a la dispensación por receta, sin considerar la unificación y mejora conseguida en la selección de medicamentos.
- Creación de una única Comisión de evaluación del uso de medicamentos en Cantabria, con representación del Servicio de Salud y de las Gerencias de ambos niveles asistenciales.

## El ciudadano

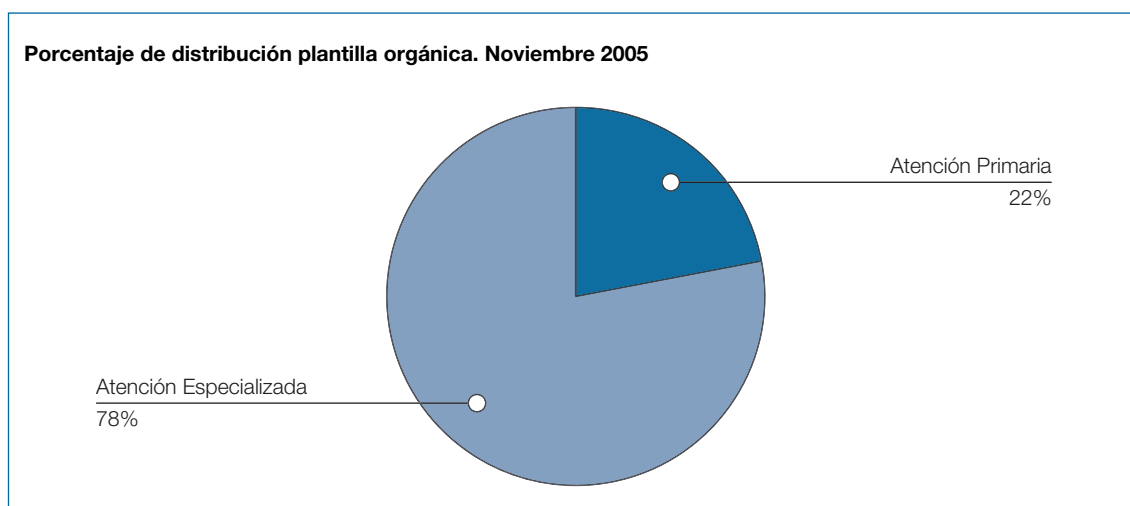
- Desarrollo del Modelo de Atención Farmacéutica Sociosanitaria del SCS con una vinculación directa de los depósitos de medicamentos de las residencias al Servicio de Farmacia de Atención Primaria. Ha permitido proporcionar una atención a los residentes en centros sociosanitarios más eficiente y de mayor calidad.

## 5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

### Recursos Humanos del Servicio Cántabro de Salud (SCS)

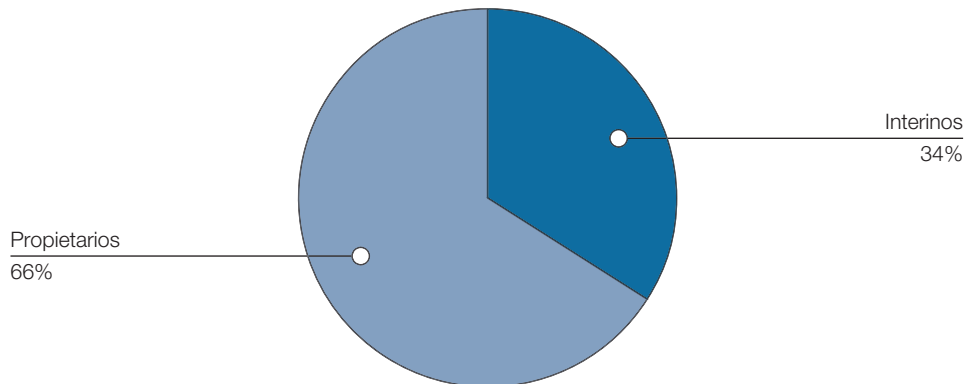
En el periodo comprendido entre el 31-12-2001 y el 31-12-2005 la plantilla del SCS se ha incrementado en 1026 puestos de trabajo, pasando de 5407 personas en Diciembre de 2001 a 6433 en Diciembre de 2005. Un 83,5% de este incremento (857 personas) se ha producido desde mediados de 2003, ya en la actual legislatura.

Las características de esta plantilla (edades, tipo de vinculación, etc.) tienen importancia por su repercusión en la prestación asistencial, por lo que merece la pena un análisis detallado de la misma:



La distribución de la plantilla entre Atención Primaria y Especializada muestra las cifras que se aprecian en el gráfico adjunto, de forma que más de los 3/4 de la plantilla se encuentran en la Atención Especializada (AE). Esto tiene importancia, dado que, además, el centro de AE más grande de la comunidad, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) que concentra 60,7% del total de la plantilla del SCS, es el que tiene la plantilla de mayor edad media entre el personal facultativo.

Porcentaje interinos en plantillas orgánicas. 2005



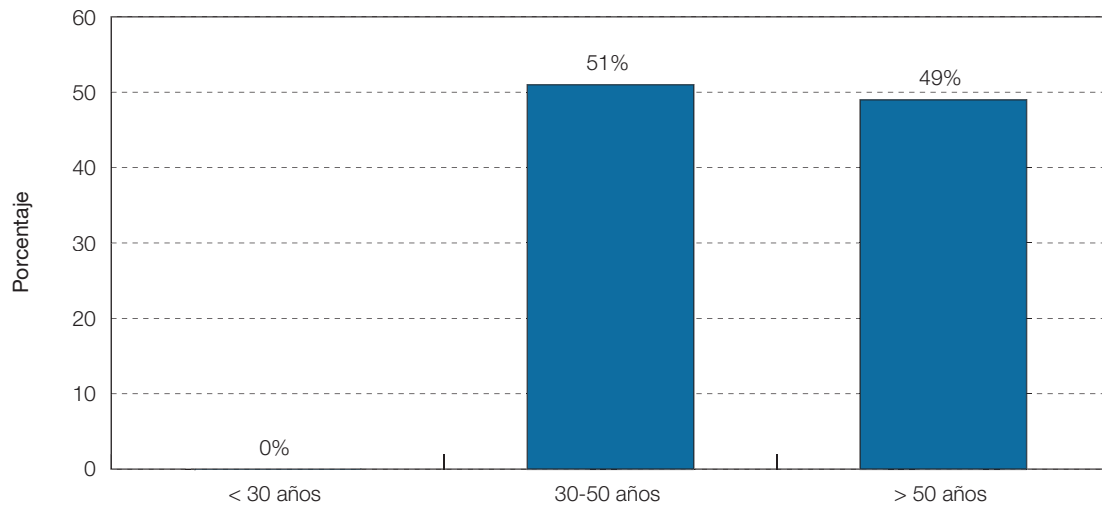
Otra característica de nuestra plantilla es el alto porcentaje de interinidad, que refleja el gráfico adjunto y que rebasa lo que debería ser un óptimo. Esta cifra se modifica de forma casi continua, al añadirse nuevos profesionales (en 2006 se prevé la incorporación de 331 nuevos profesionales al SCS), jubilarse otros e irse incorporando nuevo personal estatutario fijo según se va completando la OPE 2001 en desarrollo. Esta OPE está modulando el desarrollo de nuestros propios procesos de Oferta de Empleo, estando previsto la convocatoria de uno en 2007, tras la finalización del actual a finales de 2006. Al terminar ambos procesos podremos tener incorporados más de 2.600 profesionales como propietarios y unas tasas de interinidad más razonables.

El estudio de las edades de nuestra plantilla muestra que un 42% de la misma tiene edades superiores a 50 años, siendo la edad media global de 48 años, la de facultativos de 49 y la del personal no facultativo de 47. En cuanto al personal facultativo, su edad media es mayor en AE que en Atención Primaria (AP), a expensas, como se dijo más atrás, de la edad media del HUMV: un 49% de los facultativos de AE tienen edades superiores a los 50 años, su edad media es de 49,7 años; un 33% es mayor de 55 años y un 3% tiene 65 ó más años.

Estos datos significan que un tercio de los facultativos de AE rebasan la edad que les da derecho a la exención de guardias, con lo que eso representa de necesidades de personal joven para hacer labores de sustitución en Atención Continuada (gasto adicional y uso de recursos escasos y valiosos de forma ineficiente y poco atractiva desde el punto de vista profesional.)

El Plan de Ordenación de Recursos Humanos (PORRHH) del SCS, que se acaba de negociar en Mesa Sectorial con las Organizaciones Sindicales representativas (Julio 2006) permitirá la jubilación obligatoria a los 65 años del personal facultativo, obteniendo con ello dos beneficios para el sistema; rejuvenecimiento de las plantillas e incorporación de parte del personal que sólo teníamos contratado para guardias. Según nuestro estudio de las jubilaciones previstas con la aplicación de esta edad en el periodo 2005-2010, no se prevén problemas añadidos a los que ya tenemos en algunas especialidades y centros o épocas del año (por ejemplo Oftalmólogos en un Hospital Comarcal o Médicos de Familia en AP en verano.)

Edades A.E. scs. Febrero 2006



La aplicación de la jornada máxima de 48 horas semanales en cómputo semestral en AE, con sólo 150 horas adicionales máximas anuales para atención continuada en cómputo anual, obligará a reestructurar la organización asistencial en la AE. De otro modo la necesidad de especialistas que generaría vendría a añadirse a la problemática que plantea la alta edad media de la plantilla en AE (exención de guardias, jubilaciones, bajas). En un estudio reciente en el HUMV, hemos estimado que sería necesario contratar a 77 facultativos, para cubrir el exceso de horas de atención continuada que genera la aplicación de la norma que comentamos.

En AP el crecimiento de la plantilla de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en el SCS, se ha hecho para mejorar la relación n.º de TIS/profesional, necesaria para conseguir mejorar el tiempo dedicado por estos profesionales a sus pacientes, por un lado y por otro para aumentar la oferta asistencial en AP al dotar de SUAP a todas las zonas básicas de salud, incorporando, además, a los llamados refuerzos, proporcionando empleo de calidad y reduciendo la jornada de este personal a la vigente para el resto del SCS de 35 horas semanales. Todas estas medidas han producido simultáneamente una reducción de los especialistas en MFC disponibles en la bolsa de contratación del SCS, generando dificultades para la cobertura de los periodos vacacionales, no del todo resueltas acumulando en los suplentes sustituciones encadenadas durante varios meses y atendiendo en algunos casos el mismo suplente EAP y SUAP, lo que ha obligado a regular los periodos de disfrute vacacional del personal de plantilla en algunos centros y que algún titular de forma aislada y voluntaria haya tenido que cubrir otro cupo.

Estas necesidades puntuales de especialistas en AP y en AE no tienen probablemente otra solución, a corto plazo, que la de traer especialistas de fuera de nuestro país. Hay que destacar que no tienen relación con la nueva edad de jubilación contemplada en la ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, sino que es previa a la misma y no se verá previsiblemente agravada por su puesta en marcha, según los datos contenidos en nuestro PORRHH. Por otro lado desta-

ca que en AE, como sucede en otros servicios de salud, las carencias de especialistas están localizados en determinados centros y especialidades y pueden obedecer a desequilibrios entre la creciente oferta de servicios de salud que se hacen a la comunidad y la disponibilidad de recursos.

Este apartado incluye la descripción de los recursos humanos del sistema de salud regional junto con una reflexión sobre la disponibilidad, necesidades, dificultades surgidas y mecanismos de superación desarrollados.

Resultan de interés preferente asuntos como la jornada laboral e impacto previsible de la jornada de 48 horas, la disponibilidad de especialistas, los incentivos contemplados en los contratos de gestión, la política de permisos y sustituciones y en general todos aquellos asuntos en debate en la actualidad.

## Formación continuada

Elementos clave son también cómo se planifica y gestiona la **formación continuada y si se llevan a cabo** encuestas de satisfacción al personal indicando fecha de la última y síntesis de los resultados más importantes.

Resulta de especial interés conocer y difundir conocimiento sobre la incorporación de la perspectiva de género, como criterio de calidad, en los programas de formación continuada (cursos, diplomas, master, etc.) de las/os profesionales que integran su Servicio Sanitario ó que forman parte del personal adscrito a la Consejería correspondiente competente en materia de salud, Sería interesante también, en caso de haberse desarrollado, especificar el tipo de indicadores utilizados para el seguimiento y evaluación de dichos programas.

- Cursos de Formación en Salud y Género/DG Salud Pública
  - III Foro «Género y Salud de las Mujeres» (7 y 8 abril 2006) (Tema principal: La sexualidad a debate).
  - IV Foro: «Género y Salud de las Mujeres» (23 noviembre 2006) (Tema principal: Mujer y salud mental).
  - Curso sobre Salud y Género para profesionales de la gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo dentro del programa de Formación Continuada
  
- Cursos de Formación Continuada SCS (tabla adjunta)

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005**

Organización de la formación continuada	Sí/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)	Edad			Observaciones
					Hombres	Mujeres	<30 años	
Institución u Organismo específico								
Otro Sistema (especificar)								
<b>Número de Profesionales en Atención Primaria</b>								
Medicina familiar y comunitaria								
Pediatría								
Enfermería								
Farmacia								
Psicología Clínica								
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)								
Otros profesionales no sanitarios								
Porcentaje de población atendida por Equipos de Atención Primaria								
<b>Número de Profesionales en Atención Especializada</b>								
Medicina	3	4				4	3	
Enfermería	1	8	2			6	1	
Auxiliar de enfermería	0	19				15	4	
Auxiliar de Farmacia		1				1		
Otro personal sanitario (Celad./TER/TEL/Fisio)	6	7	1			10	2	
Personal no sanitario vinculado (Admón., Enc. mant., Enc. Gral., Ofic.1.ª, Ayud. cocina, Empl. serv. limp.)	3	14				7	10	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>53</b>						
	<b>66</b>							

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
<b>Número de profesionales por especialidades médicas</b> (según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)						
Alergología						
Análisis clínicos		1			1	
Anatomía patológica						
Anestesiología y reanimación		1		1		
Angiología y cirugía vascular						
Aparato digestivo		1		1		
Bioquímica clínica						
Cardiología						
Cirugía cardiovascular						
Cirugía general y del aparato digestivo						
Cirugía maxilofacial						
Cirugía pediátrica						
Cirugía torácica						
Cirugía plástica y reparadora						
Dermatología médico-quirúrgica y venerología						
Méd. Urgencias	3	1		2	2	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>4</b>				

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Edad			Observaciones
	Hombres	Mujeres	<30 años    30-50 años    >50 años	
Endocrinología y nutrición				
Estomatología				
Farmacología clínica				
Geriatría				
Hematología y hemoterapia				
Hidrología				
Inmunología				
Medicina del trabajo				
Medicina de la educación física y el deporte				
Medicina espacial				
Medicina intensiva				
Medicina interna				
Medicina legal y forense				
Medicina Nuclear				
Medicina preventiva y salud pública				
Microbiología y parasitología				
Nefrología				
Neumología				
Neurocirugía				
Neurofisiología clínica				
Neurología				
Obstetricia y ginecología				
Oftalmología				
Oncología médica				
Oncología radioterapia				
Otorrinolaringología				
Psiquiatría				
Radiodiagnóstico				
Rehabilitación				
Reumatología				
Traumatología y cirugía ortopédica				
Urología				



## 6. Investigación

En relación a la investigación en ciencias de la salud, cabe destacar como órgano de gestión de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, el Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla (IFIMAV) (ley 7/2002 de Ordenación Sanitaria de Cantabria) que integra a las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud. Su fin es impulsar la investigación biomédica en la Comunidad de Cantabria y situarla a un nivel de excelencia nacional e internacional.

El balance a lo largo del año ha sido positivo, el IFIMAV participa en este momento en 15 Redes Nacionales de Investigación Cooperativa que financia el Ministerio de Sanidad y Consumo (4 redes de centros y 11 redes de grupos). En los últimos cinco años han publicado más de 1.500 trabajos (con un factor de impacto total de 530). El 66% de los trabajos originales se publican en revistas del primer o segundo cuartil y el factor de impacto medio de las publicaciones es de 2,7. Durante 2005 se desarrollaron 15 proyectos FIS (4 para periodo 2004-2006) y 11 (en 2005-2007). Durante el año 2005 se han publicado un total de 328 artículos científicos, de los cuales 201 han sido en revistas indexadas. El 84% corresponde al HUMV con 277 publicaciones, de las que 191 han sido en revistas indexadas, pero también se manifiesta una estimable actividad en el resto de hospitales y centros del SCS. El factor de Impacto (FI) total del SCS-IFIMAV en 2005 ha sido de 537,2 puntos. Con respecto al año anterior el número de publicaciones indexadas se ha incrementado un 20% y el factor de impacto en un 15%. El FI medio de los artículos publicados es de 2,73 y el 66% de todas las publicaciones se han producido en revistas de elevada calidad (primer y segundo cuartil).

A lo largo de este periodo se ha experimentado una importante mejora en el acceso a la información bibliográfica a través del incremento de la calidad de las plataformas digitales para la Biblioteca Marquesa de Pelayo. Desde Febrero de 2004 entraron en funcionamiento dos plataformas bibliográficas digitales para los profesionales del Servicio Cántabro de Salud (OVID y UpToDate). Ello ha implicado que el número de accesos electrónicos a la BMT haya pasado de 20.000 a 125.000 en dos años, lo que demuestra su alto grado de utilización. En el año 2005 se ha producido un ajuste en las publicaciones de la plataforma OVID orientadas a mejorar la calidad del paquete electrónico. Ello ha permitido incorporar toda la colección Current Opinion de las diferentes especialidades y mejorar el nivel científico de las revistas a las que accede.

En el año 2005 se concedieron dos periodos sabáticos a dos facultativos del HUMV. Por primera vez se concedieron las 2 Becas Lopez Albo para los MIR, para realizar su estancia externa de dos años en dos hospitales americanos. Se crearon por primera vez los Premios Fin de Residencia para los MIR, se crearon las becas para incorporar personal técnico de FP, se crearon las ayudas para publicaciones científicas, se incorporaron a la acción «ayudas para estancias externas» los anteriores periodos sabáticos, abriendo la posibilidad de solicitarlos a lo largo de todo el año, y la financiación de las ayudas para proyectos de investigación se dirigió en un 80% a financiar recursos humanos para incorporarlos a los grupos de investigación.

Durante el 2005 se ha constituido el Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria con el objetivo de facilitar la homogeneidad de las evaluaciones y la unificación de criterios de supervisión de los ensayos clínicos en el ámbito del territorio

de la Comunidad Autónoma. (BOC n.º 154 de 11 de agosto de 2005. Ver anexo normativa).

Durante este año, el CEIC ha centrado su esfuerzo en evaluar los protocolos y enmiendas recibidos, así como al conocimiento de la evolución y cambios en los ensayos remitidos por promotores e investigadores. La actividad del CEIC durante el año 2005 ha sido de 38 reuniones (media de 7 protocolos evaluados/ sesión). Se han presentado 148 protocolos y 144 han sido evaluados, resultando aprobados 131. Los protocolos evaluados como CEIC de referencia en España fueron 11. las enmiendas relevantes presentadas, evaluadas y aprobadas en su totalidad, fueron 120

La comparativa respecto al año 2004 (CEIC hospitalarios previos a la constitución del regional) muestra un importante aumento en el volumen de proyectos de investigación presentados (se incrementó en un 51.02%) y en la actividad del comité (se duplicó el número de reuniones, aumentando los protocolos evaluados por sesión en un 40%).

Por otra parte, a lo largo del año 2005 se evaluaron en Cantabria 11 protocolos de estudios post-autorización de seguimiento prospectivo con medicamentos.



**Tabla 6. Investigación. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Sí/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías	NO			
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud	Sí	Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla (IFIMAV).	Fundación Marqués de Valdecilla.	
<hr/>				
	Sí/no	Número		Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	Sí	1		
Proyectos de Investigación financiados por FIS	Sí	12 Redes Invest. Cooperativ. 30 proyectos PI del ISCIII 2 proyectos M.º Educación y Ciencia		
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos				
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales				
Ensayos Clínicos patrocinados por industria				

## 7. Sistemas de información sanitaria

La Conserjería de Sanidad y el Servicio Cántabro de Salud continúan trabajando dentro de la misma línea que en años anteriores, inmersos en el complejo Proyecto de la Historia Clínica Electrónica, que pretende reorganizar e interconectar muchas de las aplicaciones y procedimientos ya existentes.

En este contexto se mantienen en marcha, con respecto al 2004, los siguientes proyectos:

- Plataforma de integración de sistemas
- Índice maestro de pacientes (EMPI): Implantación de un sistema capaz de identificar unívocamente a un paciente dentro del sistema sanitario cántabro.
- Gestor de peticiones de pruebas diagnosticas hospitalarias: Se trata de una herramienta capaz de atender todas las peticiones que se produzcan, independientemente de su origen.
- RIS-PACS: sistema de información radiológica y de almacenamiento digital de imagen.
- Gestor del servicio de farmacia: Gestión de las labores de prescripción, dispensación, almacenamiento y adquisición de fármacos, con el fin de mejorar la eficiencia de cada uno de estos procesos.
- Visor de historia clínica electrónica de Cantabria: Repositorio centralizado donde se puede acceder a informes de hospitalización y datos consolidados de la historia de primaria del paciente, independientemente de sus traslados o atenciones en diferentes centros del Servicio Cantabro de Salud.
- Hospital sin paredes: Sistema de información de la unidad de Atención Domiciliaria, garantizando la continuidad asistencial del paciente fuera de las instalaciones del hospital.
- Sistema de gestión de consultas externas: Adaptando los procesos de atención a las nuevas necesidades funcionales como las derivaciones entre centros, multicitas, reprogramaciones, anulaciones y demás aspectos complejos de la actividad diaria tanto de los centros de Atención Primaria como de Especializada.

Además de este amplio proyecto, a nivel de Atención Especializada, en previsión de la aprobación de la ley de tiempos máximos de espera (2006), durante 2005 se ha trabajado en la **centralización de las listas de espera**, quirúrgica, consultas externas y pruebas diagnósticas mediante un software que recoge diariamente la información de los tres hospitales pertenecientes al Servicio Cantabro de Salud. Este sistema es una herramienta que facilita la gestión de las listas de espera, ya que permite hacer un seguimiento más pormenorizado y continuo de cada uno de los pacientes pendientes de ser atendidos.

Nuestra Comunidad Autónoma ha conseguido un nivel de **informatización de Atención Primaria** (centros de salud y consultorios rurales) del 100% mediante el sistema OMI-AP, por ello durante el 2005 se ha trabajado en la herramienta de explotación de la información (SISCAN) que recoge el OMI. Es un Sistema de información que nos permitirá recoger periódicamente indicadores para nuestros cuadros de mando.

Asimismo y dentro de los Sistemas de Información Sanitaria no clínicos, externos al Servicio Cántabro de Salud, destacar un nuevo desarrollo informático que dará soporte a las actividades del **Centro de Salud Bucodental de Cantabria**, tanto en su faceta de promoción y prevención de salud como en las actividades terapéuticas desarrolladas por ese Centro.

En el ámbito de la Salud Pública, se está trabando en el campo de los **Sistemas de Información Geográficos**, con proyectos concretos en el área de **Vigilancia Epidemiológica y Registro de Tumores**.

Además, se ha procedido al desarrollo de una nueva normativa, por primera vez en Cantabria, sobre el **Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)**, de próxima publicación. Se da así, relevancia máxima a esta fuente de información sanitaria, con una nueva legislación que afectará tanto al sector público como al privado.

Con el fin de dar apoyo a esta normativa, se creará, en la Dirección G. de Ordenación y A. Sanitaria, el **Registro Regional de CMBD**.

Por último, destacar los primeros contactos, con empresas del medio, para el desarrollo de **Sistemas de Información Ejecutiva** dirigidos a los ámbitos de decisión de la Consejería con el fin de implantar estas tecnologías de forma integrada con las bases de conocimiento ya existentes.

Desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria de esta trabajando en la introducción de las perspectiva de género en todos los Sistemas de Información y Registro Sanitarios, que permita disponer de la información que se precisa para analizar las diferencias en salud entre hombres y mujeres, aspecto que resulta fundamental para una planificación sanitaria mas efectiva y adecuada a las necesidades reales.

<b>Tabla 7. Sistemas de información sanitaria. Informe SNS 2005</b>					
	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Instituto de Información o Estadísticas sanitarias	NO				
Autopercepción estado de salud bueno o muy bueno en >16 años					
	Sí/no	Año(s) en que se ha realizado	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres	Observaciones
Encuestas de Salud (C.C.AA.)	NO				

## 8. Calidad

El Servicio Cántabro de Salud, en su objetivo de alcanzar la excelencia, ha adoptado el modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), como instrumento para:

- Realizar un proceso de Autoevaluación que permita medir en qué lugar se encuentra la organización, identificar áreas de mejora e implantar soluciones.
- Promover en todos los departamentos y unidades un mismo lenguaje y modo de pensar.
- Establecer un marco general para ubicar las diferentes iniciativas, eliminar duplicidades e identificar carencias.
- Servir como estructura del sistema de gestión de la organización.

Durante 2005 se ha intensificado la labor de sensibilización y formación tanto de los cargos directivos como de los profesionales de base (curso on-line de inscripción gratuita y destinado a todos los profesionales, capacitación de 14 profesionales como grupo evaluador). Conseguido la participación activa de los profesionales designados por el SCS en procesos reales de autoevaluación de todos los centros del SCS (2 Gerencias de Atención Especializada, 2 Gerencias de AP y 061).

Tras la realización de las Autoevaluaciones de los centros, se ha difundido el Diagnóstico de Excelencia del SCS, lo que permite establecer una **comparación y posicionamiento** entre los propios centros y se ha trabajado en las áreas de mejora detectadas.

Teniendo presente, en la actualidad, un horizonte ambicioso para el 2006 de obtención del sello de excelencia por parte de todas las gerencias del SCS.

Con el fin de conseguir la integración del modelo EFQM en la gestión, el contrato de gestión ha evolucionado en su estructura hacia la adopción de líneas coincidentes con los criterios marcados por el modelo, marcando objetivos medibles y una metodología común de evaluación que abarque a todas las Gerencias. A través de los contratos de gestión se ha establecido un modelo de incentivos ligado a la evaluación y cumplimiento de los objetivos marcados en cada una de las líneas estratégicas.

Línea estratégica 1: liderazgo, política y estrategia

Línea estratégica 2 orientación hacia las personas

Línea estratégica 3 orientación al paciente

Línea estratégica 4: orientación a los procesos y mejora de resultados clave

Línea estratégica 5: alianzas y recursos

Línea estratégica 6: orientación a la sociedad

Línea estratégica 7: Gestión de recursos/financiación

Línea estratégica 9 orientación hacia la sociedad

Anualmente la selección de objetivos se realiza en función de las áreas de mejora detectadas a través de la Autoevaluación y de las fuentes de información que aportan oportunidades de mejora (encuestas de satisfacción de usuarios, encuestas de clima laboral, encuestas de comunicación interna, buzones de sugerencias, foros virtuales...).

Durante el 2005 las principales acciones de mejora se centraron en:



- El fomento de la comunicación interna: la elaboración del Plan de Comunicación Interna que incluyó una auditoría de comunicación previa (encuestas dirigidas a 84 mandos intermedios, creación de 8 grupos de mejora implicando a 159 profesionales, realización de talleres con cargos directivos y participación en el foro virtual que registró durante ese periodo 3.102 accesos). La percepción de la comunicación no sólo se valoró en el ámbito inmediato sino tanto para todo el centro como para el conjunto del SCS. Como reflejo tecnológico del Plan de comunicación se trabajó en el diseño y contenidos de la Intranet del SCS, puesta en marcha durante 2006 como espacio de comunicación e intercambio de la información considerada relevante.
- La implantación y difusión de guías de práctica clínica: se han desarrollado jornadas de sensibilización presentando el portal Guía Salud así como experiencias prácticas (Jornada sobre estrategias para la implantación de GPC con participación de profesionales de todos los ámbitos) como primeros pasos de un proyecto más ambicioso dirigido a establecer proyectos comunes para la adaptación/implantación de Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de diabetes, cáncer colorrectal y cardiopatía isquémica en el Servicio Cántabro de Salud (Utilizando el instrumento AGREE para la evaluación de la calidad de las GPC a implantar, priorizando los aspectos a implantar de una GPC utilizando una herramienta de consenso y desarrollar una estrategia de implementación de una GPC.)
- La mejora de la seguridad clínica: En octubre de 2004 se definieron las líneas básicas del proyecto de mejora de la seguridad clínica en el Servicio Cántabro de Salud estructurándose en tres pilares fundamentales: formación/sensibilización de los profesionales, mejora de la investigación y el análisis de los eventos adversos en la práctica clínica e implantación de prácticas clínicas seguras. Durante este año se ha iniciado la formación y sensibilización de los profesionales a través de la edición del curso sobre la mejora de la seguridad en el ámbito asistencial. Se ha trabajado en la mejora de la identificación de los pacientes ingresados tanto en recién nacidos como durante el proceso transfusional. Se han centrado esfuerzos en la minimización de la infección nosocomial a través de un proyecto de ámbito institucional sobre el lavado de manos. Se ha avanzado en el estudio de eventos adversos ligados a la hospitalización (formación en el uso del formulario de cribado, formación de revisores, estudio longitudinal descriptivo, estudio analítico para identificar factores asociados al desarrollo de eventos adversos). Las líneas de mejora se sustentan en el trabajo de grupos interdisciplinarios en los que actualmente participan 115 profesionales médicos y de enfermería.
- Certificaciones de calidad: El Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla ha obtenido la certificación de calidad ISO 9001:2000 como reconocimiento al modelo de gestión que se aplica en el mismo. El Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital de Sierrallana ha sido certificado por OSAS 18001:1999.
- El apoyo a la gestión por procesos: la auto evaluación EFQM identificó como punto débil común en todas las gerencias de nuestro servicio de salud la ausencia de sistematización de los procesos. Por ello desde la gerencia del SCS se ha organizado un Plan de Formación conjunto que sirva de soporte al desarrollo de equipos de diseño y gestión de procesos en cada gerencia. El objetivo marcado con este

proyecto se centra en formar un equipo de profesionales sanitarios en el desarrollo e implantación de un sistema de gestión de la calidad según norma ISO 9001:2000 en el ámbito sanitario con el fin de Capacitar a un equipo de profesionales sanitarios para la realización de auditorias internas de calidad Así mismo se colabora con las gerencias en la identificación de procesos, definición de su estructura, medición y análisis y revisión del sistema.

## 9. Seguimiento del estado de salud de la población

Durante el año 2004 tuvieron lugar 50.898 altas hospitalarias en el conjunto de los tres hospitales pertenecientes al Servicio Cántabro de Salud. Las patologías atendidas con mayor frecuencia fueron en primer lugar las enfermedades y trastornos del aparato circulatorio (14,8%), seguidas por las enfermedades y trastornos del aparato respiratorio (13,01%) y el embarazo, parto y puerperio (11,3%). En relación a la edad de los pacientes dados de alta, 22.083 (un 43,38%) correspondieron a personas mayores de 65 años (media nacional en 2004: 36,9%). 18.787 pacientes fueron intervenidos de forma programada o urgente durante su

hospitalización, la sustitución de la cadera, los procedimientos sobre útero y anejos, los procedimientos cardiovasculares percutáneos, las cesáreas y los legrados fueron las intervenciones más frecuentes.

En Cantabria, durante el año 2004, se produjeron 5.214 defunciones, con una ligera mayoría de hombres (52,76%). Según causa de defunción, la más frecuente resultó ser las enfermedades del sistema circulatorio en un 30,90% de las ocasiones seguida por los tumores (28,62%) y las enfermedades del sistema respiratorio (11,76%). Al analizar de forma independiente según sexo, la causa más frecuente de muerte entre los hombres son los tumores (34,86%) seguido por las enfermedades del sistema circulatorio (26,97%). En el caso de las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio las que supusieron la principal causa de fallecimiento (35,28%), y en segundo lugar los tumores (21,64%).

18 de las muertes se correspondieron a niños menores de 1 año, siendo en su mayoría (55,56%) debidas a afecciones originadas durante el periodo perinatal.

La esperanza de vida al nacimiento fue para el año 1998 de 75,26 años para los hombres y de 83,13 para las mujeres.

En relación a la valoración de la salud percibida, el 13,50% de la población la considera muy buena, cifra que supera la media nacional (13,38%), siendo muy similar la distribución entre sexos (13,08% hombres y 13,91% mujeres). La consideran buena el 55,54% (59,19% de los hombres y el 52,06% de las mujeres).

Con respecto al consumo de tabaco entre la población mayor de 16 años, la frecuencia de fumadores diarios en Cantabria es superior a la media nacional (28,62% vs 28,11%), siendo superior entre los hombres (37,00% vs. 20,75%). Un 57,73% de los fumadores cántabros consumen más de 20 cigarrillos al día.

## 10. Participación

**Tabla 10. Participación. Informe SNS 2005**  
Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	Sí	Art. 28 (1-4) LOSCAN	Ley 7/2002 de 10 de dic. De Ordenación Sanitaria de Cantabria (LOSCAN)
Segunda opinión	Sí	Art. 28 (9) LOSCAN	
Acceso a la Historia Clínica	Sí	Arts. 40-41 LOSCAN	
Consentimiento Informado	Sí	Art. 30 LOSCAN	
Instrucciones Previas/ Últimas Voluntades	Sí	Decreto 139/2004 de 5 de diciembre y art. 34 LOSCAN	
Guía o Carta de Servicios	Sí	Art. 26 LOSCAN	
Información en el Sistema Nacional de Salud (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos; libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.)	Sí	Art. 26 LOSCAN	
<b>Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad</b>	Sí	Ley de Cantabria 6/2004, de Presupuestos Generales para 2005	Convenio de Eliminación de Barreras de la <b>comunicación</b>
<b>Figura o Institución de Defensa de los derechos de los pacientes</b>	NO		
<b>Subvenciones a asociaciones de pacientes</b>	Sí/no		
	Sí	Cuantía dedicada en 2004	N.º de asociaciones subvencionadas en 2004
	Sí	48.549,68 €	13
	Sí	250.857,77 €	21
			Referencia normativa convocatoria
			Orden 17/12/2003 Actividades de interés Científico Sanitario
			Orden SAN 17/2004 de 1 de marzo, Convocatoria de Subvenciones
			Observaciones

**Tabla 10. Participación. Informe SNS 2005 (continuación)**

Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico			
Segunda opinión			
Acceso a la Historia Clínica			
Consentimiento Informado			
Instrucciones Previas/ Últimas Voluntades			
Guía o Carta de Servicios			
Información en el Sistema Nacional de Salud (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.)			
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad			
Figura o Institución de Defensa de los derechos de los pacientes		Figura jurídico-administrativa (tipo)	Observaciones
Subvenciones a asociaciones de pacientes	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
	Sí	N.º de asociaciones subvencionadas en 2005	Referencia normativa convocatoria
	Sí	Cuantía dedicada en 2005	Observaciones
		250.857,77	Orden SAN 17/2005, de 1 de marzo (BOC n.º 47 de 9/3/05)
		21	

## 11. Equidad

**Tabla 11. Proyectos y medidas para la equidad. Informe SNS 2005**

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
<b>Género</b>				
<b>Etnia</b>	Sí	Plan	Ley de Cantabria 6/2004 de Presupuestos Generales	102.256
<b>Discapacidad</b>	Sí	Plan	Ley de Cantabria 6/2004 de Presupuestos Generales	955.605
<b>Otras</b>	Sí		Ley de Cantabria 6/2004 de Presupuestos Generales	
<b>Inmigración</b>		Convenio		687.697
<b>Exclusión Social</b>		Convenio		360.649

## 12. Descripción de dos experiencias innovadoras

### Experiencia 1. Nuevos servicios de atención en domicilio de las situaciones de dependencia

Se han puesto en marcha 6 nuevos servicios de Atención Primaria que tienen por objeto la atención a las personas en situación de dependencia, a sus cuidadores principales así como, la valoración de las condiciones del domicilio, llevado a cabo por fisioterapeutas y trabajadores sociales.

Para esta acción se planifica unas coberturas semejantes de todas las Zonas Básicas de Salud de la Comunidad, originando la contratación de nuevos profesionales hasta cubrir la ratio/habitante, que se fija en 1 fisioterapeuta/10.000 habitantes y 1 trabajador social/20.000 habitantes.

En ambos casos estos profesionales reciben una remuneración por tarjeta individual sanitaria adscrita.

Para los servicios creados se fijan los indicadores de cobertura, los criterios de inclusión y las normas técnicas, que se exponen a continuación:

Servicio 401: Atención fisioterapéutica en domicilio a personas en situación de dependencia (1)

#### Indicador de Cobertura

$$\frac{\text{N.º de pacientes inmovilizados y terminales que reciben atención fisioterapéutica en el domicilio en el último año}}{\text{N.º total de pacientes del EAP incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y Terminales del Sector}} \times 100$$
  
$$\frac{\text{N.º de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona, que reciben atención fisioterapéutica en el domicilio en el último año}}{\text{N.º total de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona del Sector}} \times 100$$

(1) *Definición de Persona en situación de dependencia:* incluye a pacientes inmovilizados, a pacientes terminales y a personas reconocidas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona.

Término	Criterios de Inclusión
N.º de pacientes inmovilizados y terminales que reciben atención fisioterapéutica en el domicilio en el último año	Se contabilizarán todos los pacientes atendidos en el domicilio por la Unidad de Fisioterapia que cumplan la definición de paciente inmovilizado (2), independientemente de su edad, así como todos los pacientes en cuya Historia Clínica figure el diagnóstico/enfermedad de Paciente Terminal (3) y que conste una visita con su contenido en el periodo de evaluación.
	<b>Aclaración</b>
	Se considerarán como pacientes inmovilizados y terminales a los pacientes ya incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y de Pacientes Terminales por otros profesionales del Equipo de Atención Primaria.
N.º de personas reconocidas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona que reciben atención fisioterapéutica en el domicilio en el último año	Se incluyen todas las personas atendidas en el domicilio por la Unidad de Fisioterapia que cumplen la condición de persona reconocida con minusvalía (4) igual o superior al 75% y que reúnan al menos 15 puntos en el baremo de tercera persona.
	<b>Aclaración</b>
	Se excluirán del denominador las personas con el reconocimiento de minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona con estancia permanente en Centros Residenciales.

## NT 401.1

Quedará siempre registrado en la Historia Clínica la fecha y la situación de dependencia que ha motivado la inclusión en este servicio.

(2) *Definición de Pacientes Inmovilizados:* personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo puede abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esa dificultad sea superior a dos meses.

(3) *Definición de Paciente Terminal:* Persona que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable y con pronóstico de vida inferior a 6 meses.

(4) *Definición de persona con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona:* Persona con Reconocimiento Oficial de Minusvalía, por el Equipo Multiprofesional de Valoración y Orientación del Gobierno de Cantabria, con un grado igual o superior al 75% de minusvalía y que alcanza, al menos, 15 puntos en el baremo de necesidad de ayuda de tercera persona.

## Inicialmente (\*) quedará registrado

### NT 401.2

A todos los pacientes atendidos en la Unidad de Fisioterapia se les realizará una primera visita domiciliaria de valoración fisioterapéutica que incluya al menos:

- anamnesis (antecedentes y repercusiones del problema)
- exploración física:  
quedará registrado, al menos:
  - Movilidad activa
    - Grado de movilidad
    - Valoración de los movimientos limitantes
    - Existencia de dolor con la movilización (Escala analógica visual)
    - Capacidad de mantener la bipedestación
  - Movilidad pasiva
    - Grado de movilidad
    - Valoración de los movimientos limitantes
    - Existencia de dolor con la movilización (Escala analógica visual)
  - Coordinación psico/motora
    - Capacidad manipulativa
  - Situación funcional respiratoria
  - Grado de competencia vesical

#### 401.2 Excepción

Paciente en situación de coma para todas las valoraciones, excepto la capacidad de movilización pasiva

(\*) Inicialmente. Se entiende por inicialmente, tanto el periodo que comprende la visita en la que se incluye a la persona en el Servicio., como las visitas realizadas durante los 30 días siguientes.



### NT 401.3

Plan de cuidados, que incluya al menos:

- Objetivos terapéuticos y/o educativos
- Intervenciones y/o actividades en función de los problemas detectados
  - Pauta de movilización activa
  - Pauta de movilización pasiva
  - Técnicas analgésicas
  - Técnicas de contención y/o sujeción adaptadas
  - Fisioterapia respiratoria
  - Ejercicios rehabilitadores de la musculatura de suelo pélvico
  - Pauta de estimulación sensorial
  - Seguimiento del Plan de medidas rehabilitadoras específicas que haya fijado Atención Especializada.

#### 401.3 Excepción

Paciente en situación en coma, excepto técnicas analgésicas y pauta de movilización pasiva

### NT 401.4

En la historia Clínica de todas las personas en situación de dependencia atendidas en el domicilio por la Unidad de Fisioterapia deberá constar al menos:

- Técnicas indicadas
- Resultados alcanzados (deben referirse al grado de consecución de los objetivos fijados previamente)

Técnicas y Resultados deberán actualizarse cada 6 meses.

**A todo paciente incluido en el Servicio se le realizará en el último año visitas programadas de seguimiento, registrando en la Historia Clínica los siguientes aspectos:**

### NT 401.5

- Nivel de Ejecución de las pautas establecidas
- Adecuación de las pautas indicadas
- Grado de satisfacción
- Revisión del Plan de cuidados

**401.5 Excepciones para las visitas de seguimiento que no se han podido realizar por:**

- Éxitus
- Paciente desplazado de su domicilio (durante un tiempo superior a 4 meses)
- Paciente ingresado en algún Centro

Servicio 402: Servicio domiciliario de asesoramiento en ayudas técnicas de adaptación y movilidad para personas en situación de dependencia (5)

**Indicador de Cobertura**

$$\frac{\text{N.º de domicilios de pacientes inmovilizados y terminales valorados por la Unidad Fisioterapéutica en el último año}}{\text{N.º total de domicilios de pacientes del EAP incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y Terminales del Sector}} \times 100$$

$$\frac{\text{N.º de domicilios de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona valorados por la Unidad Fisioterapéutica en el último año}}{\text{N.º total de domicilios de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona del Sector}} \times 100$$

(5) *Definición de Persona en situación de dependencia:* incluye a pacientes inmovilizados, a pacientes terminales y a personas reconocidas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona.

Término	Criterios de Inclusión
N.º de domicilios de pacientes inmovilizados y terminales valorados por la Unidad Fisioterapéutica en el último año	Se contabilizarán los domicilios valorados por la Unidad de Fisioterapia de todos los pacientes que cumplan la definición de paciente inmovilizado (6), independientemente de su edad, así como todos los pacientes en cuya Historia Clínica figure el diagnóstico/enfermedad de Paciente Terminal (7) y que conste una visita con su contenido en el período de evaluación.
<b>Aclaración</b>	
Se considerarán como pacientes inmovilizados y terminales a los pacientes ya incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y de Pacientes Terminales por otros profesionales del Equipo de Atención Primaria.	
N.º de domicilios de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona valorados por la Unidad Fisioterapéutica en el último año	Se incluyen los domicilios valorados por la Unidad de Fisioterapia de todas las personas con minusvalía (8) del 75% y necesidad de tercera persona.
<b>Aclaración</b>	
Se excluirán de ambos denominadores como n.º total de domicilio, los correspondientes a pacientes en estancia permanente en Centros Residenciales.	

## NT 402.1

Quedará siempre registrado en la Historia Clínica la fecha y la situación de dependencia que ha motivado la inclusión en este servicio.

(6) *Definición de Pacientes Inmovilizados:* personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo puede abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esa dificultad sea superior a dos meses.

(7) *Definición de Paciente Terminal:* Persona que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable y con pronóstico de vida inferior a 6 meses.

(8) *Definición de persona con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona:* Persona con Reconocimiento Oficial de Minusvalía, por el Equipo Multiprofesional de Valoración y Orientación del Gobierno de Cantabria, con un grado igual o superior al 75% de minusvalía y que alcanza, al menos, 15 puntos en el baremo de necesidad de ayuda de tercera persona.

## Inicialmente (\*) quedará registrado

### NT 402.2

En todos los domicilios se realizarán una valoración por la Unidad de Fisioterapia que incluya, al menos:

- Accesibilidad del entorno de proximidad
- Accesibilidad de la vivienda desde el nivel de la vía pública.
- Accesibilidad de las estancias comunes del domicilio
- Accesibilidad/Barreras de la habitación del paciente

### NT 402.3

Plan de medidas, que incluya al menos:

- Retirada /supresión de barreras
- Adaptaciones técnicas de accesibilidad del edificio y de la vivienda
- Ayudas técnicas estructurales
- Ayudas técnicas de movilidad. Material ortoprotésico.

El Plan de medidas deberá actualizarse cada 6 meses.

Servicio 403: Servicio de atención fisioterapéutica en domicilio al cuidador principal (9) de personas en situación de dependencia (10)

### Indicador de Cobertura

$$\frac{\text{N.º de cuidadores de pacientes inmovilizados y terminales que reciben atención fisioterapéutica en el domicilio en el último año}}{\text{N.º total de cuidadores de pacientes del EAP incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y Terminales del Sector}} \times 100$$

$$\frac{\text{N.º de cuidadores de personas con Minusvalía del 75% necesidad de 3.ª persona, que reciben atención fisioterapéutica en el domicilio en el último año}}{\text{N.º total de cuidadores de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona del Sector}} \times 100$$

(\*) Inicialmente. Se entiende por inicialmente, tanto el periodo que comprende la visita en la que se incluye a la persona en el Servicio., como las visitas realizadas durante los 60 días siguientes.

(9) *Definición de Cuidador Principal:* persona que de manera informal se hace cargo de la atención continuada a la persona en situación de dependencia.

(10) *Definición de Persona en situación de dependencia:* incluye a pacientes inmovilizados, a pacientes terminales y a personas reconocidas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona.

Término	Criterios de Inclusión
N.º de cuidadores de pacientes inmovilizados y terminales que reciben atención fisio-terapéutica en el domicilio en el último año	Se contabilizarán los cuidadores atendidos en el domicilio por la Unidad de Fisioterapia, de los pacientes que cumplan la definición de paciente inmovilizado (11), independientemente de su edad, así como todos los pacientes en cuya Historia Clínica figure el diagnóstico/enfermedad de Paciente Terminal (12), y que conste una visita con su contenido en el periodo de evaluación.
<b>Aclaración</b>	
Se considerarán como pacientes inmovilizados y terminales a los pacientes ya incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y de Pacientes Terminales por otros profesionales del Equipo de Atención Primaria.	
N.º de cuidadores de personas con Minusvalía del 75% necesidad de 3.ª persona, que reciben atención fisio-terapéutica en el domicilio en el último año	Se incluyen los cuidadores atendidos en el domicilio por la Unidad de Fisioterapia de todas las personas que cumplen la condición de persona con minusvalía (13) del 75% y necesidad de tercera persona.
<b>Aclaración</b>	
No están incluidos en los denominadores los pacientes que viven solos o son atendidos por cuidador profesional.	

## NT 403.1

Quedará siempre registrado en la Historia Clínica la fecha de inclusión en el Servicio de atención al cuidador principal y la situación de dependencia que lo ha motivado.

(11) *Definición de Pacientes Inmovilizados:* personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo puede abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esa dificultad sea superior a dos meses.

(12) *Definición de Paciente Terminal:* Persona que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable y con pronóstico de vida inferior a 6 meses.

(13) *Definición de persona con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona:* Persona con Reconocimiento Oficial de Minusvalía, por el Equipo Multiprofesional de Valoración y Orientación del Gobierno de Cantabria, con un grado igual o superior al 75% de minusvalía y que alcanza, al menos, 15 puntos en el baremo de necesidad de ayuda de tercera persona.

## Inicialmente (\*) quedará registrado

### NT 403.2

A todos los cuidadores atendidos por la Unidad de Fisioterapia se les realizará una primera visita domiciliar de valoración fisioterapéutica que incluya al menos:

- Sobrecarga mecánica de «esfuerzo» en la movilización.
- Sobrecarga mecánica «repetitiva» o «microtraumática» en la movilización.
- Síntomas y/o signos de claudicación músculo-esquelética.
- Nivel de conocimientos previos/teóricos de la tarea manipulativa.

### NT 403.3

Plan de cuidados, que incluya al menos:

- Medidas higiénico-posturales
- Pautas de ejercicios físicos compensadores de la sobrecarga mecánica identificada
- Pauta individualizada de movilización pasiva de la persona dependiente.
- Técnicas analgésicas
- Formación individual y/o grupal para la función cuidadora.

### NT 403.4

En la Historia Clínica se deberá reflejar:

- Técnicas indicadas
- Resultados alcanzados (deben referirse al grado de consecución de los objetivos fijados previamente)

Técnicas y Resultados deberán actualizarse cada 6 meses.

### NT 403.5

A todo paciente incluido se le realizarán visitas de seguimiento en el último año que incluyan, al menos:

- Adecuación de las pautas indicadas.
- Grado de satisfacción.
- Revisión del Plan de Cuidados.

(\*) Inicialmente. Se entiende por inicialmente, tanto el periodo que comprende la visita en la que se incluye a la persona en el Servicio., como las visitas realizadas durante los 60 días siguientes.

## Servicio 600: Atención domiciliaria en trabajo social a personas en situación de dependencia (14)

### Indicador de Cobertura

$$\frac{\text{N.º de pacientes inmovilizados y terminales que reciben atención en Trabajo Social en el domicilio en el último año}}{\text{N.º total de pacientes del EAP incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y Terminales del Sector}} \times 100$$

$$\frac{\text{N.º de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona, que reciben atención en Trabajo Social en el domicilio en el último año}}{\text{N.º total de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona del Sector}} \times 100$$

Término	Criterios de Inclusión
N.º de pacientes inmovilizados y terminales que reciben atención en Trabajo Social en el domicilio en el último año	Se contabilizarán todos los pacientes atendidos en el domicilio por la Unidad de Trabajo Social que cumplan la definición de paciente inmovilizado (15), independientemente de su edad, así como todos los pacientes en cuya Historia Clínica figure el diagnóstico/enfermedad de Paciente Terminal (16) y que conste una visita con su contenido en el periodo de evaluación.
	<b>Aclaración</b>
	Se considerarán como pacientes inmovilizados y terminales a los pacientes ya incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y de Pacientes Terminales por otros profesionales del Equipo de Atención Primaria.
N.º de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona, que reciben atención en Trabajo Social en el domicilio en el último año	Se contabilizarán todas las personas atendidas en el domicilio por la Unidad de Fisioterapia que cumplen la condición de persona con Minusvalía (17) del 75% y necesidad de tercera persona.
	<b>Aclaración</b>
	Ambos denominadores incluyen las personas en situación de dependencia que tienen su domicilio en un Centro Residencial.

(14) *Definición de Persona en situación de dependencia:* incluye a pacientes inmovilizados, a pacientes terminales y a personas reconocidas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona.

(15) *Definición de Pacientes Inmovilizados:* personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo puede abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esa dificultad sea superior a dos meses.

(16) *Definición de Paciente Terminal:* Persona que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable y con pronóstico de vida inferior a 6 meses.

(17) *Definición de persona con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona:* Persona con Reconocimiento Oficial de Minusvalía, por el Equipo Multiprofesional de Valoración y Orientación del Gobierno de Cantabria, con un grado igual o superior al 75% de minusvalía y que alcanza, al menos, 15 puntos en el baremo de necesidad de ayuda de tercera persona.

## NT 600.1

Quedará siempre registrado en la Historia Clínica la fecha y la situación de dependencia que motiva la inclusión en el Servicio.

## Inicialmente (\*) quedará registrado

## NT 600.2

A todos los pacientes atendidos por la Unidad de Trabajo Social se les realizará una primera visita de valoración social, que incluya:

- Anamnesis (entrevista social semiestructurada)
- Elaboración de diagnóstico social que incluya, al menos:
  - Genograma familiar
  - Renta individual y familiar disponible.
  - Indicadores de riesgo social.
  - Identificación del cuidador informal/profesional
  - Imagen corporal
  - Autoestima
  - Relación con el entorno social

## NT 600.3

En la Historia Clínica de todos los pacientes se reflejará una pauta de intervención social que incluya, al menos:

- Reconocimiento Oficial de Minusvalía
- Orientación para la solicitud de recurso de servicios sociales
- Orientación para la solicitud de prestaciones económicas
- Información de los recursos comunitarios de la zona
- Esquema relacional con SAD si está asignado

(\*) *Inicialmente*. Se entiende por inicialmente, tanto el período que comprende la visita en la que se incluye a la persona en el Servicio, como las visitas realizadas durante los 30 días siguientes.



## NT 600.4

A todo paciente incluido en el Servicio se le realizarán en el último año visitas programadas de seguimiento, registrando en la historia clínica los siguientes aspectos:

- Adecuación de recursos
- Recursos adicionales puestos en marcha
- Fijar objetivos de atención prioritaria
- Identificar situaciones que requieren actuación anticipada
- Grado de satisfacción
- Revisión de la pauta de intervención

### 600.4 Excepciones

- Éxito
- Paciente desplazado 4 meses fuera del sector.

Servicio 601: Valoración social del domicilio de la persona en situación de dependencia (18)

### Indicador de Cobertura

$$\frac{\text{N.º de domicilios de pacientes inmovilizados y terminales valorados por Trabajador Social en el último año}}{\text{N.º total de domicilios de pacientes del EAP incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y Terminales del Sector}} \times 100$$
$$\frac{\text{N.º de domicilios de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona, valorados por Trabajador Social en el último año}}{\text{N.º total de domicilios de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona del Sector}} \times 100$$

(18) *Definición de Persona en situación de dependencia:* incluye a pacientes inmovilizados, a pacientes terminales y a personas reconocidas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona.

Término	Criterios de Inclusión
N.º de domicilios de pacientes inmovilizados y terminales valorados por Trabajador Social en el último año	Se contabilizarán todos los domicilios valorados por la Unidad de Trabajo Social de personas que cumplan la definición de paciente inmovilizado (19), independientemente de su edad, así como todos los pacientes en cuya Historia Clínica figure el diagnóstico/enfermedad de Paciente Terminal (20) y que conste una visita con su contenido en el período de evaluación.
<b>Aclaración</b>	
Se considerarán como pacientes inmovilizados y terminales a los pacientes ya incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y de Pacientes Terminales por otros profesionales del Equipo de Atención Primaria.	
N.º de domicilios de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona, valorados por Trabajador Social en el último año	Se contabilizarán todos los domicilios valorados por la Unidad de Trabajo Social de las personas que cumplen la condición de persona con Minusvalía (21) del 75% y necesidad de tercera persona.
<b>Excepción</b>	
Se excluirán de los denominadores los domicilios de las personas cuyo domicilio sea un Centro Residencial.	

## NT 601.1

Quedará siempre registrado en la Historia Clínica la fecha de valoración del domicilio así como la situación de dependencia que motiva la inclusión en el Servicio.

(19) *Definición de Pacientes Inmovilizados:* personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo puede abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esa dificultad sea superior a dos meses.

(20) *Definición de Paciente Terminal:* Persona que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable y con pronóstico de vida inferior a 6 meses.

(21) *Definición de persona con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona:* Persona con Reconocimiento Oficial de Minusvalía, por el Equipo Multiprofesional de Valoración y Orientación del Gobierno de Cantabria, con un grado igual o superior al 75% de minusvalía y que alcanza, al menos, 15 puntos en el baremo de necesidad de ayuda de tercera persona.

## Inicialmente (\*) quedará registrado

NT 601.2

En todos los domicilio se realizará una valoración por la Unidad de Trabajo Social que incluya, al menos:

- Condiciones de habitabilidad de la vivienda
- Salubridad de la vivienda
- Indicadores de confort.
- Fuentes de energía.
- Dotación electrodoméstica básica
- Control y seguridad de los alimentos.
- Control y seguridad de los productos farmacéuticos.
- Identificación de puntos de riesgo para accidentes domésticos
- Adecuación del entorno de permanencia habitual de la persona dependiente

NT 601.3

Plan de medidas que incluya, al menos:

- Medidas de control y seguridad recomendadas
- Recomendación de mejoras en la dotación básica de la vivienda.
- Solicitud de prestaciones económicas de adaptación de vivienda
- Medidas de urgente necesidad
- Indicaciones de adecuación de la vivienda

Servicio 602: Atención domiciliaria al cuidador principal (22) de personas en situación de dependencia (23)

### Indicador de Cobertura

$$\frac{\text{N.º de cuidadores de pacientes inmovilizados y terminales que reciben atención en Trabajo Social en su domicilio en el último año}}{\text{N.º total de pacientes del EAP incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y Terminales del Sector}} \times 100$$

(\*) *Inicialmente*. Se entiende por inicialmente, tanto el período que comprende la visita en la que se incluye a la persona en el Servicio, como las visitas realizadas durante los 30 días siguientes.

(22) *Definición de Cuidador Principal*: persona que de manera informal se hace cargo de la atención continuada a la persona en situación de dependencia.

(23) *Definición de Persona en situación de dependencia*: incluye a pacientes inmovilizados, a pacientes terminales y a personas reconocidas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona.

N.º de cuidadores de personas con Minusvalía del 75% y  
necesidad de 3.ª persona que reciben atención en Trabajo Social  
en su domicilio en el último año

× 100

N.º total de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª  
persona del Sector

Término	Criterios de Inclusión
N.º de cuidadores de pacientes inmovilizados y terminales que reciben atención en Trabajo Social en su domicilio en el último año	Se contabilizarán los cuidadores atendidos en el domicilio por la Unidad de Trabajo Social de los pacientes que cumplan la definición de paciente inmovilizado (24), independientemente de su edad, así como todos los pacientes en cuya Historia Clínica figure el diagnóstico/enfermedad de Paciente Terminal (25) y que conste una visita con su contenido en el periodo de evaluación.
<b>Aclaración</b>	
Se considerarán como pacientes inmovilizados y terminales a los pacientes ya incluidos en Cartera de Servicios de Pacientes Inmovilizados y de Pacientes Terminales por otros profesionales del Equipo de Atención Primaria.	
N.º de cuidadores de personas con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona que reciben atención en Trabajo Social en su domicilio en el último año	Se contabilizarán los cuidadores atendidos en el domicilio por la Unidad de Trabajo Social de todas las personas que cumplen la condición de persona con Minusvalía (26) del 75% y necesidad de tercera persona.
<b>Aclaración</b>	
No están incluidos en los denominadores los pacientes que viven solos o son atendidos por cuidador profesional.	

## NT 602.1

Quedará siempre registrado en la Historia Clínica la fecha de inclusión en el Servicio de Atención al Cuidador principal y la situación de dependencia que lo ha motivado.

(24) *Definición de Pacientes Inmovilizados:* personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo puede abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esa dificultad sea superior a dos meses.

(25) *Definición de Paciente Terminal:* Persona que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable y con pronóstico de vida inferior a 6 meses.

(26) *Definición de persona con Minusvalía del 75% y necesidad de 3.ª persona:* Persona con Reconocimiento Oficial de Minusvalía, por el Equipo Multiprofesional de Valoración y Orientación del Gobierno de Cantabria, con un grado igual o superior al 75% de minusvalía y que alcanza, al menos, 15 puntos en el baremo de necesidad de ayuda de tercera persona.

## Inicialmente (\*) quedará registrado

### NT 602.2

A todos los cuidadores principales se les realizará una visita domiciliar de valoración social que incluya, al menos:

- Libre elección de la tarea cuidadora
- Grado de parentesco
- Dedicación horaria a la actividad cuidadora
- Compatibilización con trabajo profesional remunerado
- Situación laboral previa
- Cargas/Descargas familiares colaterales
- Situación afectivo-emocional. Autoestima
- Riesgo de claudicación
- Tiempo de ocio
- Relación con el entorno social
- Conocimientos previos sobre la función cuidadora

### NT 602.3

Plan de Intervención Social Intervención individual, familiar y comunitaria que recoja, al menos:

- Consenso Trabajador Social - Cuidador principal
- Formación para la función cuidadora
- Recomendaciones en autocuidado.
- Tiempo libre/apoyo informal de voluntarios
- Estancia de «respiro»
- Participación en Grupo de Autoayuda del Sector
- Programa de reducción del daño secundario
- Identificación de las situaciones de riesgo
- Preparación/soporte del duelo. Derivación recíproca con la USM

### NT 602.4

A todo cuidador incluido en el Servicio se realizará visitas de seguimiento en el último año que incluya, al menos:

- Actualización del consenso establecido.
- Grado de satisfacción
- Revisión del Plan de Intervención

(\*) *Inicialmente*. Se entiende por inicialmente, tanto el período que comprende la visita en la que se incluye a la persona en el Servicio, como las visitas realizadas durante los 60 días siguientes.

## Experiencia 2. Control de Terapia Anticoagulante Oral (TAO)

### Justificación

En los últimos años se ha visto un incremento de tratamientos en procesos crónicos que se explica por un incremento en la supervivencia media de la población y una ampliación de las indicaciones terapéuticas, estos motivos y el aumento de la incidencia de patologías para las que la terapia anticoagulante oral está indicada condicionada un incremento del número de pacientes en los que dicho tratamiento está indicado.

En el inicio del proyecto el número de pacientes con tratamiento anticoagulante oral se encontraba alrededor de 6.700. Esta actividad genera un despliegue de recursos personales, un coste y una presión asistencial considerable.

La descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral permite que esta actividad pase a depender de Atención Primaria con las ventajas que esto supone para el paciente y facilitando así a la Atención Especializada la incorporación de pacientes con nuevas indicaciones.

### Población diana

Pacientes con terapia anticoagulante oral en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

### Características principales de su desarrollo

Desde el año 2001, gran parte de la zona oriental de Cantabria viene realizando el control de terapia anticoagulante oral, la novedad que este último proyecto aporta radica en aspectos organizativos, de tal forma que se podrá disponer de una base de datos única para toda la Comunidad Autónoma residente en Servicios Centrales, con acceso, en tiempo real desde los Hospitales y Centros de Salud facilitando así el seguimiento y la asistencia desde cualquier centro del SCS y para cualquier paciente atendido en SCS.

### Aspectos destacables de su implantación o aplicación

La existencia de una base de datos única de pacientes anticoagulados con acceso al profesional hematólogo y al médico de familia desde cualquier centro de salud u hospital del SCS.

Permite aumentar la cobertura del tratamiento anticoagulante oral en pacientes con patologías crónicas en las cuales está indicado este tratamiento.

Ocasión para formar e informar a los profesionales ante nuevos retos asistenciales que deben afrontar.

### Metodología de seguimiento

En desarrollo. En la actualidad la evaluación y seguimiento se hace en relación al porcentaje de centros con pacientes descentralizados y porcentaje de pacientes con terapia anticoagulante oral descentralizados.

## Resultados destacables

Destaca la satisfacción del profesional y sobre todo la del paciente en cuanto a las ventajas que supone esta nueva acción para ellos. Se trata en su mayoría de pacientes ancianos, pluripatológicos, polomedicados y a veces con problemas intercurrentes a los cuales este nuevo servicio llevado desde Atención Primaria les proporciona una atención integral y un seguimiento asiduo y les aporta comodidad para las dificultades de desplazamiento por lejanía o defectos de medios de locomoción.

La metodología de la extracción, menos agresiva, mejora la calidad de la asistencia proporcionada.

La existencia de una base de datos única permite disponer de información actualizada de todos los pacientes anticoagulados de la Comunidad Autónoma de Cantabria, lo cual permite que los pacientes independientemente de su centro de referencia puedan ser controlados en cualquier punto de la red asistencial de Cantabria.

