



II Plan Sociosanitario de Castilla y León



**Junta de
Castilla y León**

Edita:

Junta de Castilla y León

© Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación y Ordenación

Diseño y realización editorial:

BN Comunicación



Presentación

Las necesidades de servicios sociales y sanitarios se presentan muchas veces en las personas de forma entrelazada, como un continuo en el que los aspectos biológicos, psicológicos y familiares influyen e interactúan unos sobre otros. Conseguir una atención integral en estos casos es uno de los principales retos que debemos plantearnos en el contexto de los actuales patrones sociodemográficos y de enfermedad.

Los Sistemas de Acción Social y de Salud han evolucionado adaptándose a esta nueva situación de distintas maneras: aumentando la cobertura de servicios, diversificando sus dispositivos, y, también, apostando de forma decidida por la coordinación e integración de actuaciones. El primer Plan Sociosanitario de Castilla y León, en el año 1998, abrió un claro proceso de avance hacia ese horizonte. Hoy, con un escenario competencial mucho más desarrollado que entonces, el compromiso de la Junta de Castilla y León, a través de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, es profundizar aún más en esa orientación al servicio de todos los ciudadanos.

Recientes iniciativas legales han consolidado, con el máximo rango normativo, esta línea de actuación. Así, en el ámbito de los Servicios Sociales, la Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores en Castilla y León destaca la garantía de la atención integral a través de la prestación coordinada de servicios sociales y sanitarios, la planificación dirigida al logro de objetivos comunes en materia sociosanitaria, y el apoyo al funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitaria establecidas. Por su parte, la Ley sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud resalta la importancia de los mecanismos dirigidos a garantizar la integración funcional entre las actuaciones del Sistema de Salud y las del Sistema de Acción Social, a efectos de ofrecer la atención especial y preferente que requieren los niños, las personas mayores, las mujeres víctimas de maltrato, los drogodependientes, las personas que padecen enfermedades mentales, las que padecen enfermedades crónicas e invalidantes, las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial y las que pertenecen a grupos específicos de riesgo.

El II Plan Sociosanitario de Castilla y León supone un modelo de actuación para nuestros sistemas de protección social que se sustenta, pues, en la integración funcional de los Sistemas de Acción Social y de Salud, los cuales, sin perjuicio de su idiosincrasia propia, comparten sin duda lo más esencial: los ciudadanos a quienes dirigen sus servicios. En este sentido, la adecuada delimitación de competencias y la definición de ámbitos propios es el sustento imprescindible para la necesaria coordinación de actuaciones entre ambos Sistemas.



Este II Plan se encuentra alineado con los postulados de instituciones nacionales e internacionales, y también con las recomendaciones formuladas, en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, tanto por las Cortes de Castilla y León y el Procurador del Común, como por el Consejo Económico y Social, habiendo participado en su elaboración las estructuras de coordinación sociosanitaria establecidas y las entidades sociales y profesionales representadas en los Consejos Regionales de Salud y de Acción Social.

Desde el convencimiento de que avanzar en estos planteamientos es hoy una necesidad ineludible, la Junta de Castilla y León pretende con este II Plan Sociosanitario favorecer la coordinación de actuaciones, la integración de culturas y la existencia de lenguajes comunes entre los profesionales de los Sistemas de Salud y de Acción Social, con el objetivo final de conseguir una plena continuidad de cuidados sociales y sanitarios.

César Antón Beltrán
Consejero de Sanidad

Rosa M^a Valdeón Santiago
Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades



Índice

Decreto 59/2003, de 15 de Mayo, por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León	7
Fundamentos	13
El Plan Sociosanitario de 1998	33
Objetivos y líneas estratégicas	47
Impulso, seguimiento y evaluación	111
Financiación	115
Tablas y gráficos	119
Planes de los Sistemas de Salud y Acción Social: programas y objetivos relacionados	147
Estudio cualitativo de consenso sobre detección de necesidades sociosanitarias en Castilla y León y propuestas de actuación	177



Decreto 59/2003, de 15 de Mayo,
por el que se aprueba
el II Plan Sociosanitario de Castilla y León



Decreto 59/2003, de 15 de Mayo

Los actuales patrones sociales, demográficos y epidemiológicos ponen de manifiesto la importancia de efectuar una aproximación integral a las necesidades de las personas.

Tanto el Sistema de Acción Social como el Sistema de Salud de Castilla y León comprenden recursos cada vez más variados y complejos que responden a las cambiantes necesidades de la sociedad, siendo preciso establecer mecanismos de coordinación de todos los agentes con el fin de avanzar hacia la integralidad de la atención. Para llevarlo a cabo, resulta imprescindible establecer un marco de planificación común para ambos Sistemas, desde una perspectiva global.

La Constitución Española, en su Título I, Capítulo III, establece los principios rectores de la política social y económica del Estado, señalando las prestaciones a las que están obligados los Poderes Públicos en materia de Sanidad, Servicios Sociales y Acción Social. Estas competencias son asumidas por la Comunidad Autónoma de Castilla y León, respecto de los Servicios Sociales, como competencia exclusiva, conforme se establece en el artículo 32.1, 19.^a y 20.^a de su Estatuto de Autonomía, y, respecto de la Sanidad, como 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 de coordinación hospitalaria en general, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.º1.1.^a y 2.^a de su Estatuto de Autonomía, en redacción establecida por la Ley Orgánica 4/1999, de 8 de enero. Tales competencias estatutarias se completan con la correspondiente a la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, conforme a lo dispuesto en el artículo 36.º12 del mismo texto legal.

En este contexto, la Ley 18/1988, de 28 de diciembre de 1988, de Acción Social y Servicios Sociales, en su artículo 30, dispone que la Junta de Castilla y León elaborará los Planes Regionales de Acción Social, afirmando el carácter vinculante de los mismos para todas las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma y para los sectores privados que perciban fondos públicos, que no podrán contravenir las determinaciones establecidas en aquellos. Del mismo modo, la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, establece en su artículo 12 que el Plan de Salud es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación del sistema sanitario de Castilla y León, determinándose en su artículo 55 que corresponde a la Junta de Castilla y León aprobar el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma.



En coherencia con todas las previsiones anteriores, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social ha elaborado este II Plan Sociosanitario, pretendiendo con ello afrontar adecuadamente la coordinación y mejorar el nivel de desempeño de los Sistemas de Acción Social y de Salud de Castilla y León.

El documento elaborado, cuyos objetivos y acciones fundamentales se incluyen en el Anexo al presente Decreto, contiene valiosos estudios que, por su volumen y dificultad de publicación, no se insertan en el Anexo mencionado.

El desarrollo del II Plan Sociosanitario contempla diferentes acciones entre las que es oportuno destacar las relativas a la potenciación de la coordinación sociosanitaria, la garantía de la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario y la prevención de la dependencia, la mejora de la asistencia sanitaria en los centros de carácter social y de la continuidad de cuidados en los hospitales, así como la atención a las necesidades específicas de determinados colectivos.

Los objetivos del II Plan Sociosanitario se establecen con una vigencia que se extiende hasta el 31 de diciembre del año 2007, previéndose no obstante una actualización formal de los mismos a partir del segundo semestre del año 2005, en función de las correspondientes evaluaciones de sus resultados.

En su virtud, la Junta de Castilla y León, a propuesta del Consejero de Sanidad y Bienestar Social, y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión de 15 de mayo de 2003

DISPONE:

Artículo 1.º

Se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León, cuyo contenido básico de objetivos y acciones se recoge en el Anexo al presente Decreto.

Artículo 2.º

Sin perjuicio de las actualizaciones que correspondan, el II Plan Sociosanitario estará en vigor hasta el 31 de diciembre del año 2007.

Artículo 3.º

Los contenidos del II Plan Sociosanitario 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, procediéndose a realizar una actualización formal a partir de la evaluación de los resultados obtenidos hasta el 1 de julio del año 2005.



Artículo 4.º

El II Plan Sociosanitario será vinculante para el conjunto de las actividades, servicios y recursos del Sistema de Acción Social y del Sistema de Salud de Castilla y León, así como para los del resto de las Administraciones Públicas y de las entidades privadas e instituciones que se relacionan con los mismos.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.

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

Segunda.

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el "B.O.C. y L".

Valladolid, 15 de mayo de 2003

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

El Consejero de Sanidad y Bienestar Social,
Fdo.: Carlos Fernández Carriedo

El texto del Plan publicado como anexo de este decreto comprendía únicamente los capítulos "Fundamentos", "El Plan Sociosanitario de 1998", "Objetivos y líneas estratégicas", "Impulso, seguimiento y evaluación" y "Financiación", siendo pues éstos solamente los que aparecen revestidos de carácter dispositivo.



Fundamentos



Fundamentos

Introducción

1. Las Administraciones Públicas tienen la misión de prestar a los ciudadanos servicios eficaces y eficientes. Es evidente que, para alcanzar este objetivo, una adecuada coordinación constituye requisito imprescindible, puesto que la falta de coordinación conduce siempre a un grado mayor o menor de ineficacia. En su función rectora de la actuación pública, el principio de coordinación resulta aplicable con carácter general y normativo, esto es: independientemente de cuáles sean los ámbitos de actuación a que nos refiramos, y de la situación o contexto concreto sobre el que se haya de actuar. En todo momento, los poderes públicos deben efectuar los esfuerzos necesarios para aprovechar los recursos que se les encomiendan encauzándolos hacia el mayor grado de servicio a los intereses ciudadanos. Desde la responsabilidad de la Administración, pues, y por principio, organizar y gestionar de forma coordinada servicios tan trascendentales como los sociales y los sanitarios constituye una obligación ineludible.
2. Esta obligación adquiere aún más relevancia en un momento en que la capacidad de adaptación, de respuesta efectiva y eficiente por parte de los Sistemas de protección social, se está poniendo a prueba como consecuencia de nuevas necesidades y demandas derivadas de las profundas transformaciones sociales en que estamos inmersos¹. Estas transformaciones son propias de nuestro proceso de desarrollo económico y social, ya que en la mayoría de los aspectos nos hemos situado en indicadores y condiciones de vida similares a los de los países desarrollados que forman nuestro entorno, o nos movemos hacia ellos. Por eso, nuestros Sistemas de Acción Social y de Salud se encuentran, hoy, en una encrucijada de desafíos análoga a la de sus equivalentes en cualquier Estado o región de la Unión Europea.
3. La mejora en las condiciones sociales ha implicado un incremento en la esperanza de vida, que en el caso de Castilla y León es de las más elevadas del mundo. Este fenómeno, unido a otros factores, ha dado lugar a una estructura poblacional en la que el colectivo de personas mayores de 65 años presenta especial importancia, incluso en los tramos de personas mayores de 75 u 85 años. Hay que tener en cuenta, de hecho, que el segmento de población que crece más rápido es el de los mayores de 80 años, siendo la población femenina la más envejecida. El mayor envejecimiento, unido a hábitos de

¹ De estas transformaciones sociodemográficas y de la adaptación frente a las mismas de los Sistemas de Acción Social y de Salud se muestra información gráfica y numérica en el capítulo denominado "tablas y gráficos".



vida no siempre saludables, hacen que las enfermedades crónicas y degenerativas, las situaciones de pluripatología y las demencias, en especial el Alzheimer, hayan adquirido en los perfiles de morbi-mortalidad un protagonismo antes reservado a los procesos agudos. De forma paralela, la introducción de nuevas técnicas sanitarias permite hoy la supervivencia a estos procesos en mayor medida que en cualquier otra etapa anterior de nuestra historia, del mismo modo que el crecimiento, en cantidad y calidad, de los Servicios Sociales, ha contribuido decisivamente tanto a la prevención o mitigación de la falta de salud como a la prolongación y mejora de la calidad de vida en estas situaciones. En muchos casos, la muerte prematura está siendo sustituida por una mayor prevalencia de situaciones de discapacidad. La reciente encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, realizada el año 1999 entre el Imsero, el Instituto Nacional de Estadística y la ONCE, pone de relieve que un 11,78% de la población total de Castilla y León padece algún tipo de discapacidad funcional, porcentaje que se eleva al 37,27% para la población mayor de 65 años. A su vez, el 62,66% de las personas mayores con discapacidades tienen dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, lo que implica la necesidad de algún tipo de ayuda para las mismas.

4. Por otro lado, el paulatino progreso nos sitúa ante una sociedad más compleja, con un ritmo de vida diferente, que favorece la disminución del tamaño de las familias y una importante transformación del papel de la mujer. Ello implica de forma conjunta que, en este momento de mayores necesidades de cuidados, son menores las redes familiares que a lo largo del tiempo han venido dando respuesta a esas necesidades. Otros frutos del nuevo estilo y ritmo de vida forman un abanico que va desde las situaciones de soledad, abandono y exclusión social, hasta las expectativas en personas de otros países que, buscando oportunidades de progreso, han dado un auge creciente al fenómeno de la inmigración.

A todo ello se añade el hecho de que los niveles de información y formación hoy disponibles llevan aparejadas mayores cotas de exigencia de calidad en la prestación de los servicios públicos y de participación ciudadana en los mismos, tanto más cuanto más directamente afecte dicha prestación, de forma directa, a nuestra vida cotidiana. Sobre este conjunto de factores sociales incide de forma notable, unas veces como contrapunto y como refuerzo otras, la importancia del mundo rural en Castilla y León: la peculiar distribución de la población en nuestro extenso territorio, con un 87% de municipios menores de 1.000 habitantes cuya tasa de envejecimiento supera a la de los núcleos urbanos, constituye una circunstancia que ha de ser tenida especialmente en cuenta en el diseño de las políticas de protección social para nuestra Comunidad Autónoma.

5. Es evidente que, ante todos estos requerimientos, los Sistemas de protección social han evolucionado adaptándose progresivamente a la realidad de diversas maneras. Entre estas adaptaciones cabe destacar el aumento en la cobertura de servicios, incorporándose a



los Sistemas de Acción Social y de Salud recursos nuevos movilizados a través de importantes programas de inversión. De hecho, el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, en su Informe 2000, concluye que Castilla y León está entre las Comunidades con mayor cobertura en los servicios de ayuda a domicilio, estancias diurnas y plazas residenciales para personas mayores, superando a la media nacional en un 50%. Del mismo modo, las ratios de profesionales de Atención Primaria por población, de centros de salud, puntos de atención continuada y dispositivos hospitalarios son también superiores en Castilla y León a la media de España. La universalización de la asistencia sanitaria y el desarrollo del Sistema autonómico de Servicios Sociales han generado en Castilla y León, pues, extensas redes de centros y servicios, tanto en el ámbito de la Atención Primaria y los Servicios Sociales Básicos como en el de la Atención Especializada y los Servicios Sociales Específicos. Teniendo en cuenta los avances producidos, es necesario destacar no obstante que este proceso está aún inconcluso, puesto que todavía existe un desigual despliegue de los recursos sobre el territorio y otros problemas que se traducen en necesidades pendientes de cubrir.

6. Simultáneamente a esta expansión de los dispositivos, se ha producido una creciente preocupación por hacer llegar las prestaciones a los propios domicilios de los usuarios. A la progresiva extensión de los servicios de Ayuda a Domicilio y de Teleasistencia y a la cada vez más relevante labor de los Centros de Acción Social se ha sumado, así, la importancia del trabajo en los domicilios por parte de los Equipos de salud y el desarrollo de la cartera de servicios de Atención Primaria, que ha experimentado en los últimos años una diversificación sin precedentes como respuesta adaptativa a los nuevos requerimientos sociales. Esta diversificación de los recursos disponibles ha sido generalizada, tanto para los dispositivos dirigidos a promover la permanencia en el ámbito comunitario (estancias diurnas y otros recursos sociales intermedios y de respiro temporal, equipos de soporte a la atención domiciliaria, equipos de hospitalización a domicilio, centros de rehabilitación psicosocial...), como para aquellos otros que intentan dar respuesta a las nuevas demandas en el ámbito institucional (plazas residenciales para personas mayores asistidas, centros para personas con discapacidad, servicios de rehabilitación psiquiátrica, unidades hospitalarias de cuidados paliativos...).
7. Este proceso de adaptación de nuestros Sistemas de protección social sin duda aún no ha concluido. La planificación del Sistema de Acción Social y del Sistema de Salud continúan marcando objetivos, en sus respectivos ámbitos, con el fin de dar respuesta a un entorno de necesidades cambiantes y crecientes. A través de diferentes procesos de transferencia de servicios de la Administración del Estado, la responsabilidad de nuestra Comunidad Autónoma sobre estos Sistemas supone, también, una novedad en relación con épocas pasadas. Por eso, la Planificación de los Servicios Sociales, del mismo modo que el Plan de Salud y sus distintos desarrollos, contemplan hoy, desde la pers-



pectiva de Castilla y León, cuáles han de ser los planteamientos de futuro a fin de satisfacer las necesidades existentes con los mayores grados de efectividad y eficiencia. El crecimiento de los recursos disponibles, el despliegue de los mismos en el territorio a fin de conseguir mayores cotas de accesibilidad, la primacía de la atención en el ámbito comunitario o la propia diversificación de los dispositivos, constituyen algunas de las líneas de actuación fundamentales tanto del Plan Estratégico y los Planes Regionales Sectoriales de Servicios Sociales, como del Plan y las Estrategias Sectoriales de Salud.

8. Las profundas transformaciones de nuestra sociedad y las necesidades emergentes que conllevan, las cuales frecuentemente se presentan de forma entrelazada, han tenido como consecuencia, entre otras, la existencia de un doble proceso de "sanitarización"/"socialización", caracterizado por la incorporación de facultativos, personal de enfermería, fisioterapeutas, etc., en el ámbito de los Servicios Sociales Específicos –cuyos usuarios precisan de atención sanitaria adecuada y creciente–, y por la incorporación de trabajadores sociales a los Centros de Salud y Hospitales –cuyos pacientes presentan a veces carencias de apoyo social que dificultan de forma notable el tratamiento o la continuidad de éste–. En tales situaciones incide de forma importante, además, el hecho de que, especialmente los dispositivos de último nivel, no hubieran sido originariamente diseñados, como es lógico, para responder a los patrones sociodemográficos actuales, sino a los del momento de su creación. El paradigma de las "residencias de válidos" y los "hospitales (exclusivamente) de agudos" resulta significativo. El entrelazamiento de necesidades ha influido decisivamente, pues, en algunos aspectos de la evolución de ambos Sistemas durante este período, si bien las respuestas resultantes de dicha influencia se han articulado frecuentemente de forma paralela.
9. Del mismo modo, entre las adaptaciones que se han producido en los Sistemas de Acción Social y de Salud a fin de dar respuesta a este entrelazamiento de necesidades y demandas, resulta reseñable la propia aparición y extensión del término "sociosanitario". Éste, en efecto, no ha aparecido en las normas reguladoras de ambos Sistemas hasta hace poco más de diez años. No lo encontraremos ni en la Ley General de Sanidad de 1986, ni en la Ley de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León de 1988, no haciéndose mención a lo sociosanitario tampoco en el Texto Refundido de la Ley de la Seguridad Social (1994). De hecho, el uso generalizado de este término en España se ha producido de forma muy reciente. Por ello, y como resulta frecuente en las primeras fases de incorporación de un nuevo contenido al ordenamiento jurídico, éste no ha alcanzado aún unos límites suficientemente precisos.
10. En el contexto anteriormente descrito ha aparecido en España el concepto de "centro sociosanitario", que, en virtud de los condicionantes propios de un modelo emergente, se ha encajado de forma diversa en los Sistemas de Acción Social y de Salud. Así:



- 10.1. En algunas Comunidades Autónomas los centros sociosanitarios ofrecen prestaciones que se diferencian en módulos de atención sanitaria y de atención social, aplicándose a éstos últimos el régimen de los Servicios Sociales, sin perjuicio de lo cual la responsabilidad sobre tales centros se ha atribuido al correspondiente Servicio de Salud.

- 10.2. En otras Comunidades, los centros sociosanitarios se han configurado partiendo de dispositivos de Servicios Sociales, diferenciándose sus prestaciones en todo caso de las sanitarias de la Seguridad Social, y atribuyéndose su responsabilidad y gestión a centros directivos específicos.

- 10.3. En la mayoría de Comunidades Autónomas, en cambio, los centros sociosanitarios han sido legalmente concebidos como prestadores de servicios tipificados exclusivamente como sanitarios aunque de menor intensidad, plenamente diferenciados por tanto de los centros de Servicios Sociales, e incorporados en la regulación de los respectivos Servicios de Salud. Es el caso de Castilla y León, tal y como se refleja en su Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario.

Nos encontramos pues, con que el concepto de "centro sociosanitario" no es unívoco en España. Ante esta falta de univocidad en su regulación, el más claro elemento común a tales "centros sociosanitarios" es, precisamente, el hecho de tratarse de "centros", aspecto no obstante también difuminado debido al interés por hacer llegar la atención al domicilio de los usuarios y la consiguiente diversificación de servicios antes apuntada. Sea como fuere, cabe resaltar que esta conceptualización ha dejado usualmente al margen el ámbito de la intervención comunitaria a través de los recursos generales y normalizados de los Sistemas de Acción Social y de Salud. Todas estas diferentes configuraciones han dado lugar, asimismo, a que sólo en algunos supuestos se hayan constituido formalmente redes específicas y diferenciadas para los centros y servicios llamados "sociosanitarios".

11. La diversidad de configuraciones jurídico-organizativas antes esbozada, unida al carácter dinámico de todo el proceso, ha llevado también a usos diferentes del término "atención sociosanitaria", usos que no suelen ser, además, plenamente coincidentes con aquella atención que es prestada en centros o servicios formalmente calificados como "sociosanitarios". Uno de estos principales usos se refiere a determinada atención sanitaria ofrecida a colectivos en los que el entrelazamiento de necesidades de carácter sanitario y social resulta especialmente evidente. Este es el sentido en que aparece en la legislación de aquellas Comunidades Autónomas que, como hemos señalado, configuran los centros sociosanitarios como prestadores de servicios que se tipifican como sanitarios, aunque diferenciándolos de otros por sus características o por la intensidad de la atención. Dichas Comunidades suelen, del mismo modo, incorporar la "atención sociosanitaria" a sus respectivos catálogos de prestaciones sanitarias. Sin embargo, el hecho de



que los destinatarios de este tipo de prestaciones sanitarias sean, fundamentalmente, determinados colectivos de usuarios (los llamados "usuarios sociosanitarios") ha dado lugar a que, más allá de los textos legales, impere un uso del término "atención sociosanitaria" todavía más amplio. En este uso generalizado, "atención sociosanitaria" alude a un amplio abanico de servicios prestados a las personas mayores, a las personas con enfermedades crónicas, etc., ya sea dicha atención de carácter sanitario o de carácter social. Al hablar de "atención sociosanitaria" se incluyen, en este uso más amplio, dispositivos de naturaleza sanitaria (atención primaria, hospitalización a domicilio, unidades hospitalarias de convalecencia, unidades hospitalarias de cuidados paliativos, servicios destinados a personas con enfermedad mental grave y prolongada...), dispositivos de Servicios Sociales (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros residenciales, estancias diurnas...) y, en definitiva, cualesquiera que tengan incidencia en la atención a tales "usuarios sociosanitarios", ya se presten o no en "centros", ya se califique o no a estos centros como "sociosanitarios", e independientemente de que los mismos se conciban como pertenecientes al Sistema de Acción Social o al de Salud. Este concepto amplio de atención sociosanitaria es el que implícitamente acogía el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León de 1998 –al abarcar todo el elenco de dispositivos reseñados, y estructurarse en Programas definidos en función de colectivos específicos–, y es también el uso más común –al margen de los textos legales– actualmente en España.

12. Resulta conveniente, por todo lo dicho, ser conscientes de algunas de las consecuencias que se derivan del uso generalizado de este concepto amplio:
 - 12.1. En primer lugar, el hecho de que dicho concepto englobe situaciones y dispositivos absolutamente diferentes disminuye su capacidad para expresar nítidamente cuál es su contenido, convirtiéndose así en un concepto de límites borrosos. Esto puede conducir a que el debate sobre estas cuestiones, ya sea político, científico o profesional, pueda verse interferido por situaciones de discusión terminológica.
 - 12.2. En segundo lugar, el hecho de que su significado frecuentemente no coincida con el del uso empleado normativamente puede generar situaciones de discrepancia jurídica, tanto en aquellas Comunidades cuyas Leyes sanitarias contemplan la "atención sociosanitaria" en el marco formal del Sistema de Salud, como en aquellas otras que han creado redes específicas en las que no se incluyen algunos dispositivos generales y normalizados para la atención al conjunto de la población. Estas discrepancias pueden originar problemas, por ejemplo, en el desenvolvimiento práctico de los regímenes de autorización y registro de los diferentes tipos de centros.
 - 12.3. Y en tercer lugar, dicho concepto, al centrarse finalmente en los llamados "usuarios sociosanitarios", puede retraer a un segundo plano la realidad de que todas las personas son usuarias, al menos potenciales, de los Sistemas de Acción Social y de Salud, y de que todas, y no sólo determinados colectivos (aunque es cierto que algunos con



especial intensidad), pueden requerir y demandar la prestación simultánea o sucesiva de servicios sanitarios y sociales bien personalmente, bien como familiares o allegados de otros ciudadanos. Desde este planteamiento, y aunque hayamos calificado a este concepto de atención sociosanitaria como "amplio", el mismo se nos presenta también con un carácter limitante, pudiendo conducirnos así a situaciones de restricción de enfoque planificador.

13. Es preciso, pues, avanzar hacia una clarificación de la terminología utilizada, cuyos límites deben estar nítidamente definidos, que no debe generar contradicciones desde el punto de vista jurídico, y que ha de contemplar con un carácter amplio a todos los potenciales destinatarios de atención y a todos los dispositivos, pues todos ellos, y no sólo una parte, han de ser organizados teniendo en cuenta al resto y deben ser coordinados entre sí. Por las razones expuestas, a lo largo del presente Plan:

- 13.1. En cuanto a la atención prestada, se prefiere utilizar la expresión "atención integral". El calificativo "integral" está profundamente arraigado, expresa de modo pleno los objetivos que se pretenden alcanzar y está exento de los condicionantes antes reseñados y que acompañan al término "atención sociosanitaria". La concepción integral de la atención constituye, en efecto, un principio esencial tanto en el ámbito del Sistema de Acción Social como en el del Sistema de Salud, se manifiesta en la concepción de la asistencia desde una perspectiva bio-psico-social, y origina la necesidad de contemplar, en cada una de las actuaciones concretas, el conjunto de los intereses en juego, desde una aproximación holística o global a las necesidades de las personas.

- 13.2. En referencia a los centros, el presente Plan plantea la oportunidad de llevar a cabo reformas normativas que eviten la referencia a "centros sociosanitarios". Ante la posible imprecisión de dicho calificativo, más adecuado parece atribuir a los distintos centros la calificación de sanitarios o sociales en correspondencia con su naturaleza o función predominante, sin perjuicio de que determinados servicios existentes en su seno puedan clasificarse de manera propia. Esta respuesta ya se perfila actualmente en los regímenes de autorización y registro de Castilla y León, donde los servicios específicamente sanitarios de los centros de atención social están sometidos al régimen sanitario de autorización y registro (Decreto 93/1999). El planteamiento expuesto evita, además, cualquier posible connotación segregadora respecto de las redes generales y normalizadas de los Sistemas de Acción Social y de Salud.

- 13.3. El presente Plan se autodenomina "Sociosanitario", pues, desde una perspectiva más amplia, relativa a la organización y despliegue de los Sistemas de Acción Social y de Salud en su conjunto. Dicha perspectiva permite el uso más adecuado, acaso, del término, asociado precisamente a los ámbitos de la planificación general de ambos Sistemas y de la coordinación entre ellos. La "planificación sociosanitaria" y la "coordinación sociosanitaria" aparecen, pues, como instrumentos para conseguir que la atención a los



ciudadanos sea integral en aquellos supuestos en que es requerida la prestación simultánea o sucesiva de servicios formalmente configurados como de carácter sanitario y de carácter social. Se trata, por tanto, de herramientas orientadas a organizar y desplegar la totalidad de los servicios de forma que se pueda dar respuesta a los requerimientos de efectividad y eficiencia en el contexto de los patrones sociales, demográficos y de enfermedad que hoy predominan.

Esta clarificación de la terminología utilizada, lejos de ser baladí, resulta imprescindible para transmitir a instituciones, profesionales y ciudadanos el modelo de intervención que se plantea en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León, a cuyos Principios rectores se hace referencia más adelante.

14. La búsqueda de una adecuada planificación y coordinación de los Sistemas de Acción Social y de Salud constituyen, pues, el núcleo del presente Plan. Y ello partiendo de la consideración de que el más ajustado desempeño de ambas funciones puede verdaderamente contribuir a "gestionar el cambio", a adaptar los servicios existentes a las exigencias de la actualidad y del futuro próximo. No es suficiente, pues, destacar lo impareable de las transformaciones sociales que se están operando desde el punto de vista de la estructura demográfica y de las necesidades de atención, ni es conveniente plantear tales cuestiones como algo que nos aboca a la fatalidad, al crecimiento exponencial de una problemática sobre la que pareciera que no podemos actuar. Los estudios empíricos hoy disponibles ponen de relieve, por contra, que el aumento de la longevidad de la población es compatible con una disminución de la prevalencia de problemas crónicos, en función, precisamente, de cómo organicemos y despleguemos nuestra Sanidad y nuestros Servicios Sociales. Diferentes estudios han mostrado, efectivamente, una disminución de los problemas de dependencia entre la población anciana en diversos países, paralela al aumento en ellos de la esperanza de vida. Y muchos factores que influyen en estos procesos son internos, al menos en alguna medida, a nuestros Sistemas de protección social: la intensidad de la atención, el coste de las intervenciones, el afrontamiento de la introducción de nuevas tecnologías disponibles..., factores todos ellos que han variado de forma evidente en los últimos años y que continuarán haciéndolo en el futuro en función, precisamente, de cómo influyamos en la evolución de ambos Sistemas. Así pues, los avances en Sanidad y en Servicios Sociales han influido y seguirán influyendo en las necesidades de la población a la que se dirigen. Y los factores de su organización y despliegue, al contrario de lo que sucede con las proyecciones de población, en ningún caso se encuentran predeterminados, sino que se trata de cuestiones susceptibles de ser modificadas. No todo depende de factores externos a los Sistemas de protección social: por eso, los modelos que implantemos, lejos de ser neutros, influirán decisivamente en nuestra capacidad para afrontar los cambios. Consolidar las bases de un modelo sinérgico para los Servicios Sociales y la Sanidad de Castilla y León es, pues, la pretensión central de este II Plan Sociosanitario.



Principios rectores

Los Principios rectores que sustentan el presente Plan son pues, teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, los siguientes:

Principio de integración funcional de los Sistemas de Acción Social y de Salud

El Principio de integración funcional parte de la aplicación a los Servicios Sociales y la Sanidad de todos los principios que rigen la actuación de las Administraciones Públicas conforme a lo previsto en la Ley 30/1992, de 26 de septiembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León. Tales principios, en efecto, al referirse a servicios prestados sobre los mismos usuarios, y que pretenden responder a necesidades que se presentan en ellos de forma entrelazada, conducen a considerar la integración funcional como perspectiva más idónea para su adecuado cumplimiento. A su vez, dicho criterio es manifestación de un principio de acción integral aún más amplio, en el que se ha de tener en consideración, desde la transversalidad, todo el conjunto de políticas dirigidas a satisfacer las necesidades de las personas. Se incluyen en esta perspectiva más amplia, así, no sólo las medidas de carácter social o sanitario, sino también las medidas educativas, judiciales, fiscales, en materia de vivienda, empleo, agricultura, sociedad de la información, y cualesquiera otras que puedan tener incidencia en cada uno de los problemas concretos de los ciudadanos.

A lo largo del presente Plan, que se centra en los Sistemas de Acción Social y de Salud y en sus relaciones mutuas, el Principio de integración funcional se manifiesta a través de los siguientes postulados:

Inexistencia de una "tercera red":

Razones de carácter jurídico (la infraccionabilidad de las prestaciones sociales y sanitarias respecto del ámbito de aplicación de las normas reguladoras de los Sistemas de Acción Social y de Salud), de carácter teórico (la naturaleza de "sistema" que es predicable tanto de la Sanidad como de los Servicios Sociales, así como los fenómenos de ósmosis y de expulsión que se dan entre ellos, cuestiones ambas que hacen irrealizable cualquier pretensión de extraer determinadas prestaciones o dispositivos y situarlos en un terreno ajeno a sus inter-relaciones con todos los demás), de carácter práctico (la comprensión de que la creación de una tercera red duplicaría las necesidades de coordinación, al producirse dos interfases en lugar de una) y de carácter valorativo (la convicción de que en el funcionamiento sinérgico de ambos Sistemas se encuentra la clave para el afrontamiento adecuado de las necesidades actualmente presentes en la sociedad) conducen a concebir el "espacio sociosanitario" no como parte del Sistema de Acción Social o el de Salud, y tampoco como intersección entre ellos. Se tratará en definitiva, más bien, de un macrosistema englo-



bador de los dos y que, en este sentido, es a la vez algo más y algo menos que la suma de ambos. Algo más, dado que su funcionamiento combinado y sinérgico permitirá horizontes de logro superiores a los que cabría plantearse desde la perspectiva de su actuación por separado. Algo menos, porque dicho funcionamiento sinérgico ha de someter a ambos Sistemas a unas reglas de desarrollo, en alguna medida, más estrictas que las correspondientes a un desenvolvimiento en paralelo, puesto que cada Sistema habrá de tener en cuenta, en su organización y despliegue, no sólo las consecuencias respecto de sí mismo, sino también las consecuencias respecto del otro.

En consecuencia, los distintos servicios deben adscribirse a uno u otro Sistema sobre la base de una precisa delimitación de competencias y definición de ámbitos propios, como sustrato imprescindible para la necesaria coordinación entre ellos y para la maximización de los resultados obtenidos.

Por otro lado, y de acuerdo con el criterio, más amplio, de acción integral, se hace imprescindible como se ha dicho actuar desde la transversalidad potenciando las alianzas operativas con otros ámbitos públicos de intervención tales como la Educación, el Empleo, la Vivienda, el Transporte, etc.

Planificación integradora:

El entrelazamiento que muchas veces se produce entre necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social hace que sea imprescindible efectuar la planificación de ambos Sistemas desde una perspectiva global, teniendo en cuenta que la oferta de servicios y las decisiones de intervención en cada uno de ellos han de afectar, inevitablemente, a la demanda de servicios y a los condicionantes de la intervención en el otro, merced a los fenómenos de ósmosis y de expulsión antes mencionados. Resulta más que relevante, pues, la alineación entre los objetivos de la planificación de los Servicios Sociales y la planificación de Salud.

En este sentido, y a diferencia del Plan de Atención Sociosanitaria de 1998, que se configuraba formalmente como parte integrante del Plan de Salud de Castilla y León, el presente Plan Sociosanitario se concibe como instrumento planificador de carácter más amplio, afectando por igual a los Sistemas de Salud y de Acción Social y constituyéndose, por tanto, en el marco de referencia para la planificación estratégica integral y sectorial de ambos Sistemas.

Asignación de recursos integradora:

Por otro lado, de la perspectiva holística en planificación, y de la consideración de que las decisiones sobre la oferta de servicios y el desarrollo de actuaciones en cada Sistema inciden de forma inevitable en la demanda de servicios y en las necesidades de orientación de actuaciones en el otro, se sigue necesariamente que es preciso que la asignación de los recursos tenga en cuenta la influencia mutua que inevitablemente se produce en el desarrollo



de los Sistemas de Acción Social y de Salud, efectuando los ajustes que sean necesarios desde una perspectiva global en el proceso de presupuestación.

Ordenación de recursos integradora:

Finalmente, la experiencia de los últimos años revela la oportunidad de ajustar plenamente los regímenes de autorización y registro de los centros, servicios y establecimientos en el ámbito de cada Sistema protector, a fin de que no se produzcan ni solapamientos entre ellos ni supuestos concretos que queden al margen de ambos.

De forma asociada a lo anterior, es preciso articular los mecanismos precisos de coordinación entre los procedimientos de inspección y control establecidos para ambos Sistemas, de Acción Social y de Salud, dirigidos a supervisar el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos en la normativa de autorización y registro.

Potenciación de las estructuras de coordinación:

La efectividad del principio de coordinación y la búsqueda de la máxima efectividad y eficiencia en la gestión de los recursos públicos no sólo exigen efectuar una aproximación global a las funciones de planificación, presupuestación y ordenación, como hemos visto, sino también garantizar la efectiva coordinación en la gestión de la prestación concreta de servicios. Para ello es preciso potenciar la existencia de cauces formales de coordinación orientados a garantizar la complementariedad de actuaciones en el marco de ambos Sistemas, desarrollando las estructuras creadas mediante el Decreto 74/2000, extendiéndolas para permitir su actuación desde las mismas puertas de entrada a los Sistemas de Acción Social y de Salud (Servicios Sociales Básicos y Atención Primaria), y creando estructuras específicas en el ámbito hospitalario.

Al mismo tiempo, y como instrumento al servicio de la necesaria coordinación, es imprescindible impulsar la existencia de sistemas de información compartidos entre los servicios sociales y los sanitarios o que, aun siendo específicos para cada uno de ellos, se encuentren adecuadamente conectados entre sí.

Es oportuno hacer notar, por último, que de este primer Principio de Integración Funcional derivan en buena medida todos los otros Principios rectores del presente Plan, ya que se trata de criterios plenamente aplicables tanto al Sistema de Acción Social como al de Salud y, en consecuencia, de necesaria aplicación al macrosistema resultante de la pretendida integración funcional de ambos.

Principio de orientación al conjunto de la población

Como hemos señalado, cualquier persona es potencial usuaria de los Sistemas de Acción Social y de Salud, y acreedora, en consecuencia, de una atención de carácter integral y una adecuada coordinación de los distintos dispositivos y servicios, cuando éstos se encuentren



formalmente asignados a estructuras organizativas diferentes. Desde esta perspectiva se percibe claramente que el componente sociosanitario de ambos Sistemas protectores no se refiere a parcelas concretas y determinadas de cada uno de ellos, sino al conjunto de recursos y actuaciones que dan sentido a ambos. Hasta el hospital "de agudos" en su faceta más especializada debe por tanto orientarse a la concepción integral de la atención, detectar los posibles factores de índole social desde el momento del ingreso y establecer los procedimientos de coordinación que garanticen la continuidad de cuidados una vez producida el alta hospitalaria. Ningún dispositivo puede ser ajeno a este planteamiento, puesto que el entrelazamiento de necesidades sociales y sanitarias puede producirse en cualquier momento y en cualquier usuario.

Sin perjuicio de lo anterior, es evidente que determinados colectivos presentan, de forma si cabe más frecuente, ese entrelazamiento de necesidades sociales y sanitarias que exige la existencia de una adecuada coordinación. La atención a dichos colectivos (personas mayores, menores con problemas, personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas o con problemas de salud y en situación o riesgo de exclusión social...) ha perdido la paulatina adaptación que durante los últimos años se ha producido tanto en la asistencia sanitaria como en los Servicios Sociales, y son ellos quienes más ampliamente han de beneficiarse de la integración funcional y el resto de actuaciones previstas en el presente Plan. No en vano, las personas mayores, los menores con problemas, las personas con discapacidad, las personas con enfermedades crónicas o con problemas de salud y en situación o riesgo de exclusión social constituyen los más frecuentes usuarios de ambos Sistemas. En este sentido, resulta significativa la amplia coincidencia existente entre los colectivos con derecho a actuaciones especiales y preferentes por parte del Sistema de Salud de Castilla y León y aquellos que dan carta de naturaleza a los distintos sectores de los Servicios Sociales.

Se deduce de todo ello, en definitiva, que la orientación general de ambos Sistemas al conjunto de la población en absoluto resulta incompatible con el desarrollo de actuaciones que hayan de incidir de manera especial en estos colectivos, destacando, por el contrario, que el abordaje de sus necesidades exige un planteamiento global, de forma congruente además con el Principio de primacía de la intervención a través de los recursos generales y normalizados al que acto seguido se hace referencia.

Del mismo modo, el contexto social del momento presente hace cada vez más importante atender las necesidades no sólo de los usuarios directos de los servicios sanitarios y sociales, sino también de su entorno social y, en particular, de sus familias. La concurrencia de responsabilidades y actuaciones por parte de los Sistemas de Acción Social y de Salud y de las propias estructuras familiares hace preciso, en este sentido, potenciar una línea ya avanzada en la planificación de ambos Sistemas, aunque sin duda más consolidada en el ámbito de los Servicios Sociales y a la que la Sanidad debe, cada vez más, sumar esfuerzos de forma sinérgica: la atención específica a los familiares en cuanto a las dificultades derivadas



del ejercicio de su papel de cuidadores, prestándoles los apoyos necesarios para realizar su función en las mejores condiciones posibles y la atención a los problemas específicos de salud que el papel de cuidador principal conlleva en numerosas ocasiones.

El presente Plan tiene presente, en definitiva, que el conjunto de los colectivos antes mencionados (y que usualmente reciben la denominación de "usuarios sociosanitarios") más su entorno social y familiar, constituyen, sin duda, la mayor parte de la población, alcanzando a su totalidad si tenemos en cuenta no sólo las situaciones actuales sino también las necesidades potenciales.

Las actuaciones concretas que requieran determinadas situaciones específicas deberán implementarse por tanto, sin perder de vista el contexto general, en el marco de la Planificación Sectorial de los Servicios Sociales y de las Estrategias de desarrollo del Plan de Salud de Castilla y León, bajo la premisa de adecuar los servicios a las necesidades de los ciudadanos.

Principio de primacía de la intervención a través de los recursos generales y normalizados

Profundizando en el curso argumental anterior, no es posible olvidar que la configuración de determinados recursos como generales y normalizados, tanto en el ámbito del Sistema de Acción Social como en el de Salud, responde a la propia naturaleza sistémica de ambas organizaciones y a la mayor efectividad y eficiencia asociadas a dichos recursos, tal y como han puesto de manifiesto diferentes estudios y recomendaciones internacionales.

El propio Consejo Económico y Social de Castilla y León señala, en su Informe a iniciativa propia sobre la situación de las personas mayores –aunque la argumentación, qué duda cabe, es extensible a otros sectores específicos– que "es preciso que las nuevas iniciativas de dotación de servicios a la población no se circunscriban a grupos únicos (jóvenes, mayores, mujeres), sino que debe primar la versatilidad sobre la especialización."

El principio de normalización, además, hace que los recursos generales (Centros de Acción Social y Equipos de Atención Primaria en el primer nivel de atención, pero también otros dispositivos comunes de Atención Especializada de Salud y de Servicios Sociales Específicos) deban responder a su propia naturaleza de tales, habiendo de considerarse excepcional la creación o intervención de otros dispositivos en su ámbito propio de actuación.

Por ello, deberá justificarse en todo caso la necesidad de establecer un dispositivo diferenciado, analizando previamente como prioritaria la posibilidad de realizar adaptaciones adecuadas en los recursos generales, y valorando en todo caso los beneficios esperados en relación con las dificultades añadidas de gestión y de coordinación que suponga la existencia del dispositivo diferenciado propuesto.



Por último, cuando tales dispositivos deban existir, habrán de establecerse los mecanismos necesarios para engarzar adecuadamente su funcionamiento con el de los recursos generales y normalizados de atención.

Principio de primacía de la intervención en el ámbito familiar y comunitario

La permanencia de las personas en su propio entorno familiar y social, y el establecimiento de "alternativas a la institucionalización", han protagonizado en los últimos años las estrategias de desarrollo tanto en el ámbito del Sistema de Acción Social como en el del Sistema de Salud. Es necesario, por tanto, potenciar los dispositivos de primer y segundo nivel, domiciliarios e intermedios, haciendo efectivo ese principio de preferencia por la atención en el entorno habitual, y teniendo en cuenta que la demanda de dispositivos de un nivel superior está directamente influenciada, en la práctica, por la disponibilidad de recursos de los niveles inmediatamente anteriores.

Desde esta perspectiva, conviene señalar que en la planificación de los recursos hospitalarios, del mismo modo que en la de los dispositivos sociales de carácter residencial, no es adecuado considerar sin ajustes la demanda actual de los mismos: más bien se debe corregir su cuantificación teniendo en cuenta que parte de dicha demanda será realmente una demanda de recursos en el entorno familiar y comunitario que previamente no ha sido satisfecha por limitaciones en la oferta de éstos. No tener en cuenta esta circunstancia puede ocasionar un efecto contrario a los criterios de mantenimiento en el entorno habitual el mayor tiempo posible y de orientación comunitaria, considerados como los más adecuados para la atención al ciudadano, incurriéndose además en la falta de efectividad y en la ineficiencia de responder con recursos de último nivel a necesidades que podrían atenderse en los primeros niveles de atención.

La consideración anterior ha de acompañarse de un proceso de racionalización de los dispositivos de último nivel, incluyendo tanto la clarificación de su régimen jurídico en algunos casos (determinados recursos de convalecencia, por ejemplo), como su adaptación a las necesidades actuales, estableciendo los oportunos mecanismos para garantizar una atención integral a sus usuarios.

Principio de participación ciudadana

El Principio de participación se sustenta tanto en los criterios que rigen la actuación de los poderes públicos en una sociedad democrática avanzada, como en la consideración de que las aportaciones y el punto de vista de los usuarios conlleva importantes oportunidades de mejora en el desempeño de los Servicios Sociales y la Sanidad.

Las relaciones entre los Sistemas de Acción Social/de Salud y sus usuarios –potencialmente, todos los ciudadanos– en ocasiones se ven interferidas por fenómenos de asimetría de



la información o factores de extrañamiento derivados tanto del uso de lenguajes técnicos como, sobre todo, del desconocimiento de las normas, la organización y el funcionamiento de los distintos servicios. Estos factores incrementan su repercusión cuanto menor sea la cercanía al ámbito comunitario de los correspondientes dispositivos. El despliegue de información sobre los servicios públicos que se viene realizando en los últimos años no ha evitado completamente, por ello, la aparición de actitudes de desconfianza, de las que pueden derivarse obstáculos y límites para asegurar la accesibilidad a los recursos y a las prestaciones de ambos Sistemas.

Teniendo en cuenta lo anterior, procede destacar que perseguir como resultado el bienestar bio-psico-social de individuos, familias y grupos de población nunca es sólo una tarea puramente técnica, sino que exige el acuerdo y la implicación efectiva del usuario. Éste, en consecuencia, debe conocer las medidas dirigidas al logro de su bienestar y participar activamente para que las intervenciones técnicas y profesionales se articulen de acuerdo con sus intereses y proyectos vitales.

La plasmación práctica de estos postulados se vincula a actuaciones normativas y de desarrollo en materia de derechos de los usuarios, a actividades de sensibilización y formación de los profesionales en torno a tales derechos, y a la existencia de cauces formales para que el tejido social contribuya a la mejora de los servicios sociales y sanitarios, aportando sus percepciones sobre los servicios y sus resultados, contribuyendo a identificar sus carencias y cooperando en la formulación y puesta en práctica de alternativas viables.

Debe resaltarse, además, que el tejido social organizado ha dado como resultado la existencia de asociaciones, entre las que se cuentan organizaciones no gubernamentales, de voluntariado, etc., cuyo número y aportación son extraordinariamente relevantes en nuestra Comunidad Autónoma. Castilla y León cuenta con más de 450 organizaciones que agrupan a un número de voluntarios que supera los 60.000 en los diferentes sectores. Por eso, es imprescindible plantearse la integración de las actuaciones del tercer sector y su alineamiento con las redes sanitarias y sociales. Castilla y León cuenta, sólo en el ámbito de las personas mayores, con casi 1.500 asociaciones registradas, el mayor movimiento asociativo de personas mayores de todas las regiones de Europa, del mismo modo que 273 asociaciones que atienden a personas con discapacidad: un valioso potencial que resulta imprescindible aprovechar.

Estas distintas entidades prestan a colectivos ciudadanos y a grupos específicos de población servicios que, en numerosas ocasiones, son complementarios con los ofertados y prestados por los Sistemas públicos de protección social, y que otras veces son coincidentes, total o parcialmente, con los mismos.

En consecuencia, además de reforzar la participación ciudadana de carácter general, es preciso articular adecuadamente el papel de estas redes, primando su complementariedad y evitando solapamientos ineficientes a fin de alcanzar el máximo nivel global de desempeño. Para



ello, es preciso hacer un esfuerzo constante de racionalización, de identificación de posibles duplicidades (en consonancia con el Principio de primacía de la intervención a través de los recursos generales y normalizados), compatibilizando el favorecimiento de la implicación de estas entidades con una clara orientación hacia la diferenciación entre el ejercicio de funciones propiamente asociativas y la prestación de servicios.

Alineamiento estratégico

Es preciso en este momento resaltar el enorme grado de consenso existente en cuanto a las grandes directrices que deben adoptar los Sistemas de Acción Social y de Salud para su adaptación a los actuales patrones sociodemográficos y de enfermedad. En este orden de cosas, la mayoría de los análisis coincide en que las dificultades de realización en el espacio sociosanitario son, más que técnicas, sistémicas, esto es: la problemática no se centra en que existan dudas sustantivas sobre qué se debería hacer, sino en la operativización de aquello que se sabe que es preciso hacer.

Ambas cuestiones convierten en interesante la referencia, siquiera sea somera, a algunas de las recomendaciones de distintos órganos e instituciones que sirven como referente para el planteamiento estratégico del presente Plan.

- En el ámbito internacional, el II Plan Sociosanitario de Castilla y León se alinea con los postulados de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, que ha instado a los Gobiernos a introducir medidas tendentes a garantizar y preservar la "condición de sujeto activo de la persona de edad y a realizar una política integral que consiga aumentar los años de vida pero dando más vida a los años", tal y como se recoge en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en la I Asamblea Mundial de Viena, en los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de fecha 16-12-1991), y en el Plan de Acción aprobado en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid entre el 8 y el 12 de abril de 2002. Se asume también el posicionamiento recogido en el Programa "Envejecimiento y vida", de la Organización Mundial de la Salud.
- El presente Plan tiene presentes los trabajos del Comité de Rehabilitación e Integración de las Personas con Discapacidad del Consejo de Europa, así como la Recomendación N.º (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros, relativa a la dependencia, adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641.ª reunión de Delegados de Ministros.
- Es necesario mencionar, del mismo modo, el alineamiento entre los planteamientos del II Plan Sociosanitario de Castilla y León y los contenidos de la Decisión n.º 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, relativa a la adop-



ción de un programa de acción comunitario en el ámbito de la Salud Pública (2003-2008), así como la Resolución del Parlamento Europeo sobre El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera.

- En el ámbito nacional, el presente Plan tiene en cuenta el Acuerdo del Congreso de los Diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997, y el Acuerdo para la mejora y desarrollo del Sistema de Protección Social suscrito por el Gobierno de la nación el 9 de abril de 2001, en el que, partiéndose de las Recomendaciones del Pacto de Toledo, se decide, expresamente, "abrir un período de análisis y debate social sobre cómo debe garantizarse la atención a la dependencia en nuestro país, y el papel que ha de jugar el Sistema de Protección en su conjunto".

- Igualmente sustentan este II Plan Sociosanitario los trabajos de la Subcomisión de Planes Sociosanitarios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en colaboración con la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales, relativos a la formalización de unas Bases para un modelo de atención sociosanitaria en España.

- Por otro lado cabe mencionar: las Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la atención sociosanitaria en España, y el informe de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología sobre la atención sociosanitaria a las personas mayores en España incorporado al mismo; los contenidos del Plan Gerontológico Nacional; los epígrafes IV.7.D y V.2.E del Plan Estratégico del INSALUD (1997), y el Programa de Atención a las Personas Mayores de INSALUD (1999).

- En el ámbito de Castilla y León, el presente Plan pretende dar cumplimiento a la Resolución aprobada en la Comisión de Sanidad y Bienestar Social de las Cortes de Castilla y León, en sesión celebrada el 19 de abril de 2001, relativa al impulso a un II Plan Sociosanitario de Castilla y León, del mismo modo que a las Resoluciones 45.^a y 52.^a, aprobadas por el Pleno de las Cortes de Castilla y León en Sesión celebrada los días 26 y 27 de junio de 2002, sobre "puesta en marcha de servicios específicos de atención a los cuidadores familiares de personas mayores y/o personas dependientes, dirigidos a mejorar su calidad de vida y disminuir la incidencia y prevalencia del "síndrome del cuidador enfermo", a través de planes de actuación desarrollados de forma conjunta y complementaria por los Equipos de Atención Primaria y los Centros de Acción Social de Castilla y León", e "impulso de la creación de estructuras operativas de coordinación sociosanitaria que faciliten la gestión de casos y mejoren la atención a los usuarios de los Servicios Sociales Básicos, Centros de Atención Primaria y Equipos de Salud Mental", respectivamente.

- Se han tenido en cuenta, asimismo, las recomendaciones e informes efectuados por el Procurador del Común de Castilla y León conforme a lo previsto en la Ley 2/1994, de 9 de marzo, en su calidad de alto comisionado de las Cortes de Castilla y León desig-



nado por éstas para la protección y defensa de los derechos fundamentales de los ciudadanos, la tutela del ordenamiento jurídico castellano leonés y la defensa del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, institución que ha venido haciendo especial énfasis en la necesidad de articular fórmulas de coordinación entre la atención social y sanitaria para abordar todas las parcelas del individuo que puedan verse afectadas, evitando la ruptura de la cadena de atención.

- Procede destacar muy significativamente que el presente Plan se ha elaborado teniendo expresamente en cuenta las recomendaciones realizadas por el Consejo Económico y Social de Castilla y León y contenidas, entre otros, en el informe a iniciativa propia aprobado por el Pleno del CES del 12/12/2002 sobre "la situación de las personas mayores en Castilla y León" (IIP 5/02). Sus catorce recomendaciones finales (la última de las cuales señalaba, precisamente, la oportunidad de que fueran "tenidas en cuenta en la redacción del II Plan Sociosanitario"), se han considerado, alineándose con ellas los planteamientos de este II Plan en muy diversos aspectos: coordinación de los profesionales en equipos multidisciplinares, actuaciones basadas en programas-marco muy genéricos, diseño de las políticas utilizando un enfoque integral de la persona, contemplación de forma prioritaria de las estrategias de carácter preventivo, evitación de la duplicidad de programas, necesidad de una mayor coordinación de las distintas Administraciones así como entre las instancias de cada una de ellas, institucionalización de la coordinación interprofesional, especial atención a los cuidadores familiares para evitar el síndrome del cuidador quemado, incremento de los recursos de respiro y creación de redes de apoyo formal, incremento de los servicios de atención a domicilio, necesidad de una profunda transformación de la ayuda a domicilio, formación de los profesionales sanitarios, creación de equipos de valoración y cuidados geriátricos...

- En la elaboración del presente Plan se han tenido presentes las aportaciones efectuadas por las estructuras de coordinación sociosanitaria de Castilla y León creadas mediante Decreto 74/2000, de 13 de abril, así como de las entidades representadas tanto en el Consejo Regional de Salud de Castilla y León como en el Consejo Regional de Acción Social.

- Se han considerado de manera especial, asimismo, los programas e iniciativas puestos en marcha por parte de la Administración del Estado y de otras Comunidades Autónomas en el llamado "espacio sociosanitario": el presente Plan tiene una deuda contraída con ellos, y con todos los que, desde distintos ámbitos, llevan a cabo un esfuerzo constante por prestar a los ciudadanos una asistencia sanitaria y unos servicios sociales cada vez mejores. Del mismo modo, pretende aportar algo a ese conjunto de experiencias desde una Comunidad que, por sus propias peculiaridades, puede ser una auténtica piedra de toque para medir la efectividad de un modelo en esta materia.



El Plan de Atención Sociosanitaria de 1998



El Plan de Atención Sociosanitaria de 1998

El Plan de Atención Sociosanitaria de 1998, aprobado mediante Decreto 16/1998, de 29 de enero, supuso la primera experiencia de planificación conjunta de los Sistemas de Acción Social y de Salud en Castilla y León, y también una de las primeras iniciativas de este tipo en España.

La evolución en los años posteriores no ha hecho sino avalar y reforzar la necesidad de un enfoque integral y globalizado para el desarrollo de ambos Sistemas, con garantía plena de la continuidad de cuidados; y ello, tanto en el terreno doctrinal y científico como en el político y normativo. A este respecto cabe constatar que se ha generalizado la elaboración de Planes Sociosanitarios en las distintas Comunidades Autónomas. Asimismo, en el ámbito estatal, es digno de mención el trabajo de colaboración desarrollado en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales.

Con carácter general, por tanto, se puede afirmar que el Plan de Atención Sociosanitaria de 1998, desde su carácter de experiencia incipiente y temprana en España, ha supuesto un punto de referencia y también un paso adelante en la Comunidad de Castilla y León, tanto en relación con la efectiva adecuación de los Servicios Sociales y la Sanidad a los requerimientos del contexto actual, como desde la perspectiva de la adquisición de un conocimiento más profundo, capaz de sustentar una conceptualización plenamente coherente del llamado espacio sociosanitario.

Desde el primer punto de vista, es necesario destacar el incremento de los recursos disponibles, de las coberturas de servicios y la diversificación y mejora de la calidad de los dispositivos existentes, en aspectos del desenvolvimiento propios bien del Sistema de Acción Social, bien del Sistema de Salud. Desde el segundo punto de vista, se aprecia que las máximas dificultades de operativización han surgido respecto de aquellas actuaciones que exigían una adaptación conjunta y al unísono por parte de ambos Sistemas, demostrándose así el peso de las distintas trayectorias, marcos jurídicos y culturas organizativas implicadas. No obstante, incluso estas dificultades de operativización han coadyuvado a adquirir un poso de reflexión y experiencia imprescindible para reorientar el modelo hacia una mayor consistencia interna.

En el ámbito de los Servicios Sociales Básicos, gestionados por las Corporaciones Locales (Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales) a través de los 192 Centros de Acción Social existentes en Castilla y León, cabe apreciar su ininterrumpido crecimiento en los últimos años. Su evolución ha venido marcada:



- En primer lugar, por el incremento de la actividad desarrollada por los CEAS, hasta superar los 450.000 usuarios anuales registrados, y también por la diversificación y mejora de la calidad de sus programas –Información, orientación y asesoramiento, Promoción de la convivencia e integración familiar y social, Ayuda a Domicilio, Gestión de ayudas económicas de emergencia social, Prevención de situaciones de exclusión social, Acción Social Comunitaria y Voluntariado...–, todos los cuales inciden de forma decisiva en la accesibilidad de la población a los distintos recursos de protección social disponibles.

- En segundo lugar, y de forma paralela a esta evolución, se ha producido un incremento de los recursos económicos destinados a estos Servicios Sociales Básicos, a través de la formalización de un Acuerdo Marco de Cofinanciación (actualmente regulado mediante Decreto 126/2001, de 19 de abril, por el que se regulan los criterios y bases que han de configurar el Acuerdo Marco de Cofinanciación de los Servicios Sociales y Prestaciones Sociales Básicas que hayan de llevarse a cabo por las Entidades Locales), y la paulatina dotación destinada al personal técnico, habiéndose alcanzado la dotación total prevista en relación con el personal técnico mínimo.

Los Centros de Acción Social de Castilla y León gestionan el Servicio de Ayuda a Domicilio, que fue objeto de especial atención en el Plan de Atención Sociosanitaria de 1998. El Plan Gerontológico Nacional establecía como objetivo de cobertura a través de este Servicio atender a un 8% de la población mayor de 65 años para finales de la década de los 90. En 1998 dicha cobertura en España era del 1,82%, y en el año 2000, según los datos de IMSERSO, del 2,05% del total de personas mayores de 65 años (138.101 usuarios). En nuestra Comunidad Autónoma, la cobertura supera el 3% con más de 16.000 usuarios, el 60% de los cuales se encuentran en el medio rural. Esta cobertura se encuentra notablemente por encima de la media nacional, especialmente en el caso de las personas mayores de 75 años, tramo de edad en el que se alcanza al 6,6% de la población. El incremento de la cobertura entre 1998 y 2001 ha sido del 57%. Aún así, se está lejos todavía de cubrir todas las necesidades existentes.

Otro de los servicios domiciliarios que pretendió impulsar el Plan de 1998 fue el de Teleasistencia: un servicio que alcanza hoy a más de 12.500 hogares de Castilla y León, habiéndose triplicado el número de usuarios desde 1996. En torno al 40% de estos usuarios se encuentran en el ámbito rural, tratándose de personas mayores en el 95% de los casos. El crecimiento de la cobertura de este servicio entre 1998 y 2001 ha sido del 101%. El reconocimiento de este notable incremento es compatible con el de la existencia de situaciones de necesidad importantes, todavía, en nuestro medio.

Respecto de los Centros de Salud cabe señalar que la reforma de la Atención Primaria de Salud se ha producido en Castilla y León a un ritmo superior a la media nacional, lo que ha supuesto pasar de un modelo de servicio médico de 2 horas diarias de duración a la constitución de plantillas multidisciplinares de profesionales que tienen como referencia un



centro de salud. Ello ha repercutido, de forma análoga al caso de los Servicios Sociales Básicos, en un aumento de la accesibilidad de las personas a las prestaciones de salud. Cabe destacar en este proceso, además, dos consideraciones:

- El incremento de la capacidad de resolución de la Atención Primaria, tal y como se muestra al comparar los datos anuales de derivaciones a especialista (unas 840.000) frente a los de consultas (29 millones de consultas/año, de las que 17 millones corresponden a consultas médicas, 11 a consultas de enfermería y 1 a consultas de pediatría). Del mismo modo es preciso resaltar el número de pruebas de laboratorio (casi 950.000), radiología (235.000), diagnóstico precoz de distintos tipos de cáncer (586.000) o intervenciones de cirugía menor (19.000) que se realizan en Castilla y León cada año en el ámbito de la Atención Primaria.
- Su paulatino ajuste a los actuales patrones sociodemográficos y de enfermedad, a través del progresivo crecimiento de su Cartera de Servicios. Las nuevas acciones impulsadas con motivo de la transferencia de medios y servicios de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a Castilla y León han puesto el acento en aspectos tales como la dotación de servicios de Pediatría de Área, Salud Bucodental y Fisioterapia.

En relación con los cuidados paliativos, la cartera de servicios de Atención Primaria incluye un Servicio de Atención al Paciente Terminal (SAPT), definido por la propia cartera como la atención a las personas que presentan una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable, con pronóstico de vida inferior a 6 meses. Las normas técnicas, que definen los criterios de calidad que deben seguirse en la aplicación de este servicio, incluyen el registro de los principales síntomas del paciente, la identificación y valoración de las personas cuidadoras del paciente en el entorno socio-familiar, y la realización de visitas de seguimiento con periodicidad mínima quincenal para el control de la evolución del paciente y la actualización del plan de cuidados.

En el año 2001 el SAPT alcanzó en Castilla y León una cobertura del 60,5% y un cumplimiento medio de Normas Técnicas del 81,59%, por encima de la media del territorio INSALUD (79,16%), lo que indica que los cuidados prestados por Atención Primaria al paciente terminal obtienen unos buenos resultados de calidad en nuestra Comunidad.

Los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) se encuentran en las Áreas de Salud de Burgos y León, como dispositivo de apoyo a requerimiento de Atención Primaria para la atención a pacientes inmovilizados o terminales. La evaluación de actividad de los ESAD en el año 2001 muestra que estas unidades han participado en la atención de algo menos del 20% de los pacientes terminales incluidos en el programa de atención domiciliaria, siempre en colaboración con los Equipos de Atención Primaria.

Otro aspecto fundamental impulsado por el Plan de Atención Sociosanitaria de 1998 ha sido el incremento de las plazas residenciales para personas asistidas. A este objetivo se han



localizado el programa de transformación de plazas propias de la Gerencia de Servicios Sociales, el Plan de Mejora de la Calidad en los Centros Residenciales de mayores dependientes (Decreto 30/2001, de 1 de febrero, que contempla actuaciones en 11 centros y la creación de 1.127 plazas asistidas a lo largo del periodo 2001-2008, con una inversión de más de 15,5 millones de euros) o la propia política de concertación de plazas, que viene priorizando la disponibilidad de plazas para personas asistidas.

Este proceso de reorientación ha encontrado manifestación, asimismo, en el distinto enfoque normativo otorgado al perfil de los usuarios de centros residenciales para personas mayores, en función de la ponderación otorgada a las distintas variables que forman parte del baremo de acceso. En este sentido, la Orden de 3 de abril de 2001, por la que se aprueban los baremos para la valoración de las solicitudes de ingreso y de traslados, parte del hecho de conceder una gran importancia a la capacidad funcional de los solicitantes y a sus posibles alteraciones del comportamiento. Así, la puntuación máxima que se puede alcanzar en este apartado supone más del 43% del total, frente al 18,75% que se concedía a la situación física y psíquica en la normativa anterior (Orden de 8 de enero de 1986).

Por el contrario, la ponderación concedida al apartado de edad se ha visto sensiblemente reducida, del 14,4% al 1,44%. Se entiende así que el criterio de edad no debe condicionar el acceso de una persona que realmente precise un centro residencial. Por tanto, los criterios fundamentales de los que hoy se parte para una correcta valoración del solicitante son la capacidad funcional y las alteraciones del comportamiento, como respuesta adaptativa del Sistema de Acción Social al incremento en las situaciones de dependencia que se está produciendo.

Esta adecuación de los recursos residenciales ha ido acompañada de un importante crecimiento en el número de plazas disponibles, y de un acercamiento de las mismas a las necesidades del mundo rural. No en vano, en los últimos cuatro años se han puesto en funcionamiento 5.000 nuevas plazas, de las cuales más del 50% son de naturaleza pública o privada sin ánimo de lucro, de modo tal que actualmente se hallan en funcionamiento más de 31.700 plazas residenciales en Castilla y León, y en construcción otras 1.500 plazas más. En el conjunto de Castilla y León, 9.618 plazas son de titularidad pública y 11.686 de entidades sin ánimo de lucro, lo que supone en conjunto el 68% de las plazas existentes. De ellas, 3.367 son de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, y 2.023 son concertadas. El índice de cobertura se sitúa en el 5,75%, y alcanzará el 6% cuando entren en funcionamiento los centros que se encuentran en fase de construcción, superando de este modo no sólo las recomendaciones del Plan Gerontológico sino también las más exigentes formuladas por la Organización Mundial de la Salud.

En materia de calidad, cabe destacar la aprobación del Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores. Con dicha norma se pretendió dar un



nuevo paso en el proceso de adaptación del Sistema de Acción Social a los actuales patrones sociodemográficos, favoreciendo una estrategia de fomento de la polivalencia de los centros a través de la división de las prestaciones en unidades, y persiguiendo la garantía de una mayor seguridad y calidad mediante el detalle de las condiciones arquitectónicas, las prestaciones y el personal mínimo exigibles, tanto por lo que se refiere a personal técnico como a personal de atención directa. A su vez, las ratios mínimas señaladas en la norma partían de la necesaria aprobación de las "circunstancias indicadoras del grado de dependencia", que fueron establecidas mediante Resolución de la Gerencia de Servicios Sociales de 5 de junio de 2001 (Alimentación, Movilidad, Aseo personal, Vestido, Uso del inodoro y Continencia de esfínteres), dando lugar a la calificación del usuario como independiente, como persona asistida de grado I, o como persona asistida de grado II.

El Plan de Atención Sociosanitaria de 1998 ha servido también para aumentar los recursos destinados a la atención de los mayores con Alzheimer u otras demencias seniles, apoyando a las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y dando lugar a la construcción y puesta en funcionamiento de un Centro Regional de Referencia en esta materia, habiéndose avanzado además en el objetivo de contar, al menos, con un centro de día específico para enfermos de Alzheimer en cada municipio de Castilla y León con más de 20.000 habitantes.

Las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer, cuyo número se ha incrementado de forma notable en los últimos años, constituyen un apoyo decisivo para las familias, desarrollando actividades que proporcionan a los cuidadores principales, y a toda la red familiar, información, formación y servicios dirigidos a la mejora de la atención y de la calidad de vida. Partiendo de esta consideración, se ha producido un creciente apoyo por parte de la Administración a estas Asociaciones, que se ha traducido en que éstas hayan pasado de ser titulares de 129 plazas de estancias diurnas en 1998 a 220 plazas en 2002. Además de estas plazas de estancias diurnas especializadas, la colaboración de la Junta de Castilla y León ha permitido la puesta en marcha de otros dispositivos específicos, tales como las 154 plazas existentes para respiro familiar, programas de formación y apoyo a familias, de voluntariado, etc. Son 18 los Convenios de Integración Social que la Gerencia de Servicios Sociales mantiene para la atención a los enfermos de Alzheimer, de los cuales 16 se realizan con las Asociaciones de Familiares y los dos restantes con los centros San Juan de Dios de Palencia y Benito Menni de Valladolid para el mantenimiento del teléfono del Alzheimer, iniciativa que fue galardonada con los premios IMSERSO.

El incremento de las estancias diurnas en los últimos años ha sido notable, habiéndose pasado de contar con 711 plazas en 26 centros de diversa titularidad, a superar, a finales de 2002, las 1.800 plazas en cerca de 90 centros. Para atender las necesidades financieras derivadas de esta iniciativa, fue modificado el Decreto 37/1997, por el que se dictan normas sobre financiación de actuaciones en cumplimiento de los objetivos del Plan Regional Sectorial de



Personas Mayores, ampliando el objeto subvencionable a los centros de día y posibilitando la financiación de los centros de este tipo promovidos por entidades sin ánimo de lucro.

La calidad de la atención se ha visto garantizada mediante la regulación de las condiciones y requisitos mínimos que han de cumplir estos dispositivos, conforme a lo previsto en el Decreto 14/2001, habiéndose regulado asimismo las condiciones de acceso a las plazas dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

El objetivo actualmente marcado es el de disponer de una unidad de estancias diurnas al menos en cada municipio de más de 5.000 habitantes, siendo de reseñar que actualmente cuentan con este dispositivo el 50% de tales municipios. Se ha de facilitar, así, la disponibilidad de una red próxima al medio rural, junto a la consolidación de los dispositivos existentes en los municipios con población superior a 20.000 habitantes.

En relación con el sector infancia, debe destacarse en primer término por su importancia la aprobación de la Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León. Dicha Ley, desarrollando en el ámbito de nuestra Comunidad la legislación de carácter orgánico, establece el marco al que se deben ajustar todas las actuaciones que hayan de desplegarse en nuestro territorio en materia de atención y protección de la población infantil.

En el ámbito del sistema de protección de Castilla y León, cabe señalar que se ha consolidado la estructura de equipos multidisciplinares encargados de investigar, evaluar y tomar decisiones sobre las más de 1.200 situaciones de desprotección que son comunicadas cada año.

Por otra parte, la importancia concedida a la actuación sobre la familia en el marco de la acción protectora, para prevenir y evitar la separación de los menores de su entorno y, cuando ésta resulta necesaria, para facilitar su regreso en el menor tiempo y en las mejores condiciones posibles, ha supuesto que, entre 1997 y 2002, la colaboración con las Diputaciones Provinciales y con los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes haya permitido pasar de contar con 11 equipos especializados de intervención familiar, a disponer de una red de 36 equipos, desde los que se llevan a cabo acciones de apoyo técnico a las familias para su capacitación en la atención a los hijos y para el desarrollo de pautas educativas y de crianza adecuadas, propiciando la utilización debida de los recursos educativos, sociales, de salud, laborales, de ocio, etc.

Los datos correspondientes a la adopción nacional ponen de relieve una reducción progresiva de los niños disponibles para adopción, debido al fortalecimiento de los sistemas de protección social que hacen posible que familias que antes se veían obligadas a dar a sus hijos en adopción hoy puedan atenderlos en unas dignas condiciones de vida. Destaca, asimismo, el progresivo incremento del porcentaje de niños que son adoptados a pesar de presentar dificultades específicas (discapacidades, enfermedades, riesgos o elevada edad), habiéndose pasado de un 22% en 1994 a un 66% en 2002, a través de políticas activas de



búsqueda de familias para estos niños y de una mayor generosidad de las familias a la hora de adoptar niños que antes no se consideraban, generosidad que también se pone de relieve en el importantísimo incremento de la adopción internacional, cuya demanda se ha multiplicado por dos en los últimos seis años.

Del mismo modo, en el ámbito de los acogimientos familiares, en torno al 50% de los niños separados de sus familias pasan a estar con otras familias y no en acogimiento residencial, destacando asimismo que cada vez son acogidos más niños con necesidades especiales, habiéndose alcanzado un porcentaje del 50% de acogimientos con especiales dificultades.

Últimamente, se ha creado una nueva línea de colaboración con las Corporaciones Locales con el fin de desarrollar programas para la adquisición en grupo de habilidades básicas para ser padres y dirigidos a familias con algún tipo de riesgo pero que no ha adquirido la suficiente gravedad como para ser necesarias otras intervenciones más intensas y personalizadas, con la previsión de extenderlo a la totalidad de Diputaciones y Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes.

Se ha producido, por fin, una importante adaptación de los dispositivos residenciales, convirtiéndolos en hogares y residencias de menos de 30 plazas y culminando un proceso de desinstitucionalización que ha supuesto un importante incremento del acogimiento familiar como alternativa a los centros, permitiendo que niños que han de ser separados de sus familias se desarrollen en un ambiente familiar.

En otro orden de cosas, la adaptación producida en materia de menores infractores ha sido muy intensa, con motivo de la entrada en vigor de la nueva Ley de Responsabilidad Penal de los menores y de la responsabilidad asumida por la Comunidad de Castilla y León en la ejecución de las medidas impuestas por los jueces en aplicación de esta Ley. El incremento de las medidas tanto de internamiento como en medio abierto, tales como las prestaciones en beneficio de la comunidad, ha sido importantísimo, con un esfuerzo importante de dotación de recursos tanto en el Centro Regional Zambrana como a través de las correspondientes Unidades de Intervención Educativa.

También en el campo de la atención a personas con discapacidad se ha producido en Castilla y León una paulatina transformación de los recursos y prestaciones dirigidos a este colectivo. La ampliación de coberturas y diversificación de los dispositivos que han caracterizado el despliegue de los Servicios Sociales en los últimos años son igualmente predicables al sector de personas con discapacidad.

Así, en el campo de las ayudas individuales se financian actualmente en torno a 1.000 ayudas anuales dirigidas a mejorar la movilidad y la comunicación, a la adquisición de ayudas técnicas que favorezcan las relaciones de la persona discapacitada con el entorno, a la realización de obras y adaptaciones en sus viviendas y para adquisición de vehículos colectivos adaptados. Asimismo se han impulsado los programas de apoyo a familias, que facilitan



la permanencia de las personas con discapacidad en el núcleo familiar. Junto con los servicios básicos de Ayuda a Domicilio y de Teleasistencia, se han desarrollado programas de respiro familiar y estancias temporales para personas con autismo, esclerosis múltiple y parálisis cerebral. A través de subvenciones y convenios con entidades, se han realizado programas de formación y asesoramiento a familias y el fomento de grupos de autoayuda. El apoyo a las asociaciones implicadas es una realidad a través de la colaboración técnica y económica de la Gerencia de Servicios Sociales con las Asociaciones de Sordos, ASPAYM, FEAPS, FEFES, ONCE, etc.

La formación ocupacional se ha desarrollado a través de acciones formativas, realizándose 763 de estas acciones entre 1999 y 2002, con cerca de 11.000 alumnos. Para el fomento del empleo, la Gerencia de Servicios Sociales colabora con la Dirección General de Trabajo para la realización de convocatorias conjuntas de "Empleo con apoyo" y "Fomento del Empleo en las Corporaciones Locales" que, desde 1999, y junto con otras iniciativas financiadas a través del Fondo Social Europeo (FSE), han permitido la contratación de más de 2.400 personas con discapacidad, cifras muy relevantes en la comparativa con el conjunto de las Comunidades Autónomas de España.

La puesta en marcha de viviendas alternativas como recurso integrado en la comunidad ha sido otro de los objetivos planteados. Actualmente Castilla y León dispone de 78 de estas viviendas en funcionamiento y subvencionadas por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, algunas de las cuales están destinadas a personas con graves discapacidades, parálisis cerebral, pluridiscapacidades físicas o grave retraso mental.

El Decreto 52/2001, de 1 de marzo, dictó normas sobre financiación de actuaciones en cumplimiento de los objetivos en materia de Residencias, Centros de Día y otras instalaciones del Plan Regional Sectorial de Atención a personas con Discapacidad, con un periodo de vigencia entre 2001 y 2006 y un presupuesto total previsto de 16,8 millones de euros para inversiones. En los últimos cuatro años, se han destinado más de 23 millones de euros a la creación de 333 plazas en residencias y 538 en centros de día, estando en proyecto otras obras que supondrán un centenar de plazas más. Fruto de este esfuerzo es la creación de 45 plazas en centro de día en el medio rural, 96 plazas residenciales y 120 de centro de día para personas con envejecimiento prematuro, así como 66 plazas residenciales y 73 de atención diurna para personas con parálisis cerebral, 27 plazas residenciales y 55 en centro de día para autistas, 70 y 75, respectivamente, para discapacitados psíquicos gravemente afectados, así como 40 y 50, para personas con discapacidad física gravemente afectadas.

Respecto de la red hospitalaria pública, el Programa de enfermedades crónicas en fase terminal del Plan de Atención Sociosanitaria de 1998 ha impulsado la existencia de cinco unidades de cuidados paliativos que atienden en conjunto a más de 1.000 pacientes cada año, además de cinco unidades de hospitalización a domicilio que anualmente atienden a cerca de 3.500 pacientes. La consolidación del Centro Regional de Referencia en Cuidados Pali-



tivos, la puesta en marcha de un teléfono regional de información y consulta en esta materia, el desarrollo del programa de telemedicina Cuidados Paliativos a través de la Red, el desarrollo de un Master universitario monográfico y el establecimiento de convenios con la Asociación Española Contra el Cáncer para la realización de programas específicos de cuidados paliativos domiciliarios constituyen otros aspectos impulsados por el citado Programa del Plan de Atención Sociosanitaria. De hecho, con el patrocinio de la Asociación Española contra el Cáncer se han desarrollado UCP domiciliarias en las provincias de Ávila, Burgos, León, Salamanca (dos unidades) y Valladolid (dos unidades), que en el año 2001 atendieron globalmente a 1.083 pacientes con 11.252 visitas efectuadas.

Respecto de la dotación de unidades hospitalarias de convalecencia, el Plan de Atención Sociosanitaria de 1998 dispuso la existencia de estas unidades en todas las Áreas de Salud, diferenciando aquellas destinadas a pacientes con patologías asociadas al envejecimiento (personas mayores de 65 años con enfermedades de base que precisan una recuperación funcional tras un proceso agudo) y las destinadas a pacientes con patologías crónicas no ligadas al envejecimiento (enfermos crónicos con frecuentes descompensaciones), cuyo objeto sería restablecer las funciones o actividades afectadas, total o parcialmente, por distintas patologías.

Hay que tener en cuenta a este respecto que la red hospitalaria transferida del extinto organismo autónomo AISNA (Administración Institucional de la Sanidad Nacional) fundamentalmente se correspondía con la atención a procesos de media y larga estancia. Asimismo, la posterior inclusión de hospitales procedentes de las Diputaciones Provinciales supuso la incorporación al Sistema de Salud de Castilla y León de centros que ofrecen prestaciones destinadas, en buena medida, a apoyar a los hospitales concebidos tradicionalmente como "de agudos" en la prestación de asistencia a enfermos crónicos en situaciones de convalecencia.

En este sentido, a lo largo de estos años los hospitales públicos de Castilla y León no procedentes de la red de la Seguridad Social han aumentado de forma importante su dotación de camas y han ampliado su oferta asistencial, con un importante incremento de la actividad asistencial, multiplicándose de forma notable el número de pacientes ingresados y las estancias consumidas. Además, y en aquellos casos en que el Sistema de Salud de Castilla y León no dispone de centros adecuados, se mantienen conciertos con otros centros hospitalarios para la atención de las convalecencias. Sin embargo, esta realidad asistencial no ha sido acompañada de la formalización y protocolización de los recursos, ofreciéndose los servicios fundamentalmente éstos a través de los correspondientes Servicios de Medicina Interna y de Geriátrica.

En otro orden de cosas, existen 5 Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) en Castilla y León, en dependencia de los Hospitales General Yagüe de Burgos, Hospital del Bierzo, Clínico y Río Hortega de Valladolid y Virgen de la Concha de Zamora, que en el año



2001 atendieron a 3.355 pacientes. Las UHD proporcionan tratamiento activo por parte de profesionales sanitarios en el domicilio de pacientes que presentan enfermedades o problemas que, de otra forma, podrían requerir cuidados intrahospitalarios en una unidad de agudos, constituyendo por tanto una alternativa al ingreso hospitalario tradicional. Dentro de las UHD se incluyen un gran diversidad de programas, como son las actuaciones para favorecer el alta hospitalaria temprana en pacientes ya estabilizados o en fase de convalecencia, pero también se realizan intervenciones de cuidados paliativos y tratamientos de soporte a enfermos terminales.

La importancia de las patologías psiquiátricas ha derivado en la elaboración de una Estrategia Regional específica, de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León. La atención integral a las personas con enfermedad mental constituye una prioridad en el marco de las políticas de protección social de la Junta de Castilla y León debido a la elevada prevalencia de estas enfermedades, la pérdida de calidad de vida que suponen, la necesidad de superar la estigmatización de las personas afectadas y de apoyar suficientemente a sus familias.... En la citada Estrategia Regional se contiene un completo diagnóstico de situación y también una valoración de los aspectos desarrollados en virtud del Plan de Atención Sociosanitaria de 1998.

Entrando en el campo de la planificación y ordenación del espacio sociosanitario, uno de los aspectos más positivos, sin duda, del Plan de 1998 ha sido la puesta en marcha de las estructuras de coordinación sociosanitaria previstas en el mismo. El Plan de Atención Sociosanitaria de 1998 pretendió dar un impulso decidido a la corresponsabilidad y cooperación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, previendo la creación de determinadas estructuras multi-institucionales y multi-profesionales de coordinación en todo el territorio regional. En desarrollo de estas previsiones, el Decreto 74/2000, de 13 de abril, creó y reguló la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León, compuesta por los siguientes órganos:

- Con carácter regional, el Consejo de Dirección del Plan Sociosanitario.
- En el ámbito de cada Área de Salud, las Comisiones de Dirección del Plan Sociosanitario (de naturaleza directiva), así como las Comisiones de Coordinación de la Atención Sociosanitaria y los Coordinadores del Plan de Atención Sociosanitaria (de naturaleza técnica y asesora).

El funcionamiento de estas estructuras ha supuesto la existencia de distintos foros de encuentro entre responsables y profesionales de los Servicios Sociales y la Sanidad, favoreciendo un mayor conocimiento mutuo de uno y otro ámbito y dando lugar a una fase inicial, e imprescindible, de toma de contacto y desarrollo de proyectos conjuntos entre ambos.

Esta línea de acercamiento se vio posteriormente reforzada mediante la creación, a través del Decreto 286/2001, de 13 de diciembre, en la Consejería de Sanidad y Bienestar Social,



de la Dirección General de Planificación Sociosanitaria, órgano directivo central al que se le atribuyeron, entre otras, las funciones de "elaboración del anteproyecto de Plan Sociosanitario de Castilla y León, su control y evaluación, incluyendo la coordinación sociosanitaria y el impulso de mecanismos dirigidos a una mayor integración funcional entre el Sistema de Salud y el Sistema de Acción Social de Castilla y León".

Del mismo modo, y mediante Orden de 27 de diciembre del mismo año, se especificó que corresponde al Servicio de Coordinación Sociosanitaria de dicha Dirección General "el apoyo y coordinación de las propuestas y acciones emprendidas por la estructura periférica de coordinación sociosanitaria creada mediante Decreto 74/2000", estableciéndose así un referente central para el trabajo de las estructuras técnicas de coordinación, habiéndose impulsado una mayor relación entre ambos Sistemas y, especialmente, entre los Centros de Acción Social y los Equipos de Atención Primaria.

Uno de los primeros trabajos de las Comisiones de Coordinación fue el análisis de los recursos sociales y sanitarios existentes en los distintos ámbitos territoriales. A la vista de estos trabajos cabe destacar la dificultad percibida para plantear como tal un Mapa de atención sociosanitaria en nuestra Comunidad Autónoma, precisamente por las dificultades de delimitación de la atención sociosanitaria identificadas en la Introducción del presente Plan. La conclusión obtenida es que el referido Mapa no puede concebirse sino como la suma integradora del Mapa de recursos sociales y del Mapa sanitario de Castilla y León, en cuya delimitación se ha avanzado conforme a las previsiones de sus respectivas normativas específicas.

En análogo sentido cabe referirse a la pretensión de configurar un sistema de información específico para la atención sociosanitaria. Ciertamente es que los sistemas de información sanitarios -especialmente amplios en el ámbito de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social- han evolucionado, del mismo modo que ha ocurrido en el marco de los Servicios Sociales, entre otros aspectos a través del desarrollo del SIUSS. Sin embargo, la dificultad de concebir el espacio sociosanitario como un ámbito propio ha supuesto una barrera al desarrollo de sistemas de información específicos. Por esta razón, en el presente Plan se apuesta, más bien, por la integración y homogeneización de los sistemas de información existentes en ambos Sistemas.

Respecto de la normativa de autorización de centros y servicios sociosanitarios cabe señalar que el Decreto 93/1999, de 29 de abril, estableció el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización y registro de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios. Una vez más, la dificultad de definir con precisión los "centros sociosanitarios" ha dado lugar a una regulación formal que aplica a los mismos un régimen idéntico al de los dispositivos sanitarios, habiéndose detectado importantes dificultades de operativización de aquel concepto en la práctica. Es oportuno señalar que esta regulación ha sentado las bases de lo que no es concebido normativamente en Castilla



y León como un centro sociosanitario: así, al establecerse en su artículo 2.2.p) que se consideran centros, servicios y establecimientos sanitarios "los servicios sanitarios situados en residencia geriátricas o en cualquier otro centro de atención social", y en su artículo 3 e) que "quedan excluidos del ámbito de aplicación del presente Decreto y se registrarán por su normativa específica, las autorizaciones referidas a entidades, centros y servicios de carácter social", resulta meridianamente claro, en una interpretación sistemática, que para el ordenamiento jurídico de Castilla y León un centro de carácter social que cuente con servicios sanitarios no es un centro sociosanitario.

La misma perspectiva de nítida distinción se observa en el Decreto 14/2001, de 18 de enero, sobre condiciones y requisitos para la autorización y funcionamiento de centros de carácter social para personas mayores, cuyo artículo 11.1 establece que "Compete al Gerente de Servicios Sociales... el otorgamiento o denegación de las autorizaciones administrativas a los centros para personas mayores. Cuando el centro cuente con sector destinado a servicios sanitarios, será requisito previo su autorización por el Director General de Salud Pública, conforme se establece en el Decreto 93/1999, de 29 de abril."

Se observa, pues, que algunas de las más importantes dificultades de materialización de los objetivos previstos en 1998 han derivado de la propia conceptualización de la llamada "atención sociosanitaria". De ello deriva la reorientación producida en el marco del presente Plan, y la atención especial que en él se presta a la clarificación de la terminología utilizada.

Además de la problemática implícita en la propia configuración conceptual de la atención sociosanitaria, cabe señalar otro aspecto de especial importancia en relación con el despliegue del Plan de 1998. Nos referimos a la interfase planificación-ejecución, que se ha visto influida, durante el período de vigencia del Plan y hasta el 1 de enero del año 2002, por la adscripción de una buena parte de los servicios afectados (los relativos a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social) a una Administración de ámbito territorial más amplio que el de Castilla y León y, por tanto, con una lógica de desarrollo interno también diferente.

La transferencia de medios y servicios del Insalud a nuestra Comunidad Autónoma, y la creación de un centro directivo específico destinado a impulsar la coordinación de actuaciones entre los Servicios Sociales y la Sanidad, suponen un escenario nuevo y más ventajoso para la ejecución de actuaciones planificadoras con carácter conjunto, cuya ausencia en el marco de despliegue temporal del Plan de Atención Sociosanitaria de 1998 sin duda ha incidido en el aspecto comentado.



Objetivos y líneas estratégicas



Objetivos y líneas estratégicas

Los objetivos y líneas estratégicas establecidos en el presente Plan vienen condicionados por diferentes orientaciones, conocimientos y aportaciones:

Orientaciones:

- Los criterios establecidos en la normativa reguladora de los Sistemas de Acción Social y de Salud, y los Principios rectores más arriba expresados.
- Los objetivos recogidos en la planificación, tanto general como sectorial, vigente para cada uno de dichos Sistemas.
- Las recomendaciones de organismos y entidades internacionales, nacionales y de Castilla y León anteriormente citados.
- El reconocimiento, en definitiva, de la misión, visión y valores de los Servicios Sociales y la Sanidad, y del alineamiento existente entre ambos.

Conocimientos:

- El análisis de los sistemas de información disponibles en el ámbito de los Sistemas de Acción Social y de Salud de Castilla y León.
- Los resultados del estudio cualitativo de consenso efectuado por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social entre profesionales de todos los ámbitos en el año 2001 .
- La experiencia acumulada en el funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitaria de Castilla y León, tanto en el ámbito provincial como a través de los diferentes grupos de trabajo establecidos entre los Servicios Centrales de la Gerencia de Servicios Sociales, la Gerencia Regional de Salud y la Administración General de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Las actuaciones e intervenciones realizadas en el ámbito de la Administración del Estado y otras Comunidades Autónomas, a través del seguimiento constante de las mismas y de los diferentes contactos mantenidos.

Aportaciones:

- Las aportaciones de las distintas entidades y asociaciones, tanto ciudadanas como de carácter profesional, relacionadas con la atención social y sanitaria en Castilla y León, que han sido recabadas a través de los correspondientes Consejos Regionales de Salud y de Acción Social.



Objetivos finales:

Teniendo en cuenta los aspectos reseñados, los objetivos finales que se plantea el II Plan Sociosanitario de Castilla y León son:

- Mejorar la calidad de vida de individuos, familias y comunidades, y contribuir a la mejora de la esperanza de vida libre de incapacidad y de la esperanza de vida en buena salud.
- Mejorar la accesibilidad de todos los ciudadanos a la Sanidad y a los Servicios Sociales, y la equidad en el despliegue de ambos.
- Mejorar la efectividad y eficiencia de los Sistemas de Acción Social y de Salud mediante su adecuada coordinación.
- Mejorar la calidad de los servicios prestados y la satisfacción de los usuarios, incrementando la competencia de los profesionales y su grado de implicación con la orientación bio-psico-social de la atención.

Todos los objetivos posteriores han de considerarse, por tanto, objetivos intermedios, hitos estratégicos u operativos en el camino hacia el mejor cumplimiento de estas metas finales. Dicho camino queda definido en el planteamiento de líneas estratégicas y áreas priorizadas de intervención de este II Plan Sociosanitario de Castilla y León que pasa a detallarse:



Línea estratégica 1
“Potenciar la coordinación Sociosanitaria”



Línea estratégica 1 “Potenciar la coordinación Sociosanitaria”

Sería interminable citar las normas jurídicas, trabajos nacionales e internacionales, recomendaciones de instituciones del Estado y de las Comunidades Autónomas, documentos de instituciones legislativas, gubernamentales o de participación social, en los que se destaca la importancia de articular una verdadera coordinación entre los Servicios Sociales y la Sanidad. Frecuentemente, junto a la exigencia de esta coordinación, se ponen asimismo de relieve las dificultades prácticas que existen para su materialización en el trabajo diario de profesionales y entidades.

Con motivo del Acuerdo Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Asuntos Sociales, que dio pie al Convenio de Colaboración entre INSALUD e INSERSO (1993), se desarrollaron varias experiencias-piloto de coordinación sociosanitaria, una de las cuales tuvo lugar en el territorio de Castilla y León. El rodaje de dicha experiencia supuso la adquisición en nuestra Comunidad de un conocimiento inicial sobre las esperanzadoras posibilidades de una coordinación sociosanitaria efectiva, y también sobre las dificultades y limitaciones en su implantación.

Como se ha destacado en el epígrafe correspondiente, el Plan de Atención Sociosanitaria de 1998 pretendió dar un impulso decidido a la corresponsabilidad y cooperación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, previendo la creación de determinadas estructuras multi-institucionales y multi-profesionales de coordinación en todo el territorio regional. En desarrollo de estas previsiones, el Decreto 74/2000, de 13 de abril, creó y reguló la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León.

La experiencia acumulada a lo largo de este período, junto a los cambios derivados de la asunción de nuevas competencias en el ámbito de la asistencia sanitaria, aconsejan renovar los esfuerzos dirigidos a lograr la complementariedad y coordinación entre el Sistema de Acción Social y el Sistema de Salud. Esta pretensión se encuentra intrínsecamente ligada, como es evidente, al Principio de integración funcional entre ambos Sistemas: no se trata, pues, de crear una tercera red gestora, y sí de establecer una auténtica red de coordinación, un conjunto de cauces de conexión estables y a todos los niveles entre los Servicios Sociales y la Sanidad.

Reforzar la coordinación sociosanitaria, en concordancia con el modelo y los Principios rectores del presente Plan, es, pues, adoptar un modelo organizativo que garantice la prestación integrada de los servicios sanitarios y sociales a todos aquellos ciudadanos que precisen de ambos. Para ello es necesario que la definición de las respectivas esferas de actua-



ción sea muy precisa, puesto que sólo desde la claridad acerca de las competencias que corresponden a cada cual es posible articular una coordinación eficaz. Sobre esta base, son necesarias estructuras en que los gestores y los técnicos de ambos Sistemas aborden conjuntamente los problemas y adopten decisiones ajustadas a cada uno de los niveles de responsabilidad.

Las estructuras de coordinación sociosanitaria, desde los niveles de planificación y dirección hasta el nivel de intervención directa, han de garantizar la estabilidad en los procesos de coordinación. Con este fin, y partiendo del reconocimiento de la interdependencia de los servicios sociales y los sanitarios, ha de establecerse un compromiso compartido para que los ciudadanos reciban los servicios que precisan, en el momento en que necesitan de ellos y con la mayor calidad posible. Sin perjuicio de las peculiaridades que son propias de cada Sistema, es importante por ello tender a construir una cultura organizativa común a todos los niveles. A las estructuras de coordinación sociosanitaria corresponde, en buena medida, asumir e impulsar dicha cultura.

La consolidación de esta filosofía de trabajo requiere indicaciones claras por parte de los Poderes Públicos que incentiven y promuevan de forma efectiva las posibilidades de la coordinación. Para ello, en la presente línea estratégica se contemplan los aspectos relacionados con la elaboración de un marco legal de carácter global, capaz de sustentar, con el máximo rango normativo, el modelo sinérgico para los Servicios Sociales y la Sanidad que se pretende; con la disponibilidad de estructuras de coordinación sociosanitaria de carácter auténticamente operativo y próximas al ciudadano; con la metodología compartida que deben utilizar tales estructuras, señalándose como tal la gestión de procesos y la gestión de casos; con la adecuación de los sistemas de información, a fin de posibilitar el máximo aprovechamiento conjunto de los mismos (incluido el Observatorio Regional de las Personas Mayores previsto en el artículo 39 de la Ley 5/2003); y, finalmente, con la formación de los profesionales que, en definitiva, han de hacer realidad la atención integral y la continuidad de cuidados para cada uno de los concretos usuarios de los Servicios Sociales y la Sanidad.

Áreas de intervención:

Establecer un marco normativo común

Se ha señalado en numerosas ocasiones que la disparidad de regímenes jurídicos entre los Servicios Sociales y la Sanidad puede constituir un obstáculo para una adecuada coordinación. Una regulación conjunta y general de ambos aspectos sólo se contempla en el ámbito de la Seguridad Social, lo que en el momento actual de desarrollo de los Sistemas de Acción Social y de Salud resulta claramente insuficiente, dada la apuesta efectuada, en el Estado español, por un modelo sanitario del tipo "Servicio Nacional de Salud" –abandonando el anterior régimen de Seguridad Social–, la incorporación al Sistema de Acción Social de



numerosas actividades que exceden de la acción protectora de la Seguridad Social, y la descentralización de competencias operada en todas las Comunidades Autónomas.

En el ámbito de la Comunidad de Castilla y León, existen dos grandes normas sectoriales reguladoras de ambos Sistemas de protección (Ley 18/1988, de 23 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León, y Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León). Partiendo de esta configuración del ordenamiento jurídico, sucede que, en algunos casos, se dificulta la posibilidad de delimitar los respectivos campos de actuación con la nitidez que sería conveniente; que las referencias efectuadas desde cada ámbito normativo hacia el otro ven disminuida, en alguna medida, su eficacia; y que se pierde, en definitiva, la oportunidad de establecer una regulación de determinados aspectos que requerirían de un enfoque más global.

La mayor efectividad del Principio rector de integración funcional exige, por ello, la promulgación de una norma legal comprensiva de tales aspectos, en la que se recoja el marco común de intervención y la regulación de las relaciones mutuas entre ambos Sistemas. Dicha norma clarificaría, así, el elenco de actividades y prestaciones incorporadas a ambos Sistemas, suponiendo la aprobación de los correspondientes catálogos de prestaciones desde una perspectiva integral; destacaría los aspectos relativos a una planificación, asignación y ordenación de recursos integradoras; establecería, en definitiva, la regulación de las relaciones mutuas entre ambos Sistemas, dirigida a un mejor cumplimiento de los derechos de los ciudadanos.

El entrelazamiento de necesidades sociales y sanitarias que se da en la práctica debe verse reflejado, por tanto, en una norma con rango legal que ofrezca una respuesta conjunta a tales necesidades, sirviendo al mismo tiempo para reforzar, desde la autoridad que inviste al Poder Legislativo, la cultura de trabajo compartido, de la búsqueda de mayor calidad y del aprovechamiento de sinergias. El planteamiento de una normativa global se hace especialmente importante, además, en un contexto en el que ambas grandes Leyes sectoriales de nuestra Comunidad requieren, sin duda, adaptaciones a las necesidades del momento presente, en función del tiempo transcurrido desde su entrada en vigor (1989, 1993) y de los sustanciales cambios que se han producido desde entonces, en una línea avanzada ya por las iniciativas legislativas más recientes en el campo de la protección de la infancia, la atención a las personas mayores o la regulación de los derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

Por otro lado, la falta de coincidencia entre la zonificación de los servicios sanitarios y de los servicios sociales (Zonas Básicas de Salud, Zonas de Acción Social, Distritos de Salud Mental, Áreas de Salud, provincias y territorios superiores para determinados servicios hospitalarios de referencia...) viene siendo percibida en el conjunto de España como una dificultad para la coordinación de actuaciones: así se ha puesto de relieve como conclusión al desarrollo de diferentes experiencias previas. Se hace por ello necesario analizar las posibilidades reales de avanzar hacia una mayor coincidencia entre unas y otras zonificaciones.



Dado que estas actuaciones de reordenación no están exentas de importantes dificultades, debido a que la evolución histórica y los condicionantes de la territorialización de ambos Sistemas han sido y son diferentes, es oportuno completar esta línea con algunos aspectos abordados en objetivos posteriores, y concretamente en relación con la constitución de los Equipos de Coordinación de Base y la delimitación de sus correspondientes ámbitos de intervención.

Además de lo anterior, y en concordancia con el análisis efectuado en la Introducción del presente Plan, se hace preciso realizar actuaciones de modificación en la normativa de autorización y registro de los diferentes tipos de centros sanitarios, a fin de suprimir las referencias realizadas a los "centros sociosanitarios", incidiendo más claramente en la clasificación de los centros conforme a su naturaleza y finalidad principales (sanitaria o social) y en la posibilidad de atribuir una calificación diferenciada a determinados servicios dentro de ellos.

Del mismo modo, es oportuno crear fórmulas de simplificación de los procedimientos de autorización y registro en estos casos, unificando las solicitudes y coordinando a los Servicios correspondientes para la instrucción de los procedimientos y la emisión de las correspondientes resoluciones, a la par que es oportuno avanzar en la cooperación entre los correspondientes servicios de inspección a fin de maximizar la efectividad de las actuaciones de control.

Objetivos:

- Disponer de un marco común con el máximo rango normativo que, partiendo del Principio rector de integración funcional entre los Sistemas de Acción Social y de Salud, precise los catálogos de prestaciones sociales y prestaciones sanitarias en Castilla y León en el contexto de las relaciones mutuas entre ambos Sistemas.
- Avanzar en la adecuación entre las diversas zonificaciones existentes en el ámbito del Sistema de Acción Social y el de Salud.
- Adecuar la normativa de autorización y registro de los centros sanitarios, y agilizar la tramitación de las solicitudes de autorización y registro cuando deban dictarse resoluciones diferenciadas en los ámbitos del Sistema de Acción Social y el de Salud.
- Desarrollar actuaciones coordinadas entre la inspección de los Servicios Sociales y la inspección sanitaria, a fin de maximizar la eficacia de ambas en aquellos centros en que sea procedente.

Actuaciones previstas:

- Presentación a las Cortes de Castilla y León de un Proyecto de Ley de Coordinación Sociosanitaria.
- Estudio de las posibilidades de adecuación de la zonificación sanitaria y de servicios sociales, y puesta en marcha de las modificaciones pertinentes.



- Modificación del Decreto 93/1999, sobre autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios.
- Regulación y puesta en marcha de procedimientos simplificados de autorización y registro de centros sociales o sanitarios que cuenten con servicios diferenciados en su seno.
- Definición y puesta en marcha de procedimientos de coordinación de actuaciones entre las Inspecciones Sanitaria y de Servicios Sociales.

Crear estructuras de coordinación sociosanitaria operativas

Uno de los cambios más importantes que se han producido en la práctica profesional, tanto en el caso de la asistencia sanitaria como en el de los Servicios Sociales, ha sido la evolución desde prácticas fundamentalmente individuales hacia fórmulas de intervención basadas en la existencia de equipos multidisciplinares. Estas fórmulas de multidisciplinariedad y trabajo en equipo constituyen aspectos profundamente ligados a la concepción bio-psico-social de las necesidades de las personas, y a la búsqueda de una atención de carácter integral. Se pone de relieve así que, en muchas ocasiones, no es suficiente la intervención de un solo profesional para abordar las complejas situaciones que pueden presentarse, al menos con el nivel de calidad que hoy es exigible en función de las crecientes posibilidades que ofrece el desarrollo de las distintas profesiones.

La realidad diaria muestra que, muy frecuentemente, son necesarios contactos entre profesionales de uno u otro Sistema protector, dirigidos a garantizar la continuidad de cuidados necesarios. La indefinición de cauces formales para efectuar los contactos y el voluntarismo con el que la mayor parte de las veces se producen representan barreras a la aplicación del Principio de integración funcional, y a la consecución de la máxima efectividad en la atención a los problemas de los ciudadanos. Hay que profundizar, por tanto, en esa línea evolutiva que conduce al funcionamiento de equipos multidisciplinares capaces de ofrecer respuestas ajustadas al amplio abanico de necesidades, demandas y expectativas que pueden plantearse, potenciando la existencia de cauces formales de inter-relación y el funcionamiento armónico de los mismos en todos los niveles en que es necesaria la intervención integrada de servicios sociales y sanitarios.

En este orden de cosas, la Sexta Conferencia de los Ministros Europeos de Sanidad ("El envejecimiento en el siglo XXI: necesidad de un enfoque equilibrado para un envejecimiento con buena salud", Atenas, abril de 1999), puso de relieve la necesidad de establecer "servicios médicos, sociales, hospitalarios y comunitarios integrados y que tengan como centro de su preocupación al usuario", de estimular "una cooperación multiprofesional entre los servicios de diferentes sectores en diversas disciplinas", y de "asegurar la continuidad de los cuidados con el fin de impedir tanto solapamientos como carencias en los servicios".



Ello supone incrementar la capacidad de las estructuras de coordinación sociosanitaria para ofrecer respuestas ágiles y adaptadas a las necesidades sociales existentes, lo cual exige tanto actuaciones de carácter normativo como acciones de impulso y seguimiento continuado por parte de todas las administraciones, organismos y entidades que actúan en el ámbito de nuestros Sistemas de protección social.

Desde esta perspectiva, y de conformidad con la experiencia acumulada en la Comunidad de Castilla y León, la existencia de órganos de coordinación de ámbito regional o provincial, siendo sin duda necesaria, no es suficiente. Los requerimientos de coordinación, no en vano, se producen fundamentalmente en los dispositivos prestadores directos de servicios a los ciudadanos, y en los concretos profesionales que los forman. Por ello, es imprescindible una evolución del concepto de la coordinación sociosanitaria, pretendiendo que no sólo se refiera a la existencia de foros de decisión o de debate en torno a grandes ámbitos territoriales, sino que alcance a la implantación de fórmulas de trabajo comunes para la resolución de los problemas concretos de los ciudadanos.

La coordinación sociosanitaria, en definitiva, si ha de ser operativa, no puede sino comenzar desde las mismas puertas de entrada de ambos Sistemas de protección social: Centros de Acción Social y Equipos de Atención Primaria. Tal es la finalidad que justifica una de las principales apuestas del presente Plan: la implantación de los Equipos de Coordinación de Base, creando un cauce formal de interrelación en el que participen los profesionales que directamente se encargan de prestar los servicios sociales y sanitarios básicos a todos los ciudadanos. La participación de estas estructuras básicas refuerza también, así, el Principio rector de orientación al conjunto de la población, puesto que tal es la naturaleza y vocación tanto de los Centros de Acción Social como de los Centros de Salud, sin perjuicio de que los máximos beneficiarios de su funcionamiento armónico serán, sin duda, determinados colectivos en los que el entrelazamiento de necesidades sociales y sanitarias resulta especialmente evidente.

Teniendo en cuenta lo anterior, y para una aún mayor operatividad, se considera al mismo tiempo necesario favorecer la incorporación a los Equipos de Coordinación de Base de otros profesionales con un componente de actuación más sectorial. En primer lugar, la experiencia en el funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitaria de Castilla y León ha puesto de manifiesto que el colectivo de personas con enfermedad mental grave y prolongada tiene una alta relevancia en cuanto a los procesos en que existen dificultades de coordinación y de garantía de la continuidad de cuidados. Es conveniente, por ello, que para el abordaje de este tipo de casos se incorporen a las estructuras básicas de coordinación profesionales de los correspondientes Equipos de Salud Mental.

En segundo lugar es pertinente asimismo que, especialmente respecto de los casos de menores con problemas, puedan participar en los Equipos de Coordinación de Base técnicos de las correspondientes Gerencias Territoriales de Servicios Sociales, del mismo modo que para



aquellos otros supuestos en que la intervención directa de estos técnicos en los casos lo haga conveniente.

Por último, y teniendo en cuenta la diversidad de casos posibles que pueden plantearse, la regulación de los Equipos de Coordinación de Base debe tener la suficiente flexibilidad como para permitir su permeabilización hacia profesionales de otros dispositivos, en los supuestos puntuales en que así sea pertinente.

Respecto del ajuste territorial en el funcionamiento de estas estructuras básicas, siendo oportuno avanzar en la coincidencia de las distintas zonificaciones conforme a lo señalado en el objetivo anterior, es necesario también articular lo antes posible cauces reales y operativos de coordinación. El planteamiento que entonces surge es el comenzar la articulación territorial de los Equipos de Coordinación de Base partiendo, como referente, de las actuales zonificaciones y de las propias agrupaciones naturales de la población (barrios, comarcas...), de tal forma que sean las estructuras provinciales de carácter técnico (Comisiones de Coordinación Sociosanitaria) quienes, sobre este punto de partida, efectúen una propuesta de formación de los Equipos, y sean las estructuras provinciales de carácter decisorio las encargadas de ratificar dicha propuesta. Es necesario señalar, además, que tanto el proceso de elaboración de dichas propuestas, como el propio funcionamiento de las estructuras de coordinación de base que sobre las mismas se desplieguen, aportarán sin duda información idónea para desarrollar el proceso formal y normativo de adecuación entre las diversas zonas que se pretende.

El presente Plan apuesta, en consecuencia, por la organización de una auténtica red de estructuras de coordinación sociosanitaria en torno a cuatro niveles de actuación, con competencias y finalidades bien diferenciadas entre sí:

- Equipos de Coordinación de Base, formados por profesionales que prestan directamente los servicios, y cuya finalidad ha de ser la adecuada gestión de los casos (problemas de personas concretas).
- Comisiones de Coordinación Sociosanitaria, formadas por profesionales expertos en los distintos ámbitos de intervención, y cuya finalidad principal ha de ser, además de orientar y apoyar técnicamente a los Equipos de Coordinación de Base, elaborar propuestas sobre la adecuación de los procesos (problemas-tipo) en el ámbito territorial de varios Equipos de Coordinación de Base (una provincia).
- Comisiones de Dirección Sociosanitaria, formadas por responsables de los distintos ámbitos de intervención, y cuya finalidad principal ha de ser tomar las decisiones oportunas para la efectiva adecuación de los procesos y, en definitiva, para la mayor efectividad de la gestión de los casos concretos, en un ámbito territorial de varios Equipos de Coordinación de Base (una provincia).



- Consejo de Dirección Sociosanitaria, formado por responsables de los distintos ámbitos de intervención, y cuya finalidad principal ha de ser dictar las directrices generales, orientar la actuación de las Comisiones de Dirección Sociosanitaria de las distintas provincias y favorecer el impulso y la homogeneidad de todas las acciones.

A este respecto cabe señalar que, conforme a lo previsto en el artículo 47 de la Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León, corresponde a la Junta de Castilla y León el establecimiento de las estructuras de coordinación sociosanitaria precisas para la mejor garantía de la atención integral, y que todas las Administraciones Públicas y entidades vinculadas a los Sistemas de Acción Social y de Salud facilitarán el funcionamiento de las estructuras de coordinación establecidas.

Sobre este esquema general es preciso establecer tanto un adecuado flujo vertical de la información, en cuanto a la detección de problemas y la adopción de soluciones en los niveles en cada caso pertinentes (dado que las estructuras de coordinación de cada nivel pueden suponer un auténtico observatorio permanente a este respecto), como un circuito horizontal que garantice una mínima homogeneidad y coherencia para las medidas emprendidas, facilitando del mismo modo la extensión de aquellas prácticas que manifiesten su utilidad en un contexto local determinado.

Ambos tipos de funciones permitirán detectar los problemas específicos y aportar las soluciones necesarias a las peculiaridades del ámbito rural, y se ven reforzadas por la existencia de órganos que, de manera permanente, tienen el encargo de impulsar las tareas propias del Consejo de Dirección regional (Dirección General de Planificación Sociosanitaria). Al mismo tiempo, es conveniente la existencia de grupos de trabajo estables en el ámbito de los Servicios Centrales, con participación tanto de la Gerencia de Servicios Sociales como de Sacyl, a efectos de garantizar la coherencia interna de las acciones emprendidas.

Además de esta organización, dos premisas más son necesarias para lograr extraer el máximo provecho de la integración funcional entre los diversos servicios. En primer lugar, hay que dotar a las distintas estructuras (todas ellas caracterizadas por la multi-disciplinariedad y multi-institucionalidad) de metodologías de trabajo comunes, tal y como posteriormente se plantea en relación con la gestión de procesos y la gestión de casos. Y, en segundo lugar, de conformidad con el Principio de participación, favorecer el contacto de las estructuras de coordinación sociosanitaria con la sociedad y con las instituciones ciudadanas, permitiendo así canalizar las aportaciones tanto de los propios usuarios como de las distintas entidades que trabajan en el ámbito de los Sistemas de protección social.

Por último, y con la pretensión de incentivar las iniciativas concretas de coordinación, se plantea la oportunidad de crear unos Premios específicos a las instituciones o personas que más se distingan por su trabajo en favor de la actuación coordinada entre los Servicios Sociales y la Sanidad, indicando de esta manera la importancia estratégica que la Comunidad de



Castilla y León atribuye a estas experiencias, a la par que promoviendo la difusión de las mejores prácticas y su posible implantación posterior en otros ámbitos. Se trata así de compaginar la homogeneidad propia de un funcionamiento en red regional, con el aliento a iniciativas locales excelentes que puedan a su vez repercutir en un mejor funcionamiento del conjunto.

Objetivos:

- Operativizar las estructuras de coordinación sociosanitaria, acercándolas hasta la base asistencial.
- Garantizar el funcionamiento de órganos estables de trabajo en el ámbito de los Servicios Centrales.
- Favorecer la participación de la comunidad en las estructuras de coordinación sociosanitaria, como elemento imprescindible de garantía social y de efectividad.
- Incentivar las iniciativas concretas de coordinación y el compromiso compartido con un modelo sinérgico para los Servicios Sociales y la Sanidad.

Actuaciones previstas:

- Aprobación de una nueva normativa reguladora de las estructuras de coordinación sociosanitaria de Castilla y León, creando los Equipos de Coordinación de Base y haciendo énfasis en la participación ciudadana.
- Apoyo y seguimiento del trabajo de las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria para garantizar el desempeño de sus funciones, respaldado por el funcionamiento de grupos de trabajo estables al nivel de los Servicios Centrales.
- Creación de unos Premios anuales a las mejores iniciativas de coordinación sociosanitaria en Castilla y León.

Desarrollar la gestión de procesos y la gestión de casos

Identificar con claridad los requisitos bajo los que deben prestarse integradamente servicios sanitarios y sociales y definir los resultados que deben obtenerse, constituyen acciones clave para articular la contribución que cada servicio y cada equipo profesional deben realizar al resultado final de las intervenciones.

La calidad en la prestación de servicios, y por lo tanto su ajuste a las necesidades y demandas, está directamente relacionada con el diseño del proceso de organización y coordinación de recursos e intervenciones. En este contexto, la gestión de procesos introduce herramientas que permiten prever errores en las fases y actividades críticas, e introducir medidas de cambio y mejora.



El uso de la metodología y las herramientas de gestión de procesos incrementará la eficacia de las estructuras de coordinación sociosanitaria, así como el consenso en la elaboración y aplicación de propuestas.

En el nivel más operativo, en el que se situarán los Equipos de Coordinación de Base, se entiende como prioridad el uso de la metodología de la gestión de casos. La metodología y las herramientas para la gestión de casos facilitarán la valoración compartida de necesidades y el diseño conjunto de intervenciones, favoreciendo además la detección de errores y oportunidades de mejora de los procesos de prestación integrada de servicios sociales y sanitarios.

La gestión de casos servirá, así, para la superación de barreras administrativas, la evaluación conjunta de necesidades, el establecimiento de planes de cuidados compartidos y consensuados y la más eficaz asignación de los recursos disponibles. Este planteamiento supone impulsar un cambio, desde una organización orientada a los dispositivos y servicios de atención, a una organización orientada al caso, a las necesidades concretas de cada ciudadano. Con ello se pretende mejorar la accesibilidad a la atención, del mismo modo que la efectividad y eficiencia de la misma.

La gestión de casos debe conllevar una evaluación continuada. La tarea de gestionar el caso no finaliza, por lo tanto, con la posible derivación hacia un servicio o dispositivo concreto, sino que ha de incluir necesariamente la monitorización de que los servicios planificados están siendo correctamente administrados en tiempo, cantidad y calidad, según los objetivos y actividades propuestas, reevaluando constantemente los resultados a fin de actualizar periódicamente los planes de actuación y conseguir el mejor nivel de desempeño posible en cada supuesto concreto.

Debe enfatizarse que el planteamiento de la gestión de casos que se efectúa no pivota sobre la designación de un único profesional como "gestor del caso", sino más bien sobre el trabajo en equipo, la valoración conjunta, el compromiso de actuación de cada profesional o dispositivo necesario en función de sus propias competencias y ámbito de intervención, y la reevaluación compartida del proceso y de sus resultados.

Con el fin de impulsar esta concepción del trabajo multidisciplinar, compartido y sinérgico se hace oportuno, por fin, adoptar medidas concretas para facilitar una mayor coordinación entre los trabajadores sociales del Sistema de Salud y el Sistema de Acción Social, evitando la duplicidad de determinados trámites y consiguiendo un mayor rendimiento y una mayor comodidad para los usuarios. A este respecto, por ejemplo, sería necesario establecer equivalencias entre el apartado de capacidad funcional en el baremo para el acceso a la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio y los instrumentos estandarizados que habitualmente se utilizan para la valoración de la dependencia en el ámbito sanitario.



Objetivos:

- Dotar de metodología de trabajo compartida a las estructuras de coordinación socio-sanitaria, potenciando la gestión de procesos como estrategia de mejora continua y de introducción de cambios.
- Extender la metodología de gestión de casos a los supuestos en que es necesaria la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios.
- Favorecer la agilidad y eficiencia en la tramitación de prestaciones y recursos, estableciendo mecanismos específicos de coordinación entre los trabajadores sociales del Sistema de Salud y el Sistema de Acción Social.

Actuaciones previstas:

- Elaboración de documentación y materiales de apoyo sobre gestión de procesos y gestión de casos.
- Difusión e implantación de los materiales elaborados.
- Adopción de medidas que eviten la duplicidad de trámites entre los trabajadores del Sistema de Salud y el Sistema de Acción Social, agilizando los procedimientos.

Implantar sistemas de información compartidos

La débil complementariedad de los sistemas de información actuales, fruto de las diferentes trayectorias históricas de los Sistemas de Acción Social y de Salud, así como del diferente ritmo de desarrollo de sus recursos y sus prestaciones, es reconocida como uno de los problemas con mayor repercusión en el funcionamiento y en la coordinación de los servicios.

La escasez de cauces conocidos y compartidos, como se refleja en los resultados del análisis cualitativo, afecta en alguna medida a todos los niveles de la estructura. Así, se indica la insuficiencia de información desde los servicios centrales a los periféricos y entre los distintos servicios sanitarios y sociales. Es preciso por ello superar los déficits de información existentes, tanto en los circuitos verticales como en los horizontales, avanzando hacia una mayor comunicación y hacia el establecimiento de criterios e indicadores de efectividad para la coordinación sociosanitaria.

Se plantea, por ello, la oportunidad de establecer un sistema integral de información en el ámbito de los Servicios Sociales y la Sanidad, dirigido a mejorar la calidad de la asistencia, favorecer la coordinación sociosanitaria y facilitar la planificación tanto del Sistema de Salud como del Sistema de Acción Social de Castilla y León.

Los requerimientos para la puesta en marcha de este proyecto son fundamentalmente dos: en primer lugar, la progresiva implantación de dispositivos dirigidos a capturar la información gestionada en los distintos centros y servicios, transformarla para unificar su formato y alma-



cenarla en una base de datos común; y, en segundo lugar, la disponibilidad de una base tecnológica central para la extracción, almacenamiento, análisis y difusión centralizada de la información más relevante. A ello cabe añadir la necesidad de que su funcionamiento garantice, con la máxima seguridad, los requerimientos legalmente establecidos en materia de protección de datos de carácter personal y confidencialidad en su transmisión y tratamiento.

Además de contribuir a una mejor planificación de actuaciones, dicho proyecto deberá permitir a los profesionales de los servicios sanitarios y sociales interconectarse y acceder de modo ágil a información relevante para el mejor desarrollo de sus funciones, y posibilitar a los ciudadanos, a su vez, el acceso a una mayor y más completa información respecto de los servicios sociales y sanitarios dispensados en el ámbito de Castilla y León, avanzándose también hacia la realización de gestiones de "teleadministración" en el ámbito asistencial. Del mismo modo, el sistema de información que se pretende ha de constituir una fuente inmejorable para la realización de investigaciones en el campo epidemiológico, social, de eficacia de las intervenciones sanitarias y de Servicios Sociales, etc.

Por fin, la estrategia de información debe incluir procesos de homogeneización de los contenidos de los diversos sistemas de información actualmente existentes, así como cauces de comunicación explícitos y capilares por los que transcurra, y a los que se pueda incorporar sin dificultad, información actualizada sobre el desarrollo de la coordinación sociosanitaria.

Objetivos:

- Disponer de un sistema de información de servicios integrado, dirigido al público, profesionales y gestores, que contemple la descripción de los servicios sociales y sanitarios existentes así como su capacidad, cobertura y procedimiento de acceso a los mismos en cada ámbito territorial, y que facilite la interconexión de los profesionales y el análisis de la prestación por los gestores, directivos y planificadores.
- Avanzar hacia la homogeneización de los sistemas de información existentes, y hacia el establecimiento de indicadores de proceso y resultados de la prestación coordinada de servicios.
- Establecer los canales de comunicación que hagan posible la llegada de información actualizada hasta los profesionales de los Sistemas de Acción Social y de Salud sobre las actividades de coordinación que se llevan a cabo en su ámbito.

Actuaciones previstas:

- Diseño del sistema de información (contenido, fuentes de datos, soportes, flujo y tratamiento de la información, responsables y procedimiento de implantación), desarrollo e implantación del proyecto.
- Elaboración, coincidiendo con el trabajo en gestión de casos de las estructuras de coordinación sociosanitaria, de un mapa de procesos de coordinación, con el estableci-



miento de los correspondientes indicadores de calidad, tanto en los procesos como en los resultados.

- Desarrollo de una estrategia de información vertical y en cascada, dirigida a los responsables de la gestión y a los profesionales en los distintos ámbitos.

Formar específicamente a los profesionales para la coordinación sociosanitaria

Los resultados del análisis cualitativo efectuado identifican como dificultad la escasa cultura de coordinación, la carencia de un enfoque multidisciplinar y la falta de formación continuada y específica en materias de coordinación sociosanitaria.

Del mismo modo, entre las medidas reconocidas como de mayor utilidad se encuentran las referidas a la formación de los profesionales, dando una alta valoración a las actividades de formación conjunta de profesionales de Salud y de Servicios Sociales.

La importancia de la formación es compartida por los miembros de las estructuras de coordinación sociosanitaria de Castilla y León, cuya demanda incluye tanto formación en metodología como disponibilidad de documentación y materiales de calidad y útiles para el diseño y ejecución de intervenciones y programas consensuados, cuyo uso pueda generalizarse.

No cabe abordar la complejidad de la intervención sociosanitaria, ni prever garantías para que las personas con necesidad de prestación integrada de servicios sanitarios y sociales reciban la mejor atención posible, sin establecer como eje y soporte la formación en procesos de coordinación sociosanitaria.

Estas actuaciones deben incluir tanto actividades formativas específicas y dirigidas a los miembros de las distintas estructuras de coordinación, como intervenciones en materia de coordinación sociosanitaria a incluir en las acciones de formación establecidas con carácter general en el ámbito de los servicios públicos sociales y sanitarios.

Objetivos:

- Incrementar la formación de los profesionales para la coordinación sociosanitaria.

Actuaciones previstas:

- Desarrollo de una estrategia de formación de formadores dentro de las estructuras de coordinación sociosanitaria de Castilla y León, y formación horizontal a través de la organización de jornadas dirigidas a los miembros de las Comisiones de Coordinación.
- Incorporación de actuaciones en los programas formativos de la Gerencia de Servicios Sociales y la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.
- Recopilación de documentación significativa, elaboración de materiales formativos de apoyo, y difusión de los mismos.



Línea estratégica 2
"Garantizar la prestación integrada de servicios en
el ámbito comunitario, y prevenir la dependencia"



Línea estratégica 2

“Garantizar la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario, y prevenir la dependencia”

La presente línea estratégica se corresponde con la aplicación del principio rector de primacía de la intervención en el ámbito familiar y comunitario, y con el reconocimiento del papel de las familias en el cuidado de las personas con distintos grados de dependencia.

A este respecto, y como se ha señalado al abordar la potenciación de la coordinación socio-sanitaria, se parte de la base de que la actuación coordinada y sinérgica de los Servicios Sociales y la Sanidad permitirá, mejor que su intervención por separado, mantener a las personas en su medio habitual el mayor tiempo posible y aportar las medidas de apoyo necesarias para sus familias. Ello es debido a que, en numerosas ocasiones, el mantenimiento en el medio habitual se encuentra condicionado por factores de índole diversa (problemas de salud más problemas de apoyo social o sobrecarga familiar), por lo que la intervención sobre únicamente alguno de estos aspectos en numerosas ocasiones no es suficiente para cumplir el objetivo perseguido de mantenimiento en el medio.

Sin embargo, y sin perjuicio de la importancia de la coordinación de cara a un eficiente aprovechamiento de los dispositivos existentes, es imprescindible continuar impulsando políticas de dotación de recursos, dado el escenario de necesidad que se dibuja sobre la base de los indicadores sociodemográficos de Castilla y León. Es imprescindible, por tanto, seguir potenciando y favoreciendo el despliegue y la capacidad de resolución de los Servicios Sociales Básicos y de la Atención Primaria.

Los Sistemas de Acción Social y de Salud, desde la corresponsabilidad y la coordinación de actuaciones, y también desde el sostenimiento en ese proceso de incremento de los recursos disponibles, deben articular, pues, sus prestaciones –actuales y futuras– de forma que las personas que necesitan cuidados y las familias en su papel de cuidadoras reciban el apoyo adecuado, poniendo a su disposición servicios:

- Que garanticen los cuidados a las personas que los requieren en su domicilio, y den cobertura profesional al apoyo familiar. De ahí las previsiones de incremento de los servicios de atención domiciliaria.
- Que les permitan ejercer su función de cuidador de la forma más adecuada y con los menores riesgos para su salud y sus proyectos vitales; a tal objetivo responde el Servicio de Atención al Cuidador Familiar en la comunidad, dentro de la cartera de servicios de los Equipos de Atención Primaria, el cual debe ser concebido como complementario y sinérgico con los programas de promoción de la convivencia e integración familiar y social que se desarrollan en el ámbito de los Servicios Sociales Básicos.



- Que suplan parcialmente o complementen los cuidados prestados por la familia:
 - Haciendo posible que los cuidadores familiares dispongan de tiempo para su descanso y para su realización personal, mediante el refuerzo de recursos intermedios y de respiro familiar (programas de estancias diurnas, estancias temporales y otros) donde se complementen las intervenciones rehabilitadoras y terapéuticas con el desarrollo de relaciones y actividades sociales.
 - Garantizando la provisión de los cuidados que requiere la persona con dependencia temporal en su doble vertiente de atención personal y de recuperación física y/o funcional, cuando éstos desborden la capacidad de los cuidadores familiares y de los servicios domiciliarios, mediante la extensión de recursos para la convalecencia y la rehabilitación.

Es indudable, por otro lado, que el Principio de primacía de la intervención en el ámbito familiar y comunitario se encuentra estrechamente vinculado a la prioridad otorgada a las actuaciones de carácter preventivo. Prevenir, retrasar y evitar en la medida de lo posible las situaciones de dependencia debe ser absolutamente prioritario, dada la mayor eficiencia social de este tipo de intervenciones.

La prevención de las situaciones de dependencia viene promoviéndose tanto a través de acciones dirigidas a fomentar la vida activa y muchas otras actividades propias de los Servicios Sociales, como por medio de programas preventivos en el ámbito de la Salud Pública y de la asistencia sanitaria. A este fin, la Planificación del Sistema de Acción Social, del mismo modo que el Plan de Salud y sus oportunos desarrollos, deben continuar destacando la importancia de las intervenciones de carácter preventivo y determinando los ámbitos y fórmulas más oportunos para su realización.

Áreas de intervención:

Mejorar los cuidados a domicilio de las personas que lo necesitan

Como se ha puesto frecuentemente de relieve, el cuidado de las personas dependientes en el domicilio recae en nuestro país en la familia en más del 80% de los casos. De esto se deduce que, en el momento actual de desarrollo de los Servicios Sociales y la Sanidad, y a pesar del notable aumento de las coberturas producido en los últimos años, las necesidades de intervención son aún muy importantes.

Esta intervención se concreta, entre otros, a través del Servicio de Ayuda a Domicilio, que se definió como un programa preventivo, individual y prestado en el domicilio de la persona, variando el servicio desde la atención personal y doméstica al apoyo psicosocial y familiar y tareas relacionadas con el entorno. En el momento actual se está utilizando también en ocasiones como un servicio de apoyo a la dependencia, con una intensidad que casi nunca supera las 10 horas semanales, siendo el promedio semanal de 4 horas de atención.



Además de la necesidad de continuar aumentando la cobertura de este servicio, el estudio cualitativo efectuado valora de forma importante la adaptación de la Ayuda a Domicilio, aumentando el número de horas y coordinándola con la Atención Primaria en el domicilio. El propio Consejo Económico y Social de Castilla y León ha hecho hincapié, en su informe a iniciativa propia sobre la situación de las personas mayores en Castilla y León (IIP 5/02), en la necesidad de "una profunda transformación de la ayuda a domicilio".

No en vano, el escenario de necesidades de atención domiciliaria se verá afectado por una situación que tiene que ver con el perfil actual del cuidador: mujer de mediana edad (45-69 años en un más de un 80% de los casos), sin actividad laboral fuera del ámbito familiar, con bajo nivel de estudios y de extracción social modesta. Nos referimos al incremento sostenido de la participación de las mujeres en el mercado laboral, que parece predecir un déficit potencial de cuidados desde el sector familiar.

Conforme a los estudios realizados en España, en la actualidad, por cada persona mayor dependiente, hay 2,2 mujeres de entre 40 y 65 años no ocupadas y que no demandan un empleo, mientras que en el año 2010 se podría contar sólo con 1,2 por cada mayor dependiente. El notable fenómeno de incorporación de la mujer al mercado laboral debe ser tenido, por tanto, muy en cuenta en el diseño de las políticas de protección social en Castilla y León.

Incluso prescindiendo del factor de incorporación al mercado laboral y limitando el análisis a los datos exclusivamente demográficos, los llamados "índices de cuidadores potenciales" (convencionalmente definidos como la razón entre el número de mujeres entre 45 y 69 años y el número de personas mayores de 65 ó de 75 años, respectivamente) ponen de manifiesto la importante transición social que se está produciendo: para las personas mayores de 65 años, este índice, que era en Castilla y León de 1,06 en 1981, se redujo a 0,84 en 1991 y a 0,64 en 2001. En el caso de las personas mayores de 75 años, este índice pasó de 2,75 en 1981 a 1,93 diez años más tarde, y a 1,36 transcurrida otra década más. Una tendencia claramente regresiva y que, unida al positivo fenómeno de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, es necesario afrontar.

Para actuar sobre esta situación se hace preciso adoptar un conjunto de actuaciones de índole diversa:

- En primer lugar, es necesario consolidar en la sociedad el cambio de valores y de roles de género que se está produciendo, a fin de organizar la atención personal, cada vez más, pasando de un modelo asignativo sobre la mujer a un modelo negociado en el que participen todos los miembros de la red familiar. Las actuaciones en materia de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres adquieren así singular importancia, siendo de destacar el impulso otorgado en los últimos años a estas políticas. En el último período, en efecto, se ha producido la creación de la Dirección General de la Mujer e Igual-



dad de Oportunidades, la constitución y funcionamiento de la Comisión Interconsejerías, con el correspondiente desarrollo de actuaciones desde una perspectiva transversal, el impulso de Planes Locales de Igualdad de Oportunidades, o la incorporación de las Universidades de Castilla y León en la investigación y docencia en estas materias. La reciente Ley sobre Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León supone el colofón de este proceso, y remarca con especial nitidez la importancia de estas políticas, al tratarse de la primera norma autonómica con rango de Ley en la que se aborda, desde una perspectiva integral, la igualdad de la mujer como motor del progreso económico y social.

- En segundo lugar, es necesario avanzar en instrumentos de conciliación de la vida laboral y familiar, como los previstos en la Ley del mismo nombre aprobada en 1999, o las diferentes medidas puestas en marcha en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León y dirigidas a otorgar una mayor flexibilidad en el ámbito de las relaciones laborales para todas aquellas personas que dedican su tiempo al cuidado de familiares en situación de dependencia, tales como el apoyo al disfrute de permisos parentales por parte de los hombres.

- En tercer lugar, es necesario culminar el proceso de adaptación de nuestros Sistemas de protección social, tanto en el ámbito de la Seguridad Social como –lo cual constituye el objeto central y propio del presente Plan– en el ámbito de los Servicios Sociales y la Sanidad.

- Respecto de la Seguridad Social, España cuenta con un modelo hoy consolidado y que continúa adoptando medidas de preparación para el futuro. En este terreno se ha destacado que nuestro Sistema de Seguridad Social presenta una deficiente articulación jurídica del fenómeno de la dependencia, que, al quedar en todo momento vinculada a la incapacidad para el trabajo, dificulta la acción protectora a las personas mayores de 65 años. De ahí que se hayan impulsado diversas iniciativas en este terreno, entre las que cabe citar el Acuerdo para la mejora y desarrollo del Sistema de Protección Social suscrito por el Gobierno de la nación en abril de 2001 con CCOO, CEOE y CEPYME. A través de dicho Acuerdo, y partiendo de las Recomendaciones del Pacto de Toledo, se decide expresamente "abrir un período de análisis y debate social sobre cómo debe garantizarse la atención a la dependencia en nuestro país, y el papel que ha de jugar el Sistema de Protección en su conjunto". A este respecto cabe citar además el estudio de las alternativas de implantación en España de un Seguro de Dependencia, promovido por mandato de la Disposición Adicional Decimocuarta de la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. Es oportuno que Castilla y León colabore, por tanto, en el logro de estas metas, aunando esfuerzos en el objetivo de alcanzar un amplio pacto de Estado que pueda



sustentar la promulgación de una Ley de Dependencia en España.

- Respecto de los Servicios Sociales y la Sanidad, tanto la propia evolución demográfica (con un predecible crecimiento en los próximos años del sobreenviejamiento en Castilla y León) como la evolución social de la mujer (con un cada vez menor tiempo de dedicación a los cuidados dentro del hogar) hacen que las necesidades de cuidados a la dependencia proporcionados ahora por los cuidadores familiares vayan a aflorar en los próximos años cada vez con mayor intensidad, produciéndose una demanda de servicios a la que deberemos anticiparnos para garantizar la atención equitativa de las personas dependientes, respetando su deseo de no separarse de su entorno físico y afectivo.

En este orden de cosas, la Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros, de 18 de septiembre de 1998, señala en su punto 3.5 que "Los poderes públicos deben esforzarse en organizar la atención en el domicilio e incluirlo como prioridad en su política hacia las personas dependientes, a través de la adopción de disposiciones legislativas al respecto".

Ello implica, necesariamente, reforzar los Servicios Sociales Básicos y la Atención Primaria de Salud, favoreciendo su adecuado despliegue sobre el territorio y la disponibilidad del tiempo necesario para prestar una atención de calidad.

Las peculiaridades del mundo rural hacen preciso, asimismo, introducir factores correctores en la planificación regional respecto de la distribución de recursos y equipamientos, de tal forma que las ratios de recursos/población se vean ajustadas por el análisis continuado de la accesibilidad real, en función de los condicionantes propios de los pequeños municipios rurales de nuestra Comunidad. Así se pone de manifiesto en las recomendaciones del Consejo Económico y Social de Castilla y León, y, más recientemente, en la propia Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León.

Objetivos:

- Aumentar la cobertura del Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Conocer las necesidades de cuidados en el domicilio de las personas dependientes y las condiciones en las que se prestan, analizando la diferencia entre el perfil de usuarios y el contenido real de las prestaciones del Servicio de Ayuda a Domicilio a fin de introducir las modificaciones necesarias en dicho servicio.
- Analizar las posibilidades de optimizar la prestación de cuidados a la dependencia en el domicilio, coordinados con los Servicios Sociales de apoyo, e impulsar su puesta en funcionamiento en Castilla y León.
- Garantizar que la planificación y desarrollo de los servicios domiciliarios incorporan factores correctores para la adecuada dotación de recursos en el medio rural.



Actuaciones previstas:

- Incremento de la cobertura del Servicio de Ayuda a Domicilio, alcanzando una ratio del 8% de las personas mayores de 75 años en el horizonte temporal del Plan.
- Realización de los siguientes estudios:
 - Sobre cobertura y condiciones actuales del Servicio de Ayuda a Domicilio, diferenciando sus dos vertientes de ayuda para el mantenimiento de la autonomía en las actividades de la vida diaria y de refuerzo y complemento de los cuidados a personas dependientes, partiendo de los datos disponibles en el ámbito del Sistema de Acción Social.
 - Sobre los niveles de dependencia, cuidados necesarios y cuidadores, así como la descripción de los cuidados efectivamente prestados por el cuidador y por las instituciones en Castilla y León, partiendo de los datos disponibles en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.
 - Sobre los niveles de dependencia, cuidados necesarios y cuidadores, así como descripción de los cuidados efectivamente prestados por el cuidador y por las instituciones, en el caso de las personas con enfermedad mental.
- Definición de los perfiles profesionales y las actuaciones necesarias para optimizar la prestación de cuidados a la dependencia en el domicilio, y puesta en marcha de experiencias-piloto de prestación de cuidados domiciliarios integrados.
- Inclusión de acciones prioritarias para la prestación de servicios domiciliarios en el medio rural en todas las herramientas planificadoras y de desarrollo relacionadas con esta materia.

Potenciar el cuidado y capacitación de los cuidadores familiares

Es bien conocido que la carga de trabajo en cuidados que generan las personas dependientes recae fundamentalmente en un familiar o allegado a quien se denomina cuidador principal, cuyo perfil más característico es el de una mujer con pocos estudios y escasos ingresos, sin trabajo remunerado, y mayor de 40 años. En un 12% de los casos, las personas que ayudan a otras tienen más de 70 años.

El objetivo de apoyar a la familia cuidadora es, por tanto, irrenunciable. Y no sólo para favorecer a las propias personas dependientes (ya que, apoyando a la familia, se cumple mejor el objetivo de permanencia de estas personas en su entorno habitual el mayor tiempo posible); también por los problemas específicos que ejercer el papel de cuidador conlleva.

El cuidador familiar se enfrenta a la circunstancia de emplear su tiempo y energías en estas tareas con todo lo que ello implica de cansancio, y con una frecuente falta de preparación



y de información sobre cómo desarrollar estas funciones. Muchas veces, además de requerir la adquisición o el perfeccionamiento de las habilidades específicas precisas (movilizaciones, modificación del entorno, alimentación, higiene...), el cuidador debe enfrentarse a situaciones de estrés emocional, y de necesidades de reorganización de la dinámica tanto personal como familiar.

Consecuencia de ello es la aparición de un grupo de disfunciones físicas, emocionales, familiares y sociales que han venido a denominarse "síndrome del cuidador enfermo". La carga a la que se ve sometido el cuidador puede expresarse en distintas áreas, siendo frecuente la aparición de problemas físicos que, aun siendo frecuentes en determinados grupos de edad, se ven agravados por las tareas propias de la labor de cuidados. Así, en estudios de morbilidad realizados en nuestro país los cuidadores familiares presentan mayor proporción de enfermedades crónicas relacionadas con el esfuerzo, apareciendo insomnio en más del 60% de los casos así como dolor de espalda y cansancio en más del 70%.

En el área psíquica, las repercusiones que ocasiona el hecho de cuidar sobre la salud de los cuidadores están relacionadas con la depresión (en más del 40% de los casos) y la ansiedad (en torno al 70%). Se produce a su vez limitación en su vida social, con disminución del tiempo de ocio en más del 70% de los casos. En el ámbito familiar aparecen frecuentemente conflictos (presentes en más del 50% de los casos), con disfunción en las obligaciones laborales, dificultades económicas y disminución de las actividades sociales y de ocio.

Los cuidadores, por el hecho de serlo, se convierten en personas de riesgo que, además, no producen mayor demanda de servicios sanitarios que la población general, pudiendo transformarse en pacientes ocultos. Esta situación conduce, en último término, a situaciones de claudicación del cuidador.

La instauración de medidas educativas (tanto en habilidades prácticas de cuidados, como en la ayuda a la reorganización del entorno físico, familiar y social), el favorecimiento de la expresión de las emociones a menudo ocultas que embargan al cuidador, el compartir experiencias entre ellos, la detección precoz de signos de alarma con respecto a su salud o de necesidades concretas de apoyo comunitario, del mismo modo que el fomento de la autoayuda y el asociacionismo por parte de los cuidadores, son actuaciones que pueden evitar o paliar en gran medida las disfunciones antes mencionadas.

Por todo ello, el desarrollo por los Equipos de Atención Primaria de un servicio dirigido de forma específica a los cuidadores supone objetivar la situación personal de éstos con respecto a las repercusiones psicológicas y físicas del cuidar, formarlos para realizar las tareas de cuidados de la forma más eficaz y operativa, dotándolos de habilidades y conocimientos, así como favorecer su participación en la comunidad, buscando sinergias con los importantes programas desarrollados a través de los Servicios Sociales en este ámbito.

En este sentido, se sigue la Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros, relativa a la dependencia, que en su apartado 4.2



se refiere a la necesidad de "diseñar estrategias de apoyo a los cuidadores basadas en el conocimiento y comprensión de sus problemas y necesidades. En particular, los cuidadores deben ser estimulados a formar parte o a constituir redes de autoayuda, que les ofrezcan la posibilidad de participar en debates e intercambios de experiencias, así como en redes de apoyo material, psicológico y social".

Objetivo:

- Potenciar la capacitación en cuidados, el apoyo emocional y el fomento de la autoayuda y participación de los cuidadores familiares en nuestra Comunidad.

Actuaciones previstas:

- Implantación y progresivo aumento de la cobertura de servicios de atención al cuidador familiar como parte de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, hasta alcanzar al menos al 50% de los cuidadores familiares en el horizonte temporal del Plan.
- Colaboración sinérgica de los Equipos de Atención Primaria y los Centros de Acción Social en actividades grupales dirigidas a los cuidadores familiares.

Reforzar los recursos intermedios para el mantenimiento de la persona en el domicilio familiar

La mejora de los cuidados que se prestan a domicilio y el apoyo y capacitación al cuidador en las familias con personas dependientes necesitan de servicios complementarios capaces de asegurar, en situaciones de un deterioro más importante o de aparición de problemática familiar en momentos puntuales, la permanencia en el entorno habitual de las personas que así lo prefieren. Este es el papel que deben cubrir los recursos intermedios, que por su fuerte apoyo en instituciones mejoran de forma considerable las condiciones de vida del entorno familiar.

Las estancias diurnas proporcionan a la persona dependiente, durante unas horas al día, los cuidados necesarios para mejorar o mantener sus capacidades funcionales y cognitivas, a la vez que liberan durante un período de tiempo a la familia para realizar su vida laboral y social. El notable incremento de estos recursos que se ha producido en los últimos años y al que se ha hecho referencia en un epígrafe anterior en ningún caso obsta al reconocimiento de la necesidad de potenciar aún más su extensión en nuestro medio, continuando con la línea de prioridad marcada tanto en el Plan de Atención Sociosanitaria de 1998 como en el Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas Mayores.

En cuanto a las estancias temporales, el Decreto 56/2001, de 8 de marzo, definió este recurso, respecto de las plazas vinculadas a la Administración de Castilla y León o concertadas por ésta, como el acceso a una plaza por un tiempo predeterminado cuando ocurran cir-



cunstancias que afecten temporalmente a la propia persona o a quien habitualmente la atiende y así lo aconsejen, tiempo durante el cual el usuario tendrá los mismos derechos y obligaciones que los residentes permanentes.

A su vez, se distinguieron diferentes tipos de situaciones en cuanto a la motivación de estas estancias temporales:

- Respecto de personas con autonomía para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, se previó la posibilidad de acceso a estancias temporales para resolver situaciones transitorias de la propia vivienda por motivo de obras, adecuaciones, etc., o situaciones de imposibilidad temporal de la familia y/o cuidador habitual para prestar la atención.
- Respecto de personas en situación de dependencia, se previó la posibilidad de acceso a estancias temporales para resolver situaciones de imposibilidad o ausencia temporal por parte de la familia o cuidadores, para favorecer el respiro de éstos o ante casos de necesidad de un período de convalecencia no hospitalario tras un accidente, enfermedad o intervención quirúrgica.

Las estancias temporales, por tanto, resuelven problemas diferenciados de los que motivan la existencia de servicios de atención diurna, siendo evidente que la disponibilidad de este tipo de recursos puede servir para evitar ingresos con carácter permanente tanto por claudicación de los cuidadores habituales como por otras causas de imposibilidad material de permanencia en el propio domicilio. Es imprescindible, por tanto, avanzar hacia una oferta más amplia de este tipo de estancias.

Por otro lado, y con respecto al Sistema de Salud, se debe clarificar perfectamente la diferenciación de perfiles de usuario de las estancias temporales de carácter social por motivo de convalecencia y los de determinadas unidades de carácter sanitario, fundamentalmente las de convalecencia hospitalaria, hospitalización a domicilio, y servicios de Atención Primaria en el domicilio. Deben determinarse con precisión, por fin, los correspondientes circuitos de información y de derivación, con la pretensión de que la ubicación de los usuarios se produzca siempre en el recurso más adecuado en función de sus necesidades.

Objetivos:

- Garantizar la accesibilidad a los recursos sociales intermedios, mediante el incremento en la oferta de los mismos.
- Garantizar la adecuada ubicación de los usuarios mediante la definición exacta de perfiles en relación con los usuarios de unidades de convalecencia, hospitalización a domicilio y Atención Primaria en el domicilio.



Actuaciones previstas:

- Aumento de la cobertura de los servicios de atención diurna, con la pretensión de alcanzar una ratio de dos plazas por cada 100 personas mayores de 80 años en el horizonte temporal del Plan. En cualquier caso el crecimiento previsto ha de tener en cuenta el mayor porcentaje de ancianos que vive en núcleos rurales pequeños.
- Aumento de la disponibilidad de plazas de estancias temporales, de modo que se pueda disponer de 500 plazas de utilización preferente como estancia temporal en la Comunidad.
- Establecimiento de requisitos de acceso claramente diferenciados para las estancias temporales por motivos imprevisibles o sobrevenidos y las que se dirigen a permitir períodos de respiro para la familia y/o cuidadores, priorizando en las primeras que su acceso sea ágil y en las segundas que puedan ser concedidas de forma programada y con antelación, a fin de permitir a las familias organizarse.
- Definición de los perfiles de usuarios de estancias temporales garantizando su clara diferenciación respecto de los perfiles de usuarios de unidades hospitalarias de convalecencia, unidades de hospitalización domiciliaria o similares y servicios de Atención Primaria en el domicilio.

Fortalecer las medidas preventivas de la dependencia

La Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, relativa a la dependencia, puede servir para resumir la importancia de las actuaciones preventivas en el desenvolvimiento de los Sistemas de Acción Social y de Salud: "además de las prestaciones, los Sistemas de protección social deberán desarrollar medidas preventivas, de detección y de diagnóstico precoz de los estados que pueden llevar a la dependencia".

En concreto, se señala en la citada Recomendación que "la prevención y la rehabilitación son aspectos fundamentales en la atención a la dependencia. Se deberán llevar a cabo intervenciones de carácter preventivo que eviten la aparición de situaciones de dependencia, prevengan su agravamiento y reduzcan al máximo su grado de evolución. La prevención se deberá realizar en varios ámbitos: educación para la salud, prevención de accidentes, detección y diagnóstico, tratamiento eficaz de las enfermedades causales y reducción de los riesgos asociados a las situaciones de aislamiento".

En cuanto a los programas de educación para la salud, vienen centrándose en la realización de actuaciones de fomento de una alimentación saludable, motivación a la práctica del ejercicio físico y prevención de accidentes que ocurren con mayor frecuencia en personas vulnerables: caídas, atropellos, quemaduras, intoxicaciones, etc. Se trata de programas a potenciar en el futuro, y a sistematizar a través de estrategias claramente identificadas y que pue-



dan ser compartidas por el Sistemas de Acción Social y el de Salud, poniendo énfasis en algunos supuestos especialmente problemáticos tales como los daños ocasionados por los accidentes de tráfico.

Respecto de la detección y diagnóstico, es fundamental que todos los desarrollos del Plan de Salud de Castilla y León prioricen adecuadamente las medidas de prevención primaria y secundaria, articulando programas factibles sustentados en la mejor evidencia científica. Tal es el caso de las Estrategias Regionales contra el Cáncer, y de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, de Castilla y León, en las que las medidas de carácter preventivo han alcanzado un singular protagonismo.

Por otro lado, resulta procedente recordar que la reciente Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León señala, en su artículo 10, que las Administraciones Públicas promoverán estilos y entornos de vida que favorezcan un envejecimiento saludable y satisfactorio a través de programas de formación y educación para la salud física y mental, así como la prevención de enfermedades y accidentes, con especial atención a las acciones de preparación a la jubilación. En este sentido, diversos programas de Servicios Sociales realizan una importante contribución a la prevención de las situaciones de dependencia:

- Los Programas de preparación a la jubilación y de promoción del envejecimiento saludable (alimentación, ejercicio físico, actividad intelectual...) y las actividades de los Centros de Día, que permiten una utilización positiva del tiempo libre favoreciendo el desarrollo personal de los usuarios. En los últimos años, y sólo en los Centros de la Gerencia de Servicios Sociales, se han incorporado 25.000 nuevos socios, alcanzando así prácticamente al 50% de las personas mayores de Castilla y León, con una oferta de actividades que también se ha ido ampliando progresivamente, y manteniéndose el objetivo de disponer de un Centro de Día en cada Zona de Acción Social.
- El Programa de Desarrollo Comunitario y Animación Sociocultural, realizado a través de un importante Acuerdo con la Confederación Regional de Jubilados y Pensionistas de Castilla y León, y que tiene por objetivo principal la promoción del asociacionismo y el acceso a los mayores del mundo rural a los programas y recursos dirigidos a mantener su autonomía y calidad de vida y así potenciar la permanencia en su entorno.
- La Universidad de la Experiencia, que inició su andadura en 1993 en colaboración con la Universidad Pontificia de Salamanca, y que ha evolucionado últimamente hacia el Programa Interuniversitario de la Experiencia en Castilla y León, con participación de todas las Universidades públicas y privadas de la región, permitiendo un incremento importante del número de alumnos –actualmente por encima de los 1.700– y su extensión territorial.
- Otras actividades dignas de mención por su incidencia en el mantenimiento de una vida activa son las propias del Club de los 60, que cuenta con 89.000 socios en nuestra Comunidad, y el inicio en nuestra Comunidad de un Programa de termalismo.



Es importante señalar que todos los anteriores objetivos de esta línea estratégica tienen asimismo un acusado carácter preventivo, que es común a los servicios de atención a domicilio, como la Teleasistencia (con especial incidencia en la reducción de los riesgos asociados a las situaciones de aislamiento), los nuevos servicios de atención a los cuidadores familiares –que pretenden disminuir la incidencia y prevalencia del llamado "síndrome del cuidador enfermo"–, y los recursos intermedios, cuya naturaleza y finalidad son, marcadamente, preventivas y rehabilitadoras.

Objetivos:

- Sistematizar los programas de educación para la salud y potenciarlos en el ámbito territorial de Castilla y León.
- Garantizar que la perspectiva de la prevención se incorpora como prioridad en todas las herramientas planificadoras que se desarrollen.
- Reforzar la contribución de los programas de Servicios Sociales al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y de la dependencia.

Actuaciones previstas:

- Elaboración y aprobación de una Estrategia Regional de Envejecimiento Saludable.
- Elaboración y aprobación de una Estrategia Regional sobre Accidentes y Daños Traumáticos.
- Incorporación de líneas de actuaciones preventivas como prioridad en todas las herramientas planificadoras que se aprueben en el ámbito de los Sistemas de Acción Social y de Salud de Castilla y León.
- Realización de actuaciones sistemáticas de evaluación y reajuste de los programas de acción social para el mantenimiento de la vida activa, a fin de reforzar su efectividad en relación con la prevención de la dependencia.



Línea estratégica 3
“Mejorar la atención integral en los centros
de carácter social y la continuidad de
cuidados en los hospitales”



Línea estratégica 3

“Mejorar la atención integral en los centros de carácter social y la continuidad de cuidados en los hospitales”

Frente a los Servicios Sociales Básicos y la Atención Primaria de Salud, que se dirigen de manera general y básica al conjunto de la población, los centros de carácter social y los hospitales protagonizan el nivel de mayor especialización, respectivamente, dentro de los Sistemas de Acción Social y de Salud. Merece la pena, no obstante, realizar dos tipos de consideraciones a este respecto:

- En primer lugar, no cabe olvidar que los colectivos y personas que en mayor medida utilizan estos dispositivos constituyen, del mismo modo, aquellos que con mayor asiduidad necesitan con carácter general de los Servicios Sociales y la Sanidad. Se trata por tanto, también, de los principales usuarios de la Atención Primaria de Salud y de los Servicios Sociales Básicos. Por este motivo, los lazos de estos centros con tales dispositivos generales, y la garantía de la continuidad de la atención, deben formar parte consustancial de las estrategias de desarrollo de estas estructuras. Así se ha venido poniendo de relieve tanto en el ámbito de los Servicios Sociales (en cuanto a la adecuada relación entre Servicios Básicos y Servicios Específicos) como en el caso de la Sanidad (donde la coordinación Atención Primaria-Atención Especializada es uno de los temas recurrentes en el desenvolvimiento del Sistema de Salud)
- En segundo lugar, señalar que en ambos casos –centros de carácter social, hospitales– la "especialización" que se produce es de orden diferente. Así, mientras en los centros de carácter social dicha especialización se produce por su orientación, desde un punto de vista amplio, a determinados colectivos con necesidades específicas, en los hospitales se produce más bien una orientación a concretos procesos de falta de salud, en contraposición al seguimiento longitudinal de las personas desde una concepción bio-psico-social de éstas y de su desenvolvimiento en el medio que caracteriza a la Atención Primaria de Salud.

De esta segunda consideración cabe extraer, a su vez, tres conclusiones:

- Por un lado, que este distinto sentido de la "especialidad" propia de los centros de carácter social y de los hospitales puede servir como criterio orientador para la clasificación de determinadas unidades, partiendo del principio de tipificación de los centros y servicios conforme a su naturaleza y finalidad principales y de la posibilidad de que existan, en su seno, servicios susceptibles de recibir una calificación jurídica diferenciada. En concreto, resulta evidente que la naturaleza y finalidad principal de la atención hospitalaria no incluye la prestación de servicios para la residencia habitual de las personas. Ello



puede servir para evitar lagunas o disfuncionalidades en los regímenes de autorización y registro de los centros y servicios propios de ambos Sistemas, de conformidad con lo señalado en la línea estratégica 1.

- Por otro lado, y en el caso de los centros de carácter social, es preciso señalar que su orientación amplia a cubrir las necesidades específicas de determinados colectivos desde una perspectiva integral no debe impedir la necesaria participación por parte del Sistema Sanitario Público respecto de la atención sanitaria a sus usuarios, en el contexto de los vigentes modelos de aseguramiento establecidos. Esta apreciación inspira los objetivos de la presente línea estratégica dirigidos a favorecer una mayor coordinación a este respecto.

- En sentido inverso, y en el caso de los hospitales, cabe decir que su orientación a concretos procesos de falta de salud no debe ser óbice para introducir, cada vez más, la dimensión personal de la atención en todas sus intervenciones. Y ello no sólo desde el punto de la humanización de la asistencia y del respeto a los derechos de los pacientes, sino también en relación con la perspectiva bio-psico-social de la atención. Esta apreciación sustenta los objetivos de la presente línea estratégica dirigidos a favorecer la adecuación de los hospitales, a fin de que puedan tener en cuenta el conjunto de factores que inciden sobre cada paciente y no sólo los relativos a su concreto proceso de falta de salud, capacitándose así de manera creciente para promover y gestionar la necesaria continuidad de cuidados.

La presente línea estratégica se encuentra estrechamente ligada, pues, a la aplicación del Principio rector de integración funcional entre los Sistemas de Acción Social y de Salud, pretendiendo articular medidas que refuercen la eficacia para la atención integral de las personas que ingresan en hospitales o en centros de carácter social. La concreción de la responsabilidad de cada Sistema, y la puesta en funcionamiento de procedimientos que simplifiquen los procesos de prestación integrada de servicios, deben garantizar, en resumen, que:

- a) Sin perjuicio de la pretensión de que los centros de atención social estén cualificados para prestar a sus usuarios una atención integral, se articulen los mecanismos precisos de intervención por parte del Sistema Sanitario Público a fin de completar y mejorar dicha atención integral.
- b) Las personas que ingresan en un centro hospitalario y sus familias puedan organizar mejor su vida y convivencia, facilitando, a la salida del hospital, su acceso a la asistencia sanitaria o a los servicios sociales que precisen.



Centros de carácter social

El Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León, y los diferentes Planes Regionales Sectoriales de Servicios Sociales, han incidido de forma profunda en la paulatina adaptación, aumento de la cobertura y mejora de la calidad de los servicios que se prestan en los diferentes tipos de centros de carácter social. Especialmente nos referiremos aquí a los dispositivos de atención residencial, puesto que otros recursos intermedios y de respiro familiar han sido tratados en la línea estratégica correspondiente a la garantía de la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario.

En epígrafes anteriores se ha puesto suficientemente de relieve que, conforme a la normativa sobre autorización y registro de centros en Castilla y León, un centro de carácter social en cuyo seno se disponga de un servicio sanitario no es tipificable bajo la categoría de "centro sociosanitario". Tales servicios sanitarios ubicados en centros de carácter social se enmarcan, pues, en la unidad funcional que es predicable del propio concepto de "centro".

Por ello, siguiendo los postulados y principios rectores del presente Plan, la respuesta adaptativa del Sistema de Acción Social a los mayores requerimientos de cuidados por parte de las personas atendidas en centros de servicios sociales debe ser completada, sin duda, por una mayor coordinación entre estos cuidados y los prestados en el contexto del Sistema de Salud de Castilla y León, tanto en el ámbito general de la atención sanitaria como en el más específico de la atención farmacéutica. Tal es el planteamiento que se efectúa a través de los objetivos y actuaciones que a continuación se detallan.

Áreas de intervención:

Mejorar la atención integral en los centros de carácter social

La asistencia sanitaria en centros de carácter social ha sido abordada normativamente mediante la exigencia de unas determinadas prestaciones mínimas de atención médica, de enfermería y fisioterapia en la regulación relativa al régimen de autorización y registro de estos centros.

La necesaria articulación funcional entre el trabajo de estos profesionales en los centros sociales y el contexto más amplio del Sistema Público Sanitario, da lugar a una situación que es mejorable desde el punto de vista de la eficiente utilización del conjunto de los recursos disponibles, al generarse cargas burocráticas en los procedimientos de acceso a determinadas prestaciones del Sistema por los usuarios de los centros de carácter social (petición de pruebas diagnósticas, derivación a especialistas...). Tal situación exige la organización y aplicación de medidas que introduzcan mayor agilidad en las interfases con el Sistema de Salud.

Conseguir dicha mayor agilidad hace oportuno plantear también adaptaciones y mejoras en el nivel de la Atención Primaria de Salud, que pueden resultar a su vez beneficiosas para la



prestación de asistencia al conjunto de la población. Se hacen precisas, por tanto, actuaciones que garanticen la adecuación de los procedimientos de asignación de cupos a las correspondientes cargas de trabajo, en función de los perfiles de la población y teniendo en cuenta el personal al servicio de los centros de atención social.

Por otra parte, es oportuno que los profesionales sanitarios que, vinculados a las Administraciones Públicas, trabajan en centros de Servicios Sociales, puedan incrementar su eficiencia por medio de su participación en los criterios y procedimientos establecidos en el ámbito del Sistema de Salud.

Objetivos:

- Mejorar la atención integral en los centros de carácter social, agilizando las interfases entre sus profesionales sanitarios y el Sistema Público de Salud.
- Mejorar la actividad profesional de los trabajadores sanitarios vinculados a las Administraciones Públicas en centros de carácter social.

Actuaciones previstas:

- Establecimiento de mecanismos dirigidos a facilitar el acceso a las prestaciones farmacéuticas, exploraciones complementarias e interconsultas para los usuarios de centros de carácter social.
- Progresiva aplicación de los criterios de registro, normas técnicas y procedimientos de evaluación en la prestación de servicios de salud por los profesionales sanitarios vinculados a las Administraciones Públicas que prestan sus servicios en centros de carácter social.
- Análisis de las posibilidades de adecuación de los procedimientos de asignación de cupos de Atención Primaria, e implementación de medidas de mejora.

Impulsar el uso racional del medicamento en los centros de Servicios Sociales

Ya el Acuerdo Marco interministerial de 14-12-1993 en materia de Coordinación entre los Ministerios de Asuntos Sociales y de Sanidad, estableció el principio general de "la total asunción de costes farmacéuticos y de material sanitario (pañales, oxígeno, fungibles, etc.) por parte del INSALUD, a través del hospital de referencia" como medida de incremento de eficiencia y garantía de prestaciones sanitarias en los centros de personas mayores.

Bajo este principio, y fruto del citado acuerdo, existe una primera experiencia de coordinación sociosanitaria puesta en marcha a través de un programa de atención farmacéutica en dos Residencias de Personas Mayores. Para ello, se han autorizado los correspondientes depósitos de medicamentos, bajo la responsabilidad de un farmacéutico dependiente



de un Servicio de Farmacia de Hospital, al amparo de lo establecido en la Ley 13/2001, de Ordenación Farmacéutica de Castilla y León.

Asumiendo por un lado el principio general del mencionado Acuerdo, teniendo en cuenta las primeras aproximaciones de evaluación de las experiencias en marcha y ajustándonos a la elevada valoración otorgada a estas actuaciones en el estudio cualitativo, es oportuno continuar con el seguimiento de las mismas y proponer un plan para su extensión en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma.

Objetivo:

- Establecer un procedimiento normalizado para la garantía de uso racional del medicamento y atención farmacéutica profesional en los centros públicos de atención social.

Actuaciones previstas:

- Análisis y evaluación de los procedimientos actualmente iniciados en nuestra Comunidad.
- Definición de los requisitos, desde el punto de vista estructural y funcional, respecto de las unidades de atención farmacéutica en centros residenciales de personas mayores.
- Planificación y monitorización de la progresiva extensión de estas fórmulas a todo el territorio de Castilla y León.

Hospitales

Conforme a lo establecido en la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, los hospitales son la estructura sanitaria responsable de la Atención Especializada, caracterizándose ésta como una atención de mayor complejidad a los problemas de salud de la población.

Cabe destacar que el Sistema de Salud de Castilla y León integra, en estos momentos, hospitales procedentes de distintas redes, con unos condicionantes y evoluciones históricas también diferentes. Estas redes son, fundamentalmente, tres:

- La red procedente de la extinta AISNA (Administración Institucional de la Sanidad Nacional), transferida a Castilla y León mediante Real Decreto 555/1987, de 3 de abril.
- La red de asistencia sanitaria general y benéfica de las Diputaciones Provinciales, progresivamente incorporada al Sistema de Salud de Castilla y León conforme a lo previsto en la Ley 1/1993, de 6 de abril, y formada por centros que en algunos casos se han integrado plenamente en Sacyl, en otros se gestionan por medio de Consorcios con participación tanto de Sacyl como de las Diputaciones respectivas, y en algunos se encuentran aún adscritos a las correspondientes Diputaciones Provinciales, habiéndose formalizado convenios para su plena integración.



- La red de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, vinculada a la Administración del Estado a través del INSALUD hasta su adscripción a la Comunidad de Castilla y León mediante Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre.

Las relaciones de los centros procedentes de las dos primeras redes con los de la Seguridad Social vinieron tradicionalmente definidas a través de fórmulas de concierto. Así, en 1998 la Junta de Castilla y León y el INSALUD suscribieron un Concierto Marco en cuyo desarrollo se avanzó en la definición de una cartera de servicios para cada centro que fuera complementaria de la cartera de servicios de los hospitales de la Seguridad Social.

Respecto de éstos, se caracterizan por ser Hospitales de Área y disponer de distintos servicios de referencia, excepto en los casos de Aranda de Duero, Miranda de Ebro y Medina del Campo, cuya naturaleza es la de centros comarcales. Desde esta perspectiva, es conocido que estos hospitales recientemente transferidos surgieron originariamente en el contexto de un régimen de Seguridad Social (orientado a la "reparación del daño"), dirigiéndose fundamentalmente a la atención de procesos agudos. Cabe además señalar su trayectoria en materia de gestión y calidad, a través de la introducción de la dirección por objetivos (Contratos de Gestión), la implantación de estructuras de calidad (Comisión central de garantía de calidad, Coordinadores de Calidad), etc., así como la mayor dimensión de estos centros, disponiendo de más del 80% de las camas del Sistema público de Salud de Castilla y León.

Los restantes hospitales del Sistema, que suponen un número no desdeñable de camas (19% de las camas públicas), tienen especial interés, precisamente, por su diferente orientación y por su complementariedad con la red asistencial procedente de la Seguridad Social. Se hace preciso, así, aprovechar esa complementariedad entre unos y otros recursos a fin de avanzar en la más completa adaptación la red hospitalaria pública de Castilla y León a los actuales patrones sociodemográficos y de enfermedad.

Dichos patrones hacen que hoy no sea posible resolver las necesidades existentes mediante la especialización de las redes procedentes de la extinta AISNA y de las Diputaciones Provinciales. Los datos procedentes de los sistemas de información epidemiológicos y específicamente hospitalarios muestran claramente que también los centros procedentes de la red de la Seguridad Social deben llevar a cabo importantes adaptaciones en su seno, especialmente dirigidas a garantizar la continuidad de cuidados a su población de referencia.

Tales son los aspectos que se pretende abordar a través de esta línea estratégica.

Áreas de intervención:

Poner en marcha unidades hospitalarias de continuidad asistencial

La emergencia de un perfil de pacientes en los que la efectividad en la resolución de sus problemas de salud está condicionada por la necesidad de prestaciones de servicios sani-



tarios y sociales, hace que sea muy difícil garantizar una atención eficiente exclusivamente desde la prestación de servicios sanitarios. El inadecuado abordaje de estos aspectos, aparte de una merma en la efectividad de la atención, supone tensiones en el ámbito de la gestión de las camas, reingresos, sobredemanda en los servicios de urgencias, reclamaciones por insatisfacción con el servicio prestado, etc.

De este modo, el ingreso hospitalario debería ir acompañado de forma sistemática de un abordaje integral del paciente (y de su familia) a fin de obtener la máxima efectividad en la resolución. Dicho abordaje debería estar garantizado, al menos, para aquellos sectores de población (pacientes geriátricos, pacientes en situación de gran dependencia para las actividades de la vida diaria, pacientes terminales...) en los que es más relevante la necesidad de continuidad en la atención, bien en el ámbito de la Atención Primaria, bien a través del acceso a determinadas prestaciones de Servicios Sociales. Se trataría, pues, de actuar de forma preventiva mediante acciones de cribado y detección precoz, valorando los correspondientes problemas de salud en el contexto clínico global del paciente, teniendo en cuenta sus posibles repercusiones en el área afectiva y en el contexto sociofamiliar.

A partir de esta valoración integral, multiprofesional, cada hospital deberá establecer planes de actuación desde el punto de vista del control sintomático, de los cuidados enfermeros, de la capacitación de los cuidadores y de la gestión de las prestaciones que se consideren precisas al alta hospitalaria. A tal fin el hospital ha de promover cuantos esfuerzos de valoración conjunta y transmisión de la información entre niveles sean precisos.

Todo ello plantea la necesidad de establecer unidades multiprofesionales que promuevan las actividades de cribado y detección precoz de estas necesidades, que colaboren en la realización de las valoraciones multiprofesionales en los casos pertinentes, que participen en la gestión de los casos que precisen de prestaciones al alta hospitalaria y que garanticen la comunicación y continuidad de cuidados entre niveles asistenciales y con el ámbito social.

Estas unidades deben estar estrechamente vinculadas con el equipo directivo y constituirse a partir de los correspondientes Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos (que deben existir en todas las Áreas de Salud), integrándolos funcionalmente con los Servicios de Atención al Usuario y los trabajadores sociales de los centros. Tales unidades han de constituirse, así, en elementos de referencia tanto para los profesionales como para las estructuras de coordinación existentes (Comisiones de Coordinación Sociosanitaria, Comisiones Paritarias Atención Primaria/Atención Especializada...)

Su misión ha de consistir, pues, en optimizar el abordaje integral de cada proceso asistencial de forma precoz, así como la adecuada gestión del caso, garantizando la continuidad de cuidados tanto con la Atención Primaria de Salud como con los Servicios Sociales. Para ello, promoverán el cribado / detección precoz de situaciones de riesgo social al ingreso; realizarán la valoración social sobre las situaciones de riesgo detectadas, y gestionarán la pres-



tación de los servicios precisos al alta; promoverán el cribado / detección precoz de pacientes geriátricos; realizarán la valoración integral del paciente geriátrico y establecerán-gestionarán el plan de cuidados tanto durante la estancia hospitalaria como al alta; promoverán el cribado / detección precoz de las situaciones en que sea previsible la necesidad de ayuda al alta hospitalaria para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, identificando al cuidador familiar principal; garantizarán, en definitiva, la gestión del caso y la continuidad de cuidados tanto con el ámbito social como con el sanitario.

Objetivos:

- Establecimiento de un sistema intrahospitalario de valoración global de los pacientes, dirigido a detectar el riesgo social y preparar el alta hospitalaria en las mejores condiciones de garantía de continuidad de cuidados.
- Creación en todos los centros de Unidades de Continuidad Asistencial Sociosanitaria (UCASS), orientadas a garantizar la ubicación idónea de los pacientes y la continuidad de cuidados.

Actuaciones previstas:

- Análisis de las actividades del programa de riesgo social al ingreso y de la gestión de altas en los hospitales; valoración de la modificación o ajuste de los procedimientos desarrollados, así como de su integración en una unidad más amplia de coordinación asistencial y los procedimientos de evaluación de su actividad.
- Implantación de Unidades de Continuidad Asistencial Sociosanitaria en cada hospital, incluyendo la dotación de Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos en todos los centros y la adecuación del trabajo efectuado por los correspondientes trabajadores sociales y Servicios de Atención al Usuario.

Atender al cuidador familiar del enfermo hospitalizado

Es un hecho conocido que los procesos de atención que requieren ingreso hospitalario conllevan en numerosas ocasiones el incremento o la aparición de situaciones de dependencia en el paciente. Esto supone la necesidad de asunción de conocimientos y habilidades en cuidados por parte de la familia, de resolver el impacto emocional consecuente, de planificar los cuidados a seguir al alta hospitalaria, de reorganizar la vida familiar y, ocasionalmente, de proveer los recursos de apoyo social que sean precisos.

Este aspecto de la asistencia, el "cuidado del cuidador", tradicionalmente ha sido relegado a un segundo plano en el ámbito de la atención hospitalaria, en el que prima la prestación de servicios de atención directa al paciente (médicos y de enfermería), con una vivencia menos extendida de la trascendencia de la formación y el apoyo a quienes van



a ser uno de los ejes fundamentales de la garantía en la continuidad de los cuidados: los familiares y allegados.

Valorar la magnitud de este problema resulta difícil debido a la estructura de los sistemas de información hospitalarios, que carecen de registros adecuados sobre la prestación de información, formación y apoyo al cuidador familiar del paciente hospitalizado. Podemos realizar una aproximación indirecta a partir del informe "Envejecer en España" del IMSERSO, presentado en la 2.^a Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (abril de 2002): entre un 13 y un 33% de las personas mayores de 65 años necesitan ayuda de otra persona para la realización de las tareas cotidianas (siendo esta persona un miembro de la familia en el 94% de los casos). Teniendo en cuenta que aproximadamente el 42% de los ingresos hospitalarios y más del 55% de las estancias corresponden a este tramo de edad, puede esperarse que en un porcentaje en ningún caso inferior al 15% del total de pacientes ingresados en un hospital se precise, por tanto, este tipo de atención.

La trascendencia de la prestación de este servicio se deduce de las consecuencias de su no aplicación sistematizada sobre los cuidadores familiares: sensación de impotencia e inutilidad, con delegación del rol de cuidados en el personal del hospital, resistencia al alta domiciliaria, exigencia de recursos externos (comunitarios o de institucionalización) para la realización de cuidados en numerosos casos asumibles por la familia, y no pocas disfunciones familiares difíciles de objetivar.

Además, el retraso en la valoración sociofamiliar y en la detección de situaciones de riesgo y/o de necesidad de recursos sociales puede contribuir a retrasar el retorno al domicilio o la institucionalización en otros ámbitos si ello fuere preciso. Ambas situaciones, además de suponer una disminución en la eficiencia de la atención, inducen pérdida en la calidad de los cuidados: un paciente que no precisa cuidados hospitalarios y permanece en este ámbito, es un paciente que no recibe el óptimo de calidad en su atención.

Existe experiencia acerca de la incidencia positiva de los programas de atención a cuidadores sobre la satisfacción de los mismos, sobre la calidad de los cuidados y sobre la prevención de la claudicación de la familia del paciente en situación de dependencia.

Los actuales patrones sociodemográficos y de enfermedad hacen que sea previsible una tendencia creciente en el tiempo de la necesidad de este tipo de actuaciones, cuya finalidad sería garantizar la capacitación (tanto en conocimientos, habilidades y recursos, como en adaptación emocional) y el soporte social preciso a los cuidadores familiares durante la estancia de los pacientes en el hospital, garantizando al mismo tiempo la continuidad de los cuidados mediante la coordinación con el Equipo de Atención Primaria responsable en cada caso (o la institución de destino) así como con la red de Servicios Sociales, y optimizando la gestión de estos servicios desde el hospital a fin de evitar estancias innecesarias a la vez que potenciar las altas hacia el domicilio, reduciendo la institucionalización de conformidad con el Principio rector de primacía de las intervenciones en el medio familiar.



A través de la creación de servicios de atención al cuidador familiar del paciente hospitalizado se pretende, en definitiva, dar respuesta a los interrogantes sobre el cuidado que la familia puede asumir, prevenir las disfunciones familiares y el estrés originados por éste, completar y complementar los programas de valoración de riesgo social al ingreso, sistematizar la detección precoz de la necesidad de recursos sociales y el apoyo emocional al cuidador, y articular la continuidad de cuidados a través de los servicios de atención al cuidador familiar en la comunidad.

Objetivos:

- Potenciar la capacitación en cuidados, el apoyo emocional y el soporte social a los cuidadores familiares de las personas dependientes hospitalizadas.
- Garantizar la continuidad de cuidados del cuidador y de la persona dependiente.

Actuaciones previstas:

- Diseño, acreditación y pilotaje de servicios de atención al cuidador familiar del paciente hospitalizado.
- Inclusión en los Planes Anuales de Gestión de Atención Especializada, y generalización de estos servicios en todos los hospitales de Castilla y León.

Disponer de recursos de convalecencia hospitalaria suficientes

Es conocido que determinados procesos de salud se benefician de la prolongación de la estancia hospitalaria en unidades de baja intensidad de cuidados.

Es imprescindible tener en cuenta, a estos efectos, los principios rectores de primacía de la intervención a través de los recursos generales y normalizados, y de primacía de la intervención en el medio familiar y comunitario. Su aplicación combinada implica, en primer lugar, que ante la posibilidad de que la prestación de cuidados sanitarios de baja intensidad pueda realizarse en el ámbito de la Atención Primaria a domicilio, debe ser preferida esta opción a la de su prestación a través de dispositivos de Atención Especializada. En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, se hace imprescindible definir adecuadamente el perfil de los usuarios de estas unidades hospitalarias de baja intensidad, evitando incurrir en solapamientos o incongruencias con los perfiles de las personas atendidas no sólo a través de los Equipos de Atención Primaria, sino por medio de determinados Servicios Sociales Básicos o Específicos, tal y como se ha señalado en una línea estratégica anterior. Al mismo tiempo, deben identificarse perfectamente los procedimientos de relación entre las diferentes unidades hospitalarias, las unidades de convalecencia, los Equipos de Atención Primaria y los Servicios Sociales para garantizar la continuidad de cuidados.

La potenciación habida en los últimos años de unidades de hospitalización de día, unidades de hospitalización a domicilio, unidades de cuidados paliativos o recursos de convalecencia



debe profundizarse, por tanto, hacia una racionalización que tenga en cuenta su inclusión, como parte de Sistemas más amplios, en el conjunto de dispositivos y actuaciones dirigidos a la prestación de cuidados a los ciudadanos de Castilla y León, avanzando decididamente al mismo tiempo hacia la formalización y protocolización de estos dispositivos, en línea con lo avanzado a este respecto en un epígrafe anterior.

Objetivo:

- Prestar atención integral a los enfermos que, habiendo superado su proceso agudo o subagudo, necesiten temporalmente cuidados sanitarios de naturaleza hospitalaria.

Actuaciones previstas:

- Formalización de las Unidades de Convalecencia existentes en las distintas Áreas de Salud hasta alcanzar una ratio equivalente al 5% del número total de camas de agudos.
- Elaboración de guías de funcionamiento para estos dispositivos, diferenciando perfectamente los perfiles respecto de la Atención Primaria de Salud y los recursos sociales, y definiendo la atención y los circuitos de derivación y continuidad asistencial.



Línea estratégica 4
"Atender las necesidades específicas de
determinados colectivos"



Línea estratégica 4

“Atender las necesidades específicas de determinados colectivos”

Un modelo sinérgico para los Servicios Sociales y la Sanidad debe dirigirse a asegurar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios a todos los ciudadanos, de conformidad con los principios rectores de orientación al conjunto de la población y de primacía de la intervención a través de los recursos generales y normalizados. De este modo, actuaciones diseñadas con una perspectiva amplia, tales como los servicios de atención al cuidador familiar y otros a los que se ha hecho referencia en líneas estratégicas anteriores, pueden ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de diversos grupos sociales o colectivos sectoriales, tales como las personas mayores afectadas por demencias, las personas con discapacidad, los enfermos crónicos, las personas en situación de convalecencia, etc., y mantener al mismo tiempo su polivalencia y flexibilidad de cara a la atención de cualesquiera otros casos condicionados por necesidades similares, aunque correspondan a etiologías o problemas sociales diferentes.

En este sentido, como se ha señalado en el epígrafe del presente Plan destinado a exponer sus Principios rectores, el propio Consejo Económico y Social de Castilla y León, en su Informe a iniciativa propia sobre la situación de las personas mayores, ha recomendado a la Junta de Castilla y León "que las nuevas iniciativas de dotación de servicios a la población no se circunscriban a grupos únicos (jóvenes, mayores, mujeres), sino que debe primar la versatilidad sobre la especialización."

No obstante, y como se ha dicho anteriormente, este planteamiento es compatible con la aportación de respuestas específicas para determinados sectores caracterizados por la presencia de necesidades de naturaleza peculiar y por un régimen jurídico con características propias. La perspectiva de la integración funcional plantea, así, la oportunidad de establecer mecanismos de intervención conjunta dirigidos a ofrecer respuestas específicas a determinadas situaciones sectoriales.

A ello se une el hecho de que determinados grupos de población, por ser poco numerosos, por contar con escasa representatividad social, por vivir en situación de alejamiento de los circuitos generales, o por formar parte de nuevos procesos de exclusión social, pueden sufrir limitaciones de muy distinta índole en su acceso a los recursos sanitarios y sociales; riesgo que puede verse incrementado cuando concurren un escaso conocimiento de la situación y/o una insuficiente sensibilidad sobre las dimensiones de este fenómeno.

El Sistema de Acción Social, a través de los Planes Regionales Sectoriales de Servicios Sociales, ha articulado medidas de atención específica a estos sectores de población, en cuya



aplicación práctica cobran especial protagonismo el movimiento asociativo y el voluntariado. Se recogen en dicha planificación acciones para las que es imprescindible articular intervenciones sanitarias y sociales para la prestación integrada de servicios adecuados a las características y necesidades de cada grupo.

Además, mención especial requieren dos colectivos que han sido objeto recientemente de una planificación específica: las personas con enfermedad mental y los enfermos terminales.

- Respecto de las personas con enfermedad mental, la Estrategia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León pone el énfasis en las medidas de carácter preventivo (impulsando actividades de educación para la salud en el ámbito familiar, a través de programas de escuela de familias y de atención al cuidador), en la implantación de un modelo integrado (desarrollando sistemas de gestión/coordinación de casos y el establecimiento consensuado de programas y protocolos específicos para garantizar la continuidad de los cuidados), en el desarrollo de las llamadas estructuras intermedias (centros de rehabilitación psicosocial, hospitalización de día, unidades de tratamiento ambulatorio de alcoholismo), en el incremento de la accesibilidad a los recursos (potenciando el papel de los Equipos de Atención Primaria y los Equipos de Salud Mental) en la rehabilitación e integración de las personas con enfermedad mental (a través de la creación de unidades de convalecencia psiquiátrica en todas las Áreas de Salud, y otros dispositivos de alojamiento e inserción laboral), y, por fin, en determinadas actuaciones transversales relativas a la formación, los sistemas de información y la investigación. A los efectos del presente Plan, cabe destacar la importancia del desarrollo de sistemas de gestión de casos y de programas y protocolos específicos dirigidos, entre otros, a las personas con enfermedad mental grave y prolongada. Los resultados del estudio cualitativo efectuado, y la propia experiencia en el funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitaria de Castilla y León, han demostrado que este colectivo constituye uno de los que más intensamente requiere medidas de coordinación, por lo que deberá prestarse especial atención al desarrollo de estas previsiones.

- Respecto de los enfermos terminales, la Estrategia Regional de Castilla y León contra el Cáncer, además de otorgar un peso importantísimo a las actuaciones de carácter preventivo, dedica una línea estratégica completa a la prevención terciaria y los cuidados paliativos, pretendiendo, por una parte, impulsar el desarrollo de redes y grupos de apoyo y, por otra, garantizar una oferta adecuada, en calidad y cobertura, a las necesidades de cuidados paliativos en todas las Áreas de Salud. Para ello, la Estrategia Regional plantea el impulso de la capacitación de los profesionales de Atención Primaria en el ámbito de los cuidados paliativos, la implantación de estructuras coordinadas de apoyo en todas las Áreas o la elaboración de guías de práctica clínica coordinadas entre los niveles asistenciales. En desarrollo de lo señalado por esta Estrategia se hace preciso, pues, armonizar los distintos dispositivos existentes, articulando los necesarios circuitos de relación



y de derivación que garanticen la continuidad de los cuidados y la calidad, profesional y humana, de la atención.

Remover los obstáculos que impidan o limiten que determinados grupos puedan acceder a los servicios dirigidos a toda la población exige articular programas y actuaciones específicas, entre ellas actuaciones de sensibilización de los profesionales. Estos apoyos específicos deben estar, pues, claramente dirigidos a que la atención sanitaria y social sea prestada preferentemente desde los dispositivos generales y normalizados de atención, siendo la valoración multiprofesional y el enfoque integral las auténticas claves para que a cada persona y a cada grupo se le presten los apoyos que precise.

A las estructuras básicas de coordinación sociosanitaria corresponde, en buena medida, identificar estas dimensiones y peculiaridades y articular una respuesta integrada e integradora aplicando la metodología para la gestión de casos, a fin de que cada persona pueda acceder de la manera más eficaz a los servicios y prestaciones existentes. Del mismo modo, las estructuras de coordinación superiores deben analizar los posibles fenómenos de exclusión y rediseñar los procesos para garantizar la inclusión de las personas y los grupos que precisen de apoyos específicos.

En consecuencia, las acciones a promover para la atención a sectores específicos se dirigen a establecer las medidas correspondientes, identificando las barreras para el acceso a la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios que afectan a distintos grupos de población y promoviendo su paulatina superación y eliminación.

Áreas de intervención:

Personas mayores

Las personas mayores son como se ha dicho, acaso, los principales beneficiarios de la puesta en marcha del conjunto de medidas contempladas en el presente Plan. De todos los objetivos correspondientes a anteriores líneas estratégicas derivan, así, actuaciones positivas para este sector de población. Las Recomendaciones del Consejo de Europa señalan, a estos efectos, que "Las personas mayores necesitan servicios de diferentes sectores, dentro de un abanico de disciplinas y en distintos niveles de cualificación. Además, es considerable el riesgo de fraccionamiento y de falta de continuidad de la responsabilización, en el tiempo y en el espacio. La evaluación multidisciplinar de las situaciones de las personas mayores debería, por consiguiente, ser parte integrante de todos los servicios sanitarios y sociales, del mismo modo que ha de ser facilitada la creación de puntos focales a partir de los cuales se realice la integración de las intervenciones mientras éstas duren".

Del mismo modo, la Ley 5/2003, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León, otorga especial importancia a la perspectiva sociosanitaria, pretendiendo la pres-



tación de una atención integral y continuada a las personas mayores a través de programas, recursos y servicios adaptados a sus necesidades. Para ello, se señala en dicho texto legal que las Administraciones Públicas garantizarán la atención integral a las personas mayores dependientes y el apoyo a sus familias a través de la prestación coordinada de servicios sociales y sanitarios, tanto en el propio domicilio como en centros adecuados, utilizando de forma eficiente todos los recursos disponibles, y que la Junta de Castilla y León promoverá la puesta en marcha de proyectos que faciliten la permanencia de las personas mayores dependientes en su entorno familiar y social mediante programas individualizados, con el apoyo expreso a las familias y con el establecimiento de las ayudas técnicas específicas.

Se asume así perfectamente la importancia de las personas mayores de 65 años en Castilla y León, un colectivo que, entre 1999 y 2003, se incrementó en más de 41.000 personas superando la cifra de 550.000 personas de esta edad, y pasando de suponer el 20,38% de la población a representar el 22,30% de los ciudadanos de nuestra Comunidad Autónoma.

En concordancia con el relevante peso, cuantitativo y cualitativo, de este sector de población, Castilla y León dispone de una Planificación Regional Sectorial y una normativa de ordenación y mejora de la calidad en el ámbito de los Servicios Sociales extraordinariamente avanzada, de la que es cúspide la Ley de Atención y Protección antes mencionada. Es necesario, por ello, profundizar en los contenidos y planteamientos que desde los Servicios Sociales se han desarrollado en esta materia.

Se detecta, por el contrario, una menor definición de las adaptaciones que aún debe afrontar el Sistema de Salud para prestar adecuados servicios a este sector de población. Es necesario, por tanto, seguir avanzando dentro del Sistema de Salud en la adecuación de medios para la atención a este colectivo. Para ello es preciso impulsar actividades de formación de los profesionales en el ámbito de la geriatría, del mismo modo que potenciar el servicio de prevención y detección de problemas en el anciano en Atención Primaria.

Dentro de las necesidades del colectivo de personas mayores, destaca la problemática relacionada con el Alzheimer y otras demencias. Ello hace que, reiterando la plena validez de todas las acciones previstas en anteriores líneas estratégicas respecto de éste y otros colectivos, sea oportuno el desarrollo de algunas actuaciones específicas a este respecto, continuando en la línea iniciada con el Programa de enfermedades degenerativas del Plan de Atención Sociosanitaria de 1998. Tal es la pretensión recogida en la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León. En ella, la Psicogeriatría constituye un ámbito de actuación prioritario.

El programa de Psicogeriatría previsto en la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica se centra en el abordaje de los problemas crónicos más frecuentes en las personas mayores (entre ellos, el deterioro cognitivo-demencias, además de la depresión,



favoreciendo la capacitación de los profesionales en estas materias), el apoyo sanitario en centros residenciales y de día de carácter social (especialmente en cuanto a problemas de conducta, de deterioro cognitivo o psiquiátricos), y actuaciones respecto de las personas con enfermedad mental grave y prolongada que envejecen. Resulta trascendental, por tanto, el desarrollo de este programa previsto en la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

Por fin, y en consonancia con los postulados establecidos en la Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León, se prevé la realización de acciones dirigidas a la prevención de situaciones de violencia, abandono, maltrato o cualquier otro tipo de agresión física o psíquica, y a la defensa de la dignidad y derechos de las personas mayores, especialmente cuando, por padecer demencias o por otros motivos, se encuentran en situación de vulnerabilidad al ver reducida su capacidad. La Ley determina que la Junta de Castilla y León fomentará la creación de entidades dotadas de personalidad jurídica propia para la guarda y protección de la persona mayor y de sus bienes conforme a lo dispuesto en el Título X del Libro I del Código Civil. Además, deben articularse protocolos específicos para la protección de estas personas en el ámbito sanitario.

Objetivos:

- Mejorar la formación y capacitación de los profesionales en el ámbito de la geriatría y, en particular, para la atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias.
- Garantizar el respeto de los derechos de las personas mayores, y, en particular, de aquéllas más vulnerables por razón de su estado de salud y su capacidad cognitiva y volitiva.

Actuaciones previstas:

- Incorporación como prioridad, en los planes de formación continuada para los profesionales, de formación específica en materia de atención a pacientes geriátricos, y desarrollo de acciones de intercambio formativo entre el Sistema de Salud y el Sistema de Acción Social en esta materia.
- Desarrollo del Programa de Psicogeriatría previsto en la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León.
- Desarrollo de las previsiones contenidas en las Leyes de Atención y Protección a las Personas Mayores y de Derechos y Deberes de las personas en relación con la Salud de Castilla y León, con especial atención al ejercicio de las funciones tutelares sobre personas mayores incapacitadas y al desarrollo de protocolos específicos para la protección de sus derechos en el ámbito sanitario.



Menores

El Plan Regional Sectorial de Protección y Atención a la Infancia ha impulsado en Castilla y León importantes actuaciones en el ámbito de la infancia. Este decidido impulso al sector ha sido redoblado a través de la aprobación de la Ley 14/2002, de 24 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León, que constituye hoy un marco de referencia ineludible para la mejora de las intervenciones en este campo, y que contempla numerosos aspectos de inter-relación entre los Servicios Sociales y la Sanidad tanto en el ámbito del sistema de protección como en el de las medidas de reforma.

El presente Plan se encuentra plenamente orientado al cumplimiento de la citada Ley, a través de la cual se pretende, precisamente, impulsar una política integral de atención y protección a la infancia estableciendo un principio de corresponsabilidad y colaboración entre los servicios sociales, sanitarios, educativos, judiciales, etc.

Se trata así, entre otras cuestiones, de garantizar:

- La atención preferente y asistencia específica a los niños y adolescentes con patologías, discapacidades o necesidades especiales o en condiciones de especial riesgo socio-sanitario.
- La detección y valoración de situaciones de riesgo o desamparo que afectan a la infancia, su notificación formal a las autoridades con carácter de urgencia y la implicación de los profesionales de la salud en las tareas de colaboración para la evitación y solución de dichas situaciones de desprotección.
- La adecuada coordinación con los servicios sanitarios en las situaciones de acogimiento familiar o de ingreso en un centro residencial, de forma que las personas responsables del cuidado de los menores tengan la información y las indicaciones necesarias para la recuperación o el mantenimiento de la salud, más aún si se trata de menores especialmente frágiles.
- La disponibilidad de recursos especializados en las redes respectivas para el acogimiento residencial de menores con necesidades especiales por presentar graves discapacidades, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, enfermedades crónicas de carácter grave u otros problemas de similar naturaleza y entidad.

En cuanto a los adolescentes y jóvenes infractores que se encuentran sujetos a medidas cautelares o definitivas acordadas en aplicación de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, supone sin duda también importantes exigencias desde el punto de vista de la coordinación sociosanitaria. Así, el artículo 114 de la Ley 14/2002, antes citada, determina, desde la consideración del principio de intervención normalizada, que la Junta de Castilla y León pondrá a disposición de los correspondientes programas los recursos de las redes ordinarias de los sistemas sanitario, educativo



y de servicios sociales, de la red asistencial de salud mental y del sistema de asistencia e integración social de drogodependientes.

Se trata así de dar respuesta al hecho de que los adolescentes y jóvenes infractores presentan con alguna frecuencia problemas de drogodependencia y otro tipo de alteraciones, que exigen el establecimiento de procedimientos que hagan posible tanto la ejecución material de las propias medidas impuestas para su tratamiento específico (el internamiento terapéutico para casos de anomalías o alteraciones psíquicas; el internamiento para la deshabituación en casos de dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas; y el tratamiento ambulatorio en ambas situaciones), como la intervención de los servicios de salud, en el entorno más favorable para el menor y actuando el principio de normalización, durante el cumplimiento de las demás medidas judiciales de posible imposición.

Es necesario, por ello, establecer medidas adecuadas para el funcionamiento armónico de los dispositivos de protección y reforma de menores y los recursos del Sistema de Salud, en la línea ya avanzada en la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, incluyendo la colaboración necesaria con el sistema penal de menores para garantizar que los diagnósticos y la recomendación del tratamiento más adecuado que puedan tener repercusión en un procedimiento judicial sean emitidos siempre por especialistas en la materia.

Objetivos:

- Sensibilizar a los profesionales de la salud y dotarles de instrumentos para la detección, valoración y comunicación de las situaciones de riesgo o desamparo en que puedan encontrarse los menores de edad.
- Asegurar la rápida inclusión de los menores en situación de acogimiento familiar o residencial en los Servicios de Atención al Niño de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y, en su caso, la agilidad en las derivaciones para tratamientos especializados.
- Establecer un sistema de prestación de servicios de salud adecuado a las características y necesidades de los menores infractores sujetos a medidas judiciales, especialmente las acordadas para la atención específica de los problemas de drogodependencia y/o de salud mental que puedan presentar, y las de internamiento en cualquiera de sus regímenes.
- Disponer de recursos especializados para menores con graves problemas de salud.

Actuaciones previstas:

- Inclusión de contenidos sobre detección, evaluación y comunicación de las situaciones de riesgo o desamparo en que puedan encontrarse menores de edad en los programas de formación de los profesionales de la salud, y difusión de la guía de detección y notificación ante situaciones de desamparo y riesgo en la infancia.



- Elaboración de procedimientos que garanticen la agilidad en la valoración y tratamiento sanitario de los menores en situación de acogimiento.
- Desarrollo de un sistema integrado de prestación de servicios de Atención Primaria y Especializada para adolescentes y jóvenes infractores sometidos a medidas cautelares o definitivas impuestas en aplicación de la legislación reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
- Análisis y previsión, en las Estrategias de desarrollo del Plan de Salud de Castilla y León, de los recursos especializados necesarios para menores con necesidades especiales (toxicomanías, trastornos psiquiátricos, enfermedades crónicas de carácter grave u otras situaciones de carácter similar).

Personas con discapacidad

El desarrollo de la Planificación Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad ha supuesto en Castilla y León una paulatina transformación de los recursos y prestaciones dirigidos a este colectivo. La ampliación de coberturas y diversificación de los dispositivos que han caracterizado el despliegue de los Servicios Sociales en los últimos años son igualmente predicables al sector de personas con discapacidad, tal y como se ha puesto de manifiesto en un epígrafe anterior.

Entre los proyectos inmediatos cabe destacar el de actualizar la normativa sobre requisitos mínimos de autorización y registro de los centros de personas con discapacidad; el programa para la detección de la hipoacusia neonatal; la puesta en marcha de programas específicos de atención bucodental para las personas con discapacidad; y la extensión de la atención temprana en el medio rural a aquellas personas que lo necesiten en todas las provincias de la Comunidad, mediante convenios establecidos con las Corporaciones Locales o entidades privadas para la puesta en marcha de equipos de fisioterapeutas y psicomotricistas, evitando así traslados y molestias a las familias afectadas.

La generalización del modelo de atención temprana supondrá establecer una atención universal, gratuita y próxima a los ciudadanos, garantizando a las familias afectadas la entrevista de acogida en un plazo de 10 días, y el inicio en 30 días del correspondiente plan de intervención, con un destacado componente de coordinación entre los recursos sanitarios, sociales y educativos. En este orden de cosas está previsto asimismo, por último, que las Comisiones de Coordinación de Atención Temprana, previstas en el Plan de Atención Sociosanitaria de 1998, integren su actuación con la de las nuevas estructuras de coordinación sociosanitaria de Castilla y León.

Por otro lado, es preciso resaltar el impulso de una línea de integración de las intervenciones de carácter social referidas a las personas con enfermedad mental en el ámbito sectorial



de las personas con discapacidad, en concordancia con los postulados recogidos en la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. A este respecto, su inclusión en la normativa de autorización que se dicte, así como el desarrollo de acciones específicas para impulsar la red de dispositivos de carácter social necesarios para este colectivo, constituyen una línea de avance en la que es imprescindible profundizar.

La discapacidad en sí misma no es un atributo que implique exclusión o dificultad en el acceso a los servicios. El grado y características en que tal atributo condiciona la autonomía personal, unido a las limitaciones que presenta el contexto, son los elementos que interaccionan produciendo la posible exclusión. Es, por lo tanto, la cualificación del entorno para prestar los apoyos que necesita la persona con discapacidad la que permite que la persona logre obtener un funcionamiento adecuado a sus potencialidades.

Por otra parte, se trata de un sector caracterizado por su diversidad en cuanto al tipo de discapacidad, grado de afectación, disponibilidad de servicios, situación convivencial e integración social, sin olvidar las necesidades relacionadas con las distintas etapas del ciclo vital. En este sentido, y teniendo en cuenta todas las necesidades, procede mencionar por su novedad e importancia la previsión de servicios dirigidos a las personas con daño cerebral postraumático, que deberá contenerse en la Estrategia Regional de Accidentes y Daños Traumáticos.

Información, prevención y atención temprana integran áreas de intervención que, claramente estructuradas en el Plan Regional Sectorial de Atención a Personas con Discapacidad, necesitan de la coordinación e integración de prestaciones de Salud y de Servicios Sociales. Los programas de rehabilitación e inserción constituyen a su vez un escenario compartido en el que es imprescindible el diseño y la intervención conjunta ambos tipos de servicios.

La integración de actuaciones sanitarias en centros residenciales para personas con discapacidad, ya recogida en el área de intervención correspondiente, forma otro de los bloques de trabajo compartido entre los dos Sistemas. Por fin, cabe citar que la reciente creación de la Comisión Interconsejerías para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad (Decreto 18/2003, de 6 de febrero) supone un importante paso adelante en el desarrollo de políticas coordinadas e impulsadas desde todos los sectores de la Administración Pública.

Objetivos:

- Mejorar la capacitación de los profesionales del Sistema de Salud para el correcto abordaje de las personas con discapacidad, desde una perspectiva bio-psico-social de la atención.
- Potenciar de las medidas preventivas y de atención temprana, de forma coordinada entre el Sistema de Acción Social, el de Salud y otros ámbitos competenciales.
- Protocolizar las actuaciones sanitarias en centros y dispositivos sociales de atención a personas con discapacidad.



Actuaciones previstas:

- Diseño e implementación de actuaciones específicas para la sensibilización y formación de los profesionales del Sