

**ACUERDO 163/2004, DE 23 DE DICIEMBRE, DE LA JUNTA DE
CASTILLA Y LEÓN, POR EL QUE SE APRUEBA EL PLAN DE
ATENCIÓN SANITARIA GERIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN
2005-2007**

BOCyL nº 250 de 29-12-2004, página 18807

VALLADOLID, diciembre 2004

ACUERDO 163/2004, DE 23 DE DICIEMBRE, DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, POR EL QUE SE APRUEBA EL PLAN DE ATENCIÓN SANITARIA GERIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN 2005-2007

La atención sanitaria a las personas mayores constituye una prioridad dentro de los ejes de acción de la Junta de Castilla León, sustentada por una parte en la estructura demográfica de nuestra Comunidad, con una clara tendencia al sobreenvjecimiento, y por otra parte, en la importante demanda y consumo de recursos tanto sanitarios como sociales que este grupo poblacional presenta. Esta prioridad en salud junto a la existencia de intervenciones eficaces para la prevención, tratamiento y rehabilitación de diferentes problemas de salud que son frecuentes en este grupo de población, así como la exigible garantía del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, justifican la existencia de una planificación regional en relación a la atención sanitaria geriátrica.

La distribución constitucional de competencias y la normativa básica estatal constituida por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, posibilitan el desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas de diferentes instrumentos de planificación sanitaria, entre los que procede incluir los correspondientes a problemas específicos de salud de singular trascendencia.

De este modo la Comunidad de Castilla y León tiene atribuida, en el marco de la legislación básica del Estado, la competencia de desarrollo normativo y de ejecución de la legislación del Estado en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, así como la de coordinación hospitalaria en general, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.º 1. 1.ª y 2.ª de su Estatuto de Autonomía. Estas competencias se complementan con la correspondiente a la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, conforme a lo dispuesto en el artículo 36.º 12 del mismo texto legal.

En este contexto normativo, la aprobación de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, ha permitido la elaboración y aprobación de diferentes planes entre los que destaca el vigente 2.º Plan de Salud de Castilla y León, aprobado mediante Decreto 212/1998, de 8 de octubre. En el mismo, además de contemplarse las orientaciones básicas y objetivos generales del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma, se incluye a las personas mayores como un grupo de edad de especial prioridad, previéndose actuaciones para lograr el desarrollo de los objetivos específicos a través de los correspondientes planes sectoriales o programas.

En coherencia con todas las previsiones anteriores y de acuerdo a lo reflejado en el informe Salud 21 de la Oficina Regional Europea de la OMS, que entre sus objetivos prioritarios incluye «Envejecer en buena salud» y que establece que para el año 2020, las personas mayores de sesenta y cinco años deberán tener la posibilidad de disfrutar de todo su potencial de salud y desempeñar un papel socialmente activo, la Junta de Castilla y León ha elaborado el Plan de Atención Sanitaria Geriátrica 2005-2007, que establece prioridades de acción para los diferentes ámbitos de competencia en materia asistencial, en un esfuerzo de impulsar y coordinar acciones ya existentes así como establecer nuevas formas de organización y nuevas actuaciones. Para ello se establecen prioridades tanto desde el punto de vista preventivo y de promoción de la salud como la atención sanitaria de los problemas de salud más relevantes en este grupo de edad, la coordinación y el impulso de actuaciones transversales relacionadas con la formación de los profesionales.

En la elaboración del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica han participado la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud (Sacyl), la Consejería de Familia, sociedades científicas relacionadas con este grupo de edad y sus problemas de salud, contando también, a través del Consejo Regional de Salud, con la participación de Universidades, Colegios Profesionales, Asociaciones, Entidades Locales y Organizaciones de Consumidores y Usuarios.

El documento elaborado, cuyos objetivos y acciones fundamentales se incluyen en el Anexo al presente Acuerdo, contiene valiosos estudios sobre demografía y epidemiología relacionada con las personas mayores, estructura sanitaria en Castilla y León y otros que, por su volumen y dificultad de publicación, no se insertan en el Anexo mencionado.

El desarrollo del presente Plan, contempla diferentes acciones entre las que incluyen la potenciación y el desarrollo de los servicios de atención a la dependencia en las personas

mayores desde el nivel de Atención Primaria, el desarrollo de un programa de atención geronto-psiquiátrica que pretende coordinar esfuerzos en torno al abordaje de las demencias y la depresión en las personas mayores, el impulso de la coordinación en la atención a las personas mayores enmarcado en un escenario de apuesta decidida por reforzar las estructuras de coordinación sociosanitarias existentes y su contenido, la atención sanitaria en los centros de personas mayores y un conjunto de acciones de carácter transversal que se corresponden con el desarrollo de actividades formativas en el campo de la atención a las personas mayores y dirigida a todos aquellos profesionales implicados.

Los objetivos del presente Plan se establecen para una horizonte temporal que se extiende hasta el año 2007, implicando la necesidad de realizar las actuaciones derivadas de las correspondientes evaluaciones de sus resultados.

En su virtud, la Junta de Castilla y León, a propuesta del Consejero de Sanidad y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión de 23 de diciembre de 2004, adopta el siguiente:

ACUERDO:

Primero.-

Aprobar el Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005-2007, cuyo texto se acompaña como Anexo.

Segundo.-

Los contenidos del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005-2007 deberán ser actualizados, con las modificaciones o ampliaciones que procedan, de acuerdo con los datos obtenidos a partir de la evaluación de sus correspondientes resultados.

Tercero.-

Se faculta al Consejero de Sanidad para dictar las normas y adoptar las resoluciones y medidas que fueran necesarias para el desarrollo y ejecución del presente Acuerdo.

Valladolid, 23 de diciembre de 2004.

El Presidente de la Junta de Castilla y León,
Fdo.: Juan Vicente Herrera Campo

El Consejero de Sanidad,
Fdo.: César Antón Beltrán

ANEXO

1.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

Las personas mayores son, sin duda alguna, un grupo de población de especial relevancia en nuestra Comunidad Autónoma, tanto por su tendencia demográfica al crecimiento, como por ser uno de los grupos poblacionales que más demanda necesita de la intervención del sistema sanitario.

En Castilla y León las personas de 65 años y más suponen el 23% del total de la población con una tendencia poblacional hacia el sobrevejecimiento a expensas de las cohortes de los más ancianos. La esperanza de vida en nuestra comunidad es de 80,52 años, una de las más altas de todo el territorio nacional. Este grupo poblacional causó en el año 2002 más del 56% de las estancias hospitalarias en los centros de la Gerencia Regional de Salud y más de un 43% de los ingresos. La tasa de discapacidad de los mayores de 65 años en Castilla y León es de 372,7 (tasa por 1.000 Hab.), por encima de la media nacional, y sólo por debajo de la que presentan las comunidades andaluza y murciana. Más del 80% del gasto farmacéutico en nuestra comunidad corresponde a los pensionistas.

La búsqueda de soluciones para disminuir la frecuencia y gravedad, así como para mejorar la calidad de vida de todas las personas mayores que padecen algún tipo de enfermedad y favorecer la permanencia de las mismas en su entorno, no sólo es una prioridad para todos los sistemas sanitarios, sino que afecta e implica a diversos sectores de la sociedad.

En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante Resolución 46/91, de 16 de diciembre, aprobó los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad entre los que se encuentran: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

En abril de 2002 se celebró en Madrid la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, y en su transcurso la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el documento «Salud y envejecimiento» que plantea una visión positiva del envejecimiento bajo el concepto de «envejecimiento activo».

En la Estrategia Salud 21 de la Oficina Regional Europea de la OMS se incluye como objetivo 5.º «Envejecer en buena salud» y se establece que para el año 2020 las personas mayores de 65 años deberán tener la posibilidad de disfrutar de todo su potencial de salud y desempeñar un papel socialmente activo.

Ya en el informe de 2001 del Defensor del Pueblo, elaborado a partir de estudios de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología, reflejaba la importancia que estaba cobrando la atención sanitaria a las personas mayores e inste en el informe de 2002, en las demandas de la población anciana de prestación combinada de servicios sanitarios y sociales. Concluye que la demanda de una regulación global que contemple la protección social de la dependencia en el marco de la Seguridad Social y Servicios Sociales viene siendo una constante en los últimos años.

El 29 de agosto de 2003 el Gobierno aprobó el Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, dotado de 1.100 millones de euros, que prevé 135 medidas, entre ellas facilitar ayudas económicas a las familias con mayores a su cargo y potenciar la formación de profesionales especializados en gerontología y la de los cuidadores.

En Castilla y León el II Plan de Salud de Castilla y León, vigente para el período 1998-2007, considera a las personas mayores como grupo de edad de especial prioridad en la Comunidad Autónoma. El objetivo general del II Plan de Salud en este ámbito es que «en el año 2007 habrá mejorado la calidad de vida de las personas mayores, su autonomía personal física y psíquica y la permanencia en su medio habitual». En su formulación inicial se incluían 13 objetivos específicos relacionados con este apartado y referentes a estilos de vida, servicios y recursos sanitarios, coordinación e información.

El Plan Regional Sectorial para las personas mayores (2000-2003), aprobado por Decreto 237/2000, de 16 de noviembre, contempla dentro del área de prevención, el desarrollo de un programa de promoción del envejecimiento satisfactorio y positivo y dentro del área de apoyo en el ámbito familiar y comunitario programas de prestaciones básicas y recursos generales para las personas mayores y de atención a las personas dependientes con actividades directamente relacionadas con el sector sanitario.

La Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León, insiste en la coordinación del sistema de acción social con el sistema de salud con el

objeto de garantizar una atención integral a las personas mayores dependientes y el apoyo a sus familias.

La Estrategia Regional contra el Cáncer en Castilla y León 2002-2004, aprobada por Decreto 122/2002 y los trabajos que se vienen realizando en materia de salud cardiovascular en Castilla y León, abordan de forma integral estas dos patologías que son las principales causa de mortalidad en personas mayores.

La Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León, aprobada por Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, incluye en la línea estratégica de asistencia psiquiátrica: mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos, el desarrollo de un programa de psico-geriatría que incluya la atención a los problemas crónicos más frecuentes en personas mayores, el apoyo sanitario en centros residenciales y de día de carácter social y actuaciones respecto de las personas con enfermedad mental grave y prolongada que envejecen.

El II Plan Sociosanitario de Castilla y León, aprobado por Decreto 59/2003, de 15 de mayo, recoge en cada una de sus cuatro líneas estratégicas objetivos y actividades de cuya puesta en marcha las personas mayores se constituyen como uno de los principales beneficiarios. El Plan apuesta por potenciar la coordinación sociosanitaria, garantizar la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario y prevenir la dependencia, mejorar la atención integral en los centros de carácter social y la continuidad de cuidados en los hospitales y atender a las necesidades específicas de determinados colectivos. Destacamos, en relación a las personas mayores, por estar recogidas en los compromisos para la actual legislatura, actividades como el desarrollo de programas de formación y capacitación para los profesionales en el ámbito de la geriatría, la dotación de Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos en todos los hospitales de Sacyl o el desarrollo de programas de psico-geriatría.

Por otra parte y ya en el ámbito de la gestión sanitaria, los actuales Planes Anuales de Gestión de Sacyl tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, así como el Plan de Formación de Sacyl referidos todos ellos al período 2003-2005, recogen compromisos y actividades dirigidas al colectivo de personas mayores entre las que destacamos el área de la salud buco-dental del anciano, el impulso de programas de diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades que afectan a este grupo poblacional y ponen en peligro su autonomía, desarrollo de programas de psico-geriatría, puesta en marcha de Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos en los hospitales y formación de los profesionales de Atención Primaria en los conocimientos y habilidades en el manejo de la patología de la tercera edad.

En este contexto de impulso de estrategias sociales y sanitarias dirigidas a la población de personas mayores, es en el que la Consejería de Sanidad de Castilla y León y su Gerencia Regional de Salud se plantean el desarrollo del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica 2005-2007 con el objeto de reforzar intervenciones ya existentes o de reciente implantación que forman parte de otros programas o planes de la Comunidad Autónoma, impulsar la coordinación entre recursos normalizados dirigidos a este colectivo y poner en marcha nuevas actuaciones que llevarán a una mejora en la calidad de la asistencia prestada a las personas mayores.

2.- OBJETIVO GENERAL Y PRINCIPIOS RECTORES.

El objetivo general es garantizar una atención sanitaria de calidad dirigida a las personas mayores desde los diferentes niveles asistenciales, mejorando la accesibilidad y la eficiencia en la prestación de servicios.

Teniendo en cuenta el objetivo general, el presente plan se fundamenta en dos principios rectores:

Atención integrada e integral:

La perspectiva de atención integrada hace referencia a que el Plan debe alinear las intervenciones asistenciales del Sistema Sanitario con aquellas que faciliten la accesibilidad al mismo, el impulso de acciones de protección de la salud y prevención de la enfermedad y la incorporación del área de rehabilitación e integración social de las personas mayores.

La atención integral implica un trabajo de coordinación de esfuerzos que debe entenderse tanto a nivel interno en la propia Consejería de Sanidad, como a nivel externo con la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades por sus competencias en materia de Servicios Sociales.

Desde el punto de vista de la coordinación dentro de la propia Consejería de Sanidad, el Plan pretende fortalecer la implicación de los diferentes niveles asistenciales definiendo competencias y circuitos asistenciales entre la Atención Primaria de Salud y el nivel de Atención Especializada en todas sus vertientes.

La coordinación entre el Sistema de Salud y el de Acción Social cobra especial relevancia cuando hablamos del grupo poblacional de personas mayores, teniendo en cuenta las competencias y campos de intervención de cada uno de ellos.

Transversalidad y normalización de actuaciones:

El principio de transversalidad hace referencia a la relación íntima con estrategias y actuaciones recientes o ya previstas en otros planes y siempre respetando el principio de «normalización de actuaciones» que, como se ha expuesto anteriormente, supone impulsar una política general de primacía de utilización de los recursos normalizados conjugada con el desarrollo de actuaciones específicas sobre determinados sectores de la población.

3.- ÁREAS DE INTERVENCIÓN.

Para lograr el objetivo general, el Plan de Atención Sanitaria Geriátrica establece prioridades de acción en diferentes ámbitos de competencias de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, con el objeto de coordinar actuaciones existentes e impulsar otras nuevas. Se plantean en este terreno cuatro áreas de intervención:

- Área 1: Potenciación y desarrollo de los servicios de atención a la dependencia en las personas mayores desde atención primaria.
- Área 2: Desarrollo de un programa de atención geronto-psiquiátrica.
- Área 3: Impulso de la coordinación en la atención a las personas mayores.
- Área 4: Mejora de la atención sanitaria en los centros de personas mayores.
- Área 5: Promoción y desarrollo de actividades formativas en el campo de atención a las personas mayores.

Se requiere, además, una actuación de impulso y seguimiento del Plan. El desarrollo de esta actuación incluye el establecimiento de responsabilidades de cumplimiento por parte de diferentes unidades o servicios de la Consejería de Sanidad, que serán recogidas en documentos de compromiso específicos de cada uno de estos órganos. El Plan de Atención Sanitaria Geriátrica plantea diferentes actividades a desarrollar para el cumplimiento de cada uno de sus objetivos que se acompañan, además, de los indicadores que serán empleados en la evaluación de cada una de ellas.

ÁREA 1.- POTENCIACIÓN Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO:

Garantizar desde el nivel de Atención Primaria de Salud, una respuesta integral e integrada frente a las situaciones de dependencia, potenciando los servicios de la Cartera de Atención Primaria que se relacionan con la población mayor; incluyendo además aquellas actividades englobadas en servicios generales, que tienen especial repercusión en la atención a los problemas de salud en el anciano.

INTERVENCIONES:

1.- IMPULSAR EL SERVICIO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO:

Objetivo de la intervención:

Prevenir el deterioro funcional y cuando éste se produce, recuperar el mayor grado de autonomía posible para que el anciano pueda permanecer en su domicilio, garantizando las suficientes condiciones de bienestar y seguridad.

Actividades:

1.- Actividades de promoción y prevención: consejos sobre nutrición, ejercicio físico, higiene personal, utilización adecuada de los medicamentos, manejo y uso de las prótesis dentales, prevención de accidentes domésticos, vacunación de gripe, neumococo y tétanos-difteria.

2.- Valoración clínica dirigida a identificar áreas de deficiencia y ancianos de riesgo:

- Anamnesis sobre incontinencia urinaria, antecedentes de caídas, consumo de fármacos (atención a pacientes poli-medicados, interacciones, efectos secundarios), agudeza visual, agudeza auditiva, ingresos hospitalarios, con quién vive, hábitos alimentarios.
- Exploración física que incluya toma de tensión arterial, exploración del canal auditivo y exploración buco-dental, en este sentido, los profesionales de Atención Primaria incluirán en su práctica diaria las actividades específicas que se contemplan en el artículo 4.º del Decreto 142/2003, de 18 de diciembre, por el que se regulan las

prestaciones de salud buco-dental del Sistema de Salud de Castilla y León y que comprende, además de las prestaciones básicas previstas en el Capítulo II, el contenido específico de la atención buco-dental destinado a las personas de 75 o más años:

- a) Exploración buco-dental programada dirigida a la detección de caries, enfermedad periodontal y lesiones orales, especialmente cancerosas o precancerosas.
- b) Información y consejo al paciente y/o su cuidador sobre higiene buco-dental, prevención de la enfermedad periodontal y prevención de cáncer de boca.

Al objeto de mejorar la accesibilidad al servicio, este mismo artículo contempla la posibilidad de establecer fórmulas de coordinación con los centros residenciales de la tercera edad.

• Aplicación de instrumentos de screening para identificar ancianos de riesgo.

3.- Valoración integral destinada a detectar problemas en el anciano de riesgo:

- Valoración clínica que incluya diagnóstico de los problemas de salud relevantes del anciano.
 - Valoración de la capacidad funcional para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
 - Valoración de la función emocional y cognitiva.
 - Valoración social, en cuanto a red de apoyo familiar y social, situación económica y de vivienda, cambios de domicilio y utilización del ocio y tiempo libre.
- 4.- Establecimiento de un plan de cuidados en función de los problemas identificados dirigido a prevenir la incapacidad y fomentar la independencia en el anciano.

2.- IMPULSAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA AL PACIENTE INMOVILIZADO:

Objetivo de la intervención:

Acercar la atención sanitaria al domicilio de las personas incapacitadas, para que puedan permanecer en el mismo, con la mayor calidad de vida posible, evitando o retrasando la hospitalización y/o institucionalización.

Población diana: Personas inmovilizadas, que son aquellas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo pueden 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 esta dificultad sea superior a dos meses.

Actividades:

- 1.- Inclusión en el servicio registrando la causa que motiva la situación de inmovilización.
- 2.- Valoración familiar que incluye:
 - Identificación de persona/s cuidadora/s del paciente.
 - Valoración de la situación sociofamiliar.
- 3.- Valoración Clínica con diagnóstico de los problemas de salud relevantes que padece el paciente y tratamientos farmacológicos y valoración funcional para las actividades de la vida diaria.
- 4.- Seguimiento para valorar: estado de nutrición, control de esfínteres, estado de la piel y mucosas, estado de conciencia, trastorno del sueño, síntomas físicos y valoración funcional para las actividades de la vida diaria.
- 5.- Plan de cuidados que contenga las actividades a desarrollar para solventar los problemas identificados.

3.- IMPULSAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL ENFERMO TERMINAL:

Objetivo de la intervención:

Mejorar la calidad de vida y el confort físico, psíquico y social al enfermo y su familia, mediante una atención integral, individualizada y continuada.

Población diana: Enfermos terminales, entendiendo que son aquellas personas que presentan una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses.

Actividades:

- 1.- Valoración clínica que incluye: dolor, estreñimiento, insomnio, anorexia, estado de conciencia, síntomas de ansiedad/depresión, control de esfínteres, estado de piel y mucosas, deambulación/encamamiento.
- 2.- Valoración sociofamiliar dirigida a:
 - Identificar la persona/s cuidadora/s del paciente.

- Valorar la situación socio-familiar.
- Investigar el grado de información y la actitud que tienen sobre la enfermedad, el enfermo y su familia.

3.– Plan de cuidados dirigido a:

- Identificar problemas y necesidades.
- Control y alivio de síntomas.
- Apoyo emocional y comunicación.

4.– Actividades de seguimiento con la periodicidad definida en el plan de cuidados según la evolución del paciente con el objeto de evaluar la evolución de síntomas físicos o psíquicos y revisar el propio plan de cuidados.

4.– IMPULSAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CUIDADOR FAMILIAR:

Objetivo de la intervención:

Dos son los objetivos fundamentales de este servicio dirigidos a evitar la claudicación familiar y por consiguiente la institucionalización o abandono de la persona sujeto de cuidados:

- Prevenir y detectar precozmente el síndrome del cuidador enfermo.
- Potenciar la capacitación en cuidados, el apoyo emocional y el fomento de la autoayuda y participación de los cuidadores familiares en nuestra Comunidad.

Población diana: Cuidadores principales de personas en situación de dependencia.

Actividades:

1.– Valoración anual que incluye:

- Detección del riesgo o cansancio en el cuidador.
- Identificación de cuidados que debe prestar el cuidador y conocimiento de los mismos.
- Situación sociofamiliar.
- Actualización de los problemas de salud.

2.– Plan de cuidados que comprende:

- Priorización de problemas en relación con la situación del cuidador.
- Intervención y/o actividades en función de los problemas identificados.
- Periodicidad de las visitas.
- Atención al duelo en caso de fallecer el paciente sujeto de cuidados.

3.– Seguimiento, al menos una vez al trimestre que incluya:

- Evolución.
- Revisión del plan de cuidados.

4.– Educación para la salud a grupos: dirigida a fomentar la autoayuda y crear redes de participación comunitaria entre los cuidadores. Los objetivos de las actividades grupales se establecen en función de las necesidades detectadas en el grupo. La evaluación de esta actividad incluirá los conocimientos y habilidades adquiridas por los cuidadores, y la satisfacción de los mismos con las actividades desarrolladas.

En relación con estos Servicios también se debe garantizar la continuidad en la atención a las personas mayores que habitualmente cambian de domicilio: Para ello se elaborará e implantará un documento (cartilla para personas con cambio de domicilio) que permita mejorar la atención y el seguimiento de estas personas. La cartilla, que portará la persona mayor, además de contemplar los problemas de salud más relevantes detectados por los diferentes profesionales que le atienden y los tratamientos prescritos, incluirá información para el anciano y su cuidador sobre cuidados generales y consejos a tener en cuenta cada vez que cambie de domicilio.

EVALUACIÓN ÁREA 1:

Para la evaluación de cada uno de estos cuatro servicios se establecen dos tipos de indicadores:

- Cobertura: número de personas a las que se presta el servicio en relación con el número de personas susceptibles de recibirlo.
- Cumplimiento de normas técnicas: porcentaje de cumplimiento de criterios de calidad establecidos en el proceso de atención.

Anualmente se fijan estándares de cobertura y de cumplimiento de Normas Técnicas para cada Servicio, que junto con la metodología de evaluación, se incluyen en los Planes Anuales de Gestión de Atención Primaria.

En función de los resultados obtenidos, se elaboran propuestas de mejora que se desarrollan y reevalúan en el año siguiente.

Los estándares de cobertura y Normas Técnicas a alcanzar para el año 2007 son:

- Prevención y detección de problemas en el anciano: 60% de personas mayores de 75 años (13% de incremento de cobertura), y 85% de cumplimiento de normas de calidad de la atención.
- Atención domiciliaria al paciente inmovilizado: 45% de los casos esperados (34% de incremento de cobertura) con un cumplimiento de normas de calidad del 80%.
- Atención al enfermo terminal: 70% de casos esperados (8,5% incremento de cobertura) y en cumplimiento de calidad de 70%.
- Atención al cuidador familiar: 50% de cuidadores familiares (150% de incremento de cobertura), cumplimiento de un 70% en normas de calidad.

ÁREA 2: DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN GERONTOPSIQUIÁTRICA

OBJETIVO:

Proporcionar una atención integral e integrada mejorando el abordaje precoz y la continuidad de cuidados de los problemas geronto-psiquiátricos que más prevalecen, adaptando y coordinando los dispositivos de asistencia sanitaria, tanto desde el punto de vista de la prevención como de la asistencia, teniendo en cuenta las características y necesidades de este grupo poblacional.

INTERVENCIONES

1.- MEJORAR LA COORDINACIÓN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LAS DEMENCIAS.

Objetivo de la intervención:

Mejorar la coordinación, atención y seguimiento de las personas mayores de 65 años que padecen deterioro cognitivo o demencia, a través de la detección e intervención temprana, la coordinación de los distintos niveles asistenciales implicados y el apoyo a cuidadores y familias.

Actividades:

1.- Diagnóstico Precoz en Atención Primaria y Especialidades Médicas.

1.1. Detección de síntomas de sospecha:

–Actitud de alerta e inicio del proceso diagnóstico ante la aparición de cambios cognitivos y/o cambios de conducta y/o pérdidas funcionales.

–Detección Temprana: Ante la sospecha de una demencia se realizarán las siguientes actividades utilizando un documento específico de historia clínica para registrar los resultados:

a.–Anamnesis al paciente y entrevista al informador sobre antecedentes familiares: Demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedades psiquiátricas.

b.–Antecedentes personales: Factores de riesgo cardiovascular, causas de demencia secundaria, visión y audición, consumo de fármacos y hábitos tóxicos, nivel educativo y capacidad funcional y social previa.

c.–Enfermedad actual: Inicio de los síntomas, forma de instauración, progresión de la enfermedad, síntomas asociados, conciencia de enfermedad por parte del enfermo.

d.–Exploración física que incluye la búsqueda de datos orientativos de demencia secundaria.

e.–Valoración de la capacidad funcional, valorando la repercusión del deterioro en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.

f.–Exploración psicopatológica dirigida a investigar alteraciones del comportamiento, estado afectivo, alucinaciones, ideas delirantes, curso del pensamiento. La exploración incluirá la realización de un screening mediante el Miniexamen Cognoscitivo de Folstein en la versión española de Lobo y Cols.

g.–Estudio analítico, incluyendo determinaciones adicionales según sospecha.

h.–Identificación del cuidador principal.

i.–Valoración de riesgo social con derivación al trabajador social, si procede, para valoración del caso, diagnóstico social y propuesta de intervención temprana.

1.2. Derivación para confirmación Diagnóstica en Atención Especializada:

El diagnóstico de confirmación se realizará en Atención Especializada. Una vez detectada la sospecha de demencia el médico de Atención Primaria o los Especialistas que detecten el caso solicitarán una interconsulta al Servicio de Neurología o al Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos del hospital de referencia, acompañando un informe en el que se incluirán los resultados de las pruebas y exploraciones efectuadas hasta el momento. En función de los síntomas el paciente podría derivarse alternativamente al Servicio de Psiquiatría.

Cuando el paciente sea derivado al Servicio de Neurología y/o al Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos se realizarán las siguientes actividades:

1. Anamnesis.
2. Exploración neurológica.
3. Exploraciones complementarias: Valorará la conveniencia y/o necesidad de realizar pruebas de neuroimagen y otras.
4. Diagnóstico diferencial con demencias reversibles y demencias secundarias:
 - 4.1. Si es una demencia reversible o demencia secundaria:
 - 4.1.1. Elaboración del inicio del Plan Individualizado de Tratamiento:
 - Tratamiento farmacológico.
 - Tratamiento no farmacológico.
 - Otro tipo de tratamiento, interconsulta si se precisa con otras especialidades.
 - 4.1.2. Remisión a Atención Primaria, del paciente y de la historia, para llevar a cabo el seguimiento siendo el médico responsable que coordina el proceso el médico de Atención Primaria.

4.2. En caso de haberse descartado demencia reversible, demencias secundarias, etc. se solicitará interconsulta con el Servicio de Psiquiatría para la valoración de los aspectos conductores, neuro-psicológicos, psicopatológicos y para descartar pseudodemencia.

Cuando el paciente sea enviado al Servicio de Psiquiatría además de las anteriores se realizarán las siguientes actividades:

1. Anamnesis.
2. Exploración psicopatológica y exploración neuro-psicológica.
3. Diagnóstico de confirmación, descartando pseudo-demencia.
4. Elaboración del inicio del Plan Individualizado de Tratamiento integrando las aportaciones de Atención Especializada y de Atención Primaria:
 - 4.1. Tratamiento farmacológico.
 - 4.2. Tratamiento no farmacológico.
5. Remisión a Atención Primaria del paciente y de la historia o el informe, para llevar a cabo el seguimiento a través de visitas periódicas, con una frecuencia mínima de cuatro anuales, siendo estas visitas alternadas por el Psiquiatra y el facultativo de Atención Primaria que será el responsable que coordina el proceso.

2.– Seguimiento.

- 2.1. Elaboración de un Plan de Seguimiento que especifique como mínimo:
 - Calendario de visitas programadas del médico de Atención Primaria y del médico de Atención Especializada (mínimo de cuatro, dos por el médico de Atención Primaria y dos por el especialista).
 - Tratamiento farmacológico completo.
 - Tratamiento no farmacológico.
 - Identificación del cuidador principal y actuaciones a realizar.
 - Detección de riesgo social, y actuaciones a realizar.
 - Actuación domiciliaria si se precisa.
 - Valoración de enfermería de los patrones funcionales y programación del plan de cuidados.
- 2.2. En situaciones de crisis, con descompensación aguda de sintomatología:
 - Consulta en Atención Primaria.

- Interconsulta de los profesionales vía telefónica al Equipo de Salud Mental del nivel de Atención Especializada.
- Cuando sea preciso, derivación a Atención Especializada, o ingreso hospitalario.

2.3. Información a la familia sobre la sospecha diagnóstica, pasos a seguir, actividades de rehabilitación cognitiva y técnicas de estimulación que se pueden realizar para fomentar la autonomía e independencia del enfermo y paliar, en lo posible, la progresión del deterioro cognitivo.

2.4. Orientación a la familia sobre recursos, cuestiones económicas, médico-legales y de seguridad del paciente, teléfonos de información.

2.- MEJORAR LA COORDINACIÓN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN.

Objetivo de la intervención:

Mejorar la coordinación, atención y seguimiento de las personas mayores de 65 años que sufren un síndrome depresivo, a través de la detección e intervención precoz, la coordinación de los distintos niveles asistenciales implicados y el apoyo a cuidadores y familias.

Actividades:

1.- Diagnóstico Precoz en Atención Primaria y Especialidades médicas.

1.1. Detección de síntomas de sospecha:

- Actitud de alerta e inicio del proceso diagnóstico ante la aparición de cambios afectivos y/o cambios de conducta y/o pérdidas funcionales.
- Detección Precoz: Ante la sospecha de una depresión se realizarán las siguientes actividades:

a) Anamnesis al paciente y entrevista al informador sobre antecedentes familiares especificando los referentes a trastornos afectivos e intentos o consumación de suicidio.

b) Antecedentes personales: Existencia de episodios depresivos y/o maníacos con anterioridad. Estado inter-episódico. Historia de tratamientos en el pasado. Factores de riesgo, acontecimientos vitales, experiencias de pérdida, respuesta a las transiciones del ciclo vital, enfermedades somáticas, abuso de alcohol, aislamiento social, aislamiento sensorial, consumo de fármacos, nivel educativo, capacidad funcional y social previa, etc.

c) Enfermedad actual: Inicio de los síntomas, forma de instauración, progresión de la enfermedad, síntomas asociados, conciencia de enfermedad.

d) Exploración física que permita descartar factores orgánicos en la etiología.

e) Exploración psicopatológica dirigida a investigar la existencia de ansiedad, ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones en el curso del pensamiento, síntomas catatónicos, síntomas atípicos (aumento del sueño, el apetito y el peso, notable reactividad del estado de ánimo, hipersensibilidad al rechazo, síntomas fóbicos, fatiga intensa, etc.). La exploración incluirá la aplicación de una prueba de screening como la Escala de Depresión Geriátrica.

f) Valoración del riesgo suicida y adopción de medidas de protección para el paciente.

g) Estudio analítico, incluyendo determinaciones adicionales según criterio médico.

h) Identificación del cuidador principal.

i) Valoración de la capacidad funcional, valorando la repercusión del síndrome depresivo en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.

j) Valoración de riesgo social con derivación al trabajador social, si procede, para valoración del caso, diagnóstico social y propuesta de intervención temprana.

k) Determinar el contexto apropiado para el tratamiento: En régimen ambulatorio, de hospitalización total, hospital de día, etc.

1.2. Derivación para confirmación diagnóstica y tratamiento en el Servicio de Psiquiatría:

El diagnóstico de confirmación se realizará en el Servicio de Psiquiatría. Una vez detectada la sospecha de síndrome depresivo el médico de Atención Primaria y/o el Especialista solicitarán una interconsulta al Servicio de Psiquiatría, acompañando un informe en el que se incluirán los resultados de las pruebas y exploraciones efectuadas hasta el momento.

En el Servicio de Psiquiatría se realizará:

1. Anamnesis.
2. Exploración psicopatológica. Valoración del riesgo suicida.
3. Exploración neurológica.
4. Exploración somática.
5. Exploraciones complementarias: Se valorará la conveniencia y/o necesidad de realizar pruebas de neuroimagen, etc.
6. Diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales y neurológicos: Demencias, accidentes cerebrovasculares, Enfermedad de Parkinson, otras enfermedades neurológicas, etc.
7. Diagnóstico de comorbilidad con otros trastornos mentales: Trastornos de angustia, abuso o dependencia de alcohol o de otras sustancias, trastornos de la personalidad, etc.
8. Elección de una modalidad de tratamiento inicial:
 - Tratamiento farmacológico.
 - Tratamiento no farmacológico.
 - Otro tipo de tratamiento e interconsulta si se precisa con otras especialidades.
9. Establecimiento y mantenimiento de un vínculo terapéutico.
10. Información sobre las características del tratamiento, administración de la medicación, etc.
11. Consejo a los familiares.
12. Adopción de las medidas necesarias para garantizar la seguridad del paciente durante el tratamiento.

2.– Seguimiento:

- 2.1. Completar un Plan de Seguimiento, integrando las aportaciones de Atención Especializada y de Atención Primaria, que incluya como mínimo:
 - Calendario de visitas programadas al Equipo de Salud Mental.
 - Tratamiento farmacológico completo.
 - Tratamiento no farmacológico.
 - Identificación del cuidador principal y actuaciones a realizar.
 - Detección de riesgo social, y actuaciones a realizar.
 - Actuación domiciliaria en caso necesario.
 - Valoración por enfermería de los patrones funcionales y programación del plan de cuidados.
- 2.2. Valoración de la respuesta al tratamiento transcurridas 4-8 semanas desde el inicio. Ante falta de respuesta verificar el diagnóstico, valorar la cumplimentación del paciente y los factores farmacocinéticos/farmacodinámicos intervinientes, reconocer y tratar los factores clínicos que pudieran impedir la mejoría, descubrir e intervenir los factores psicosociales que obstaculicen la recuperación, etc. Considerar nuevas opciones de tratamiento.
- 2.3. En situaciones de crisis. Dependiendo de la situación:
 - Consulta en urgencias.
 - Consulta en Atención Primaria.
 - Interconsulta vía telefónica a Atención Especializada.
 - Cuando sea preciso, derivación a Atención Especializada, o ingreso hospitalario.
- 2.4. Fase de continuación: Durante las semanas 16 a 20 con posterioridad a la remisión los pacientes que han sido tratados con antidepresivos durante la fase aguda han de seguir recibiendo estos agentes para prevenir las recaídas. Las visitas se pueden regular en función de la estabilidad del cuadro clínico y de la modalidad del tratamiento.
- 2.5. Tras la fase de continuación se instaurará un tratamiento de mantenimiento para prevenir recurrencias, regulando las visitas en función de la estabilidad del cuadro y la modalidad de tratamiento instaurada. Se informará al paciente y la familia sobre los signos y síntomas predictores de recaídas, pasos a seguir, etc.

2.6. Al alta remisión del paciente, acompañándose un informe, a Atención Primaria.

EVALUACIÓN ÁREA 2:

–Porcentaje de Equipos de Atención Primaria que utilizan un documento específico de registro de atención temprana de demencia y/o depresión, que recoja las actuaciones previstas en el presente plan.

–Porcentaje de casos de sospecha de demencia y/o depresión derivados a atención especializada por Equipo de Atención Primaria y demora en la primera consulta.

–Porcentaje de casos de demencia y/o depresión confirmados desde Atención Especializada.

–Porcentaje de enfermos diagnosticados de demencia y/o depresión con Plan de Seguimiento establecido.

ÁREA 3: IMPULSO DE LA COORDINACIÓN EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES.

Objetivo:

Garantizar la coordinación intra e interinstitucional (sociosanitaria) en el abordaje de los problemas de salud del anciano mediante la creación o el impulso de dos figuras desde diferentes ámbitos, que deben actuar de forma coordinada:

- Desde Atención Primaria (Coordinador de Atención Geriátrica del Equipo de Atención Primaria) para garantizar la coordinación intra e interinstitucional (sociosanitaria) en el abordaje de los problemas de salud del anciano en el ámbito de la comunidad.

- Desde Atención Especializada (Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos) para mejorar la atención integral y la continuidad de los cuidados de los pacientes ancianos en el ámbito de la atención especializada.

Intervenciones:

1.– LA PUESTA EN MARCHA DEL COORDINADOR DE ATENCIÓN GERIÁTRICA DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Objetivo de la intervención:

Garantizar la atención integral e integrada a las personas mayores y/o en situación de dependencia de su Zona Básica de Salud.

Actividades:

- Impulsar, seguir y evaluar los servicios en relación con la dependencia incluidos en Cartera (en colaboración con el responsable de Cartera del Equipo de Atención Primaria, EAP).

- Garantizar la integración funcional de los servicios sanitarios y sociales en su ámbito de actuación.

- Definir, impulsar y garantizar el funcionamiento de los procesos de coordinación y continuidad de cuidados entre niveles asistenciales en relación con las personas mayores y/o dependientes.

2.– IMPULSO DEL EQUIPO DE VALORACIÓN Y CUIDADOS GERIÁTRICOS (EVCG)

Objetivo de la intervención:

Mejorar la situación funcional, cognitiva y afectiva de este tipo de pacientes, identificar el riesgo de discapacidad, dependencia y el grado de rehabilitación posible, articular las medidas de prevención y tratamiento adecuados y prever los recursos necesarios para el paciente y la coordinación de los mismos.

Actividades:

- Detectar situaciones de riesgo social durante el ingreso hospitalario.

- Utilizar correctamente los recursos y niveles asistenciales de los servicios sanitarios, asesorando a los Equipos de Atención Primaria y Atención Especializada sobre los mismos, en función del momento evolutivo de la historia natural de la enfermedad.

- Realizar una valoración multiaxial, mediante un Plan Individualizado de Intervención en el hospital y garantizando la continuidad de cuidados a través de Atención Primaria y Servicios Sociales.

- Realizar un análisis periódico de la atención a pacientes con demencia del área sanitaria a su cargo.

- Atención a las interconsultas procedentes de Atención Primaria.

EVALUACIÓN ÁREA 3:

- De las actividades relacionadas con los servicios de atención a la dependencia: Seguirá el procedimiento de seguimiento y evaluación ya definidos en el área de intervención primera del presente Plan y que resumimos en indicadores de cobertura y de cumplimiento de Normas Técnicas para cada uno de los servicios.
- De las actividades en relación con la coordinación sociosanitaria: Estará sujeta al procedimiento y sistema de información específico de Coordinación Sociosanitaria, segregando la información específica para este segmento de población junto con el seguimiento de los compromisos derivados del Plan Anual de Gestión. Básicamente se centra en las áreas de:
 - * Gestión de casos complejos (número de casos gestionados e indicadores de calidad en proceso y resultados de los mismos), por parte de los Equipos de Coordinación de Base y de los EVCG-UCASS (Unidad de Continuidad Asistencial Sociosanitaria).
 - * Propuestas de mejora de procesos y/o de recursos (número de ellas, ajuste a los requisitos de calidad establecidos y resultado de las mismas).
- De las actividades de coordinación entre niveles asistenciales: Los indicadores de seguimiento y evaluación se derivarán de los protocolos de coordinación-continuidad de cuidados que se establezcan. Se centrarán en las siguientes áreas de evaluación:
 - * Continuidad de cuidados de casos complejos entre los EVCG y los EAP (cobertura, requisitos de calidad...).
 - * Continuidad y calidad de la información clínica tras el alta hospitalaria en ancianos.
 - * Prestación de servicios de atención a la dependencia en Atención Primaria (cobertura...).
 - * Prestación de servicios de los EVCG (incluyendo los procedimientos de valoración e interconsulta para Atención Primaria).Los sistemas de información utilizados serán los procedimientos y soportes ya existentes en cada Área (indicadores de actividad de los EVCG, cartera de servicios en Atención Primaria, evaluaciones de continuidad de cuidados entre Atención Primaria y Atención Especializada).

ÁREA 4.- MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y DE PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LOS CENTROS DE PERSONAS MAYORES (CPM)

Objetivo:

Mejorar la atención sanitaria y de protección de la salud de las personas mayores residentes en los centros de carácter social, mediante la coordinación de las actuaciones de los diferentes profesionales sanitarios responsables.

Intervenciones

1.- ANÁLISIS Y PROMOCIÓN DE EXPERIENCIAS DE COLABORACIÓN A NIVEL LOCAL ENTRE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP) Y PROFESIONALES SANITARIOS DE LOS CPM DE TITULARIDAD PÚBLICA Y PRIVADA (VINCULADOS POR EL DECRETO 14/2001, de 18 de enero).

Objetivo de la intervención:

Valorar y promover experiencias de colaboración entre los profesionales de los EAP y los sanitarios vinculados o no, a las administraciones públicas de los CPM establecidos en su Zona Básica de Salud, que redunden en la no duplicidad de actuaciones y en la convergencia de las mismas a fin de garantizar a las personas mayores residentes la prestación de los servicios sanitarios.

Actividades:

- Se realizará un análisis de situación existente mediante un seguimiento de las diferentes experiencias de colaboración actual entre los profesionales de los EAP y los profesionales sanitarios de los CPM públicos y privados existentes en sus ZBS (Zona Básica de Salud). Fruto de este análisis se definirán requisitos de calidad para los diferentes modelos de colaboración.

En cualquier caso, deberán poderse verificar los siguientes aspectos:

- * – La adscripción de las personas mayores residentes, mediante TSI (Tarjeta Sanitaria Individual), a los sanitarios del EAP.

- * – El intercambio de información sobre el horario de los diferentes profesionales, así como los planes de trabajo y/o procedimientos que estén definidos en uno y otro ámbito (incluyendo sistemas de registro e información).
- * – Los acuerdos de convergencia de actuaciones, control de largos tratamientos, cooperación en cuidados, enfermeros, capacitación de cuidadores, etc.
- * – Los posibles acuerdos de facilitación de recursos (material de curas, absorbentes, exploraciones complementarias, ...) así como de acceso de los profesionales de los CPM a las actividades formativas, de mejora de calidad, etc.
 - Tras el análisis y desarrollo de las experiencias de colaboración se valorará la conveniencia de proceder a la extensión y formalización de los modelos de colaboración entre los equipos y los CPM.

2.– ESTABLECIMIENTO DE PROGRAMAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A RESIDENTES EN CENTROS PARA PERSONAS MAYORES DE TITULARIDAD PÚBLICA.

Objetivo de la intervención:

Mejora de la atención farmacéutica que se presta a los residentes de los centros de personas mayores de la Gerencia de Servicios Sociales, tanto en términos de calidad como de coste/efectividad.

Actividades:

- Diseño, programación e implementación de un proyecto piloto para la mejora de la atención farmacéutica en estos centros.
- Establecimiento de depósitos de medicamentos autorizados en estos centros vinculados a un servicio de farmacia hospitalaria, atendidos por un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria contratado por el hospital.
- Existencia de procedimientos de mejora de la atención farmacéutica a los residentes, intervenciones de prevención y detección de problemas relacionados con los medicamentos (interacciones, incumplimiento, adecuación de formas farmacéuticas, efectos secundarios...).
- Rediseño de los procedimientos de gestión de suministro, mantenimiento y dispensación de medicamentos contribuyendo a mejorar su coste/efectividad.
- Impulso, seguimiento y evaluación del proyecto piloto y extensión progresiva al resto de centros de personas mayores de la Gerencia de Servicios Sociales.

3.– DISEÑO Y DESARROLLO DE PROGRAMAS RELACIONADOS CON LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LOS CENTROS DE PERSONAS MAYORES.

Objetivo de la intervención:

Mejorar la protección de la salud centrada en la seguridad alimentaria y medioambiental en los Centros de Personas Mayores.

Actividades:

- Diseño y posterior aplicación de un programa de inspección en materia de seguridad alimentaria basado en un análisis de puntos críticos específicos para centros de personas mayores y empresas de catering que prestan servicio en estos centros.
- Diseño de un programa de «excelencia alimentaria» para centros públicos, basado en el cumplimiento de mayores requisitos, tanto en sus aspectos sanitarios e higiénicos como en la elaboración de dietas.
- Desarrollo de un programa específico de protección de la salud sobre legionelosis en los Centros de Personas Mayores.

EVALUACIÓN ÁREA 4:

1.– De las actividades de colaboración entre profesionales:

- Existencia de un documento con el análisis de la situación de experiencias de colaboración locales entre EAP y profesionales sanitarios de los Centros de Personas Mayores públicos y privados (vinculados por el Decreto 14/2001, de 18 de enero) y los modelos de colaboración propuestos.
- Cobertura de los protocolos de colaboración (número de protocolos existentes y ajustados a los requisitos de calidad/número de Centros de Personas Mayores susceptibles).
- Evaluación de la actividad de forma específica sobre las personas mayores residentes en los centros, como control de calidad.

2.– De los programas de mejora de la atención farmacéutica:

- Número de centros en los que se implantan procedimientos de mejora de la atención farmacéutica.
- Número de centros en los que se implantan nuevos procedimientos de gestión de suministro, mantenimiento y dispensación de medicamentos.
- Número de depósitos de medicamentos en centros de personas mayores dependientes de servicios de farmacia hospitalaria, atendidos por un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria.

3.- De los programas relacionados con la protección de la salud:

- Número de centros en los que se ha llevado a cabo inspección en materia de seguridad alimentaria.
- Existencia del programa de excelencia alimentaria para centros de personas mayores.
- Número de centros de personas mayores en los que se ha llevado a cabo un programa de protección de la salud sobre legionelosis.

ÁREA 5.- PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS EN EL CAMPO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES.

OBJETIVO:

Garantizar la capacitación profesional en la prevención y el abordaje de los problemas de salud más frecuente entre los ancianos.

INTERVENCIONES:

1.- DETECCIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS.

Objetivo de la intervención:

Adequar las necesidades formativa a las nuevas exigencias en relación a los perfiles competenciales de los diferentes puestos de trabajo para la atención geriátrica y a las necesidades de mejora identificadas a través de la evaluación de la competencia profesional.

Actividades:

- Detección de necesidades formativas a través del análisis de perfiles de puesto de trabajo para realizar planes formativos en función de las áreas competenciales relacionadas con la atención geriátrica donde se hubieran encontrado deficiencias o bien para adaptarlas a las nuevas exigencias.

2.- FORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE LAS LÍNEAS INSTITUCIONALES DEL PRESENTE PLAN.

Objetivo de la intervención:

Garantizar la Formación de los profesionales sanitarios en las áreas de intervención priorizadas en el Plan como la atención al anciano desde atención primaria, el modelo de atención de procesos clínicos integrados, el modelo de coordinación sociosanitaria en el abordaje de problemas específicos que requieren intervención conjunta del sistema sanitario y social y la atención específica al problema de la demencia.

Actividades:

- Formación de los profesionales de Atención Primaria en relación con los servicios de atención a la dependencia en las personas mayores: Prevención y detección de problemas en el anciano, Atención domiciliaria al paciente inmovilizado, Atención al paciente terminal y Atención al cuidador principal, a través del impulso de actividades de formación continuada en relación con las necesidades detectadas.
- Formación relacionada con el modelo de coordinación sociosanitaria para la prestación de cuidados integrales: Gestión compartida de casos y mejora de procesos de coordinación sanitaria y social, formación en el modelo de coordinación al personal directivo y de equipos de coordinación de base.
- Formación del personal de los diferentes niveles asistenciales en la atención de procesos clínicos integrados relacionados con el paciente geriátrico: Metodología para la elaboración de guías práctica clínica conjuntas y consensuadas, modelo integrado de cuidados, intercambios formativos entre Atención Primaria y Hospitales, gestión de casos, procesos de continuidad de cuidados entre Atención Primaria/Atención Especializada, Unidades multidisciplinares de valoración y continuidad de cuidados, Coordinador de atención geriátrica en Atención Primaria.

- Desarrollo de un programa de formación en geronto-psiquiatría y de forma específica de atención a la demencia en los diferentes ámbitos: Atención primaria, Atención Especializada y Coordinación Sociosanitaria.
- Desarrollo de un programa de formación específica del personal que trabaja en centros de personas mayores en materia de seguridad alimentaria así como de los Inspectores de Salud Pública que supervisan los comedores colectivos de dichos centros.

Toda esta formación específica se llevará a cabo a través de acciones formativas decididas por:

- Las propias unidades de provisión de servicios (hospitales, gerencias de Atención Primaria...) en función de las necesidades detectadas y de las áreas de mejora identificadas y que se reflejarán en sus programas formativos.
- La Gerencia Regional de Salud a través del Servicio de Formación que incluirá en su programa centralizado de formación aquellas acciones formativas dirigidas a complementar y potenciar los objetivos de este plan y las líneas establecidas en los niveles periféricos.

EVALUACIÓN ÁREA 5:

La implantación y desarrollo del plan de formación se evaluará a través de los programas anuales de las Gerencias de Atención Primaria y Especializada y del Plan de Formación Centralizado en los aspectos relacionados con la capacitación de los profesionales para el abordaje de la atención integral e integrada de las personas mayores, a través de la evaluación anual de las actividades realizadas y consecución de objetivos.

Los indicadores serán los obtenidos del resultado del análisis de las competencias específicas en relación a la atención geriátrica en los diferentes puestos de trabajo y sus necesidades en formación, de cobertura de las actividades formativas, de calidad de los programas (metodología en su elaboración, coherencia...), de calidad de las actividades formativas (resultados de la encuesta de calidad percibida y adecuación de las actividades por parte de los profesionales y acreditación de las mismas). Se hará de forma puntual algún estudio de impacto de las actividades formativas (como puede ser la relacionada con el programa de atención al cuidador...).

4.– EVALUACIÓN GLOBAL

La evaluación del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica se realizará de forma continuada a lo largo de todo el periodo de vigencia del mismo, realizándose un informe anual por parte de la Dirección General de Planificación y Ordenación que incluya el seguimiento de los principales indicadores de evaluación establecidos en las cinco áreas de intervención del Plan. Al terminar la vigencia del Plan se hará un informe final con la evaluación de todas las actividades recogidas en el mismo. La evaluación se desarrollará en el marco de los sistemas de información existentes o propuesto en el propio Plan y con la necesaria colaboración e implicación de todos los órganos directivos que participan en su desarrollo.

El informe de evaluación anual tendrá como objetivo determinar lo ejecutado bien como resultados o como puesta en marcha de procesos y hacer una valoración que permite establecer estrategias de mejora continua durante todo el periodo de vigencia del Plan. Este informe incluirá al menos el seguimiento y valoración de los siguientes indicadores:

- Área 1: Potenciación y desarrollo de los servicios de atención a la dependencia en las personas mayores desde Atención Primaria.
 - Cobertura del Servicio de prevención y detección de problemas en el anciano.
 - Cobertura del Servicio de atención domiciliaria al paciente inmovilizado.
 - Cobertura del Servicio de atención al paciente terminal.
 - Cobertura del Servicio de atención al cuidador familiar.
- Área 2: Desarrollo de un programa de atención geronto-psiquiátrica.
 - Porcentaje de Equipos de Atención Primaria que utilizan un documento específico de registro de atención temprana de demencia y/o depresión, que recoja las actuaciones previstas en el presente plan.
 - Porcentaje de enfermos diagnosticados de demencia y/o depresión con Plan de Seguimiento establecido.
- Área 3: Impulso de la coordinación en la atención a las personas mayores.
 - Número de casos complejos gestionados por los Equipos de Coordinación de Base y los Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos.

- Número de propuestas de mejora de procesos y/o de recursos de coordinación sociosanitaria relacionados con el presente Plan.
- Porcentaje de casos complejos gestionados por los EVCG que tienen seguimiento en Atención Primaria.
- Número de interconsultas de Atención Primaria realizadas por los EVCG.
- Área 4: Mejora de la atención sanitaria en los Centros de Personas Mayores.
 - Cobertura de protocolos de colaboración.
 - Evaluación de la actividad de forma específica sobre las personas mayores residentes en los centros.
 - Número de centros en los que se implantan nuevos procedimientos de mejora de la atención farmacéutica.
 - Cobertura de centros en los que se han realizado actuaciones de sanidad alimentaria y medio ambiental.
- Área 5: Promover el desarrollo de actividades formativas en el campo de atención a las personas mayores.
 - Resultado del análisis de áreas de competencia de puestos de trabajo.
 - Resultados del estudio de necesidades de formación.
 - Cobertura de actividades formativas.
 - Puntuación media en las encuestas de calidad percibida y adecuación de las actividades de formación por parte de los profesionales sanitarios.

5.- FINANCIACIÓN

La Comunidad Autónoma de Castilla y León dedica una parte importante de los Presupuestos Generales a la atención sanitaria de las personas mayores, gasto que se asume desde la Consejería de Sanidad incluyéndolo principalmente en el presupuesto de la Gerencia Regional de Salud.

Partiendo de lo ejecutado en los años anteriores y de los incrementos anuales, y manteniendo la distribución de los subprogramas de gasto sanitario así como la distribución por capítulos, se prevé que el Gasto Sanitario Público que la Comunidad de Castilla y León destinará a las personas mayores de 65 años, incluidas las acciones previstas en el Plan, se situará en torno a los 4.037,74 millones de euros. La proyección del Presupuesto para los próximos años permite la puesta en marcha del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica sin tener que recurrir a financiación adicional.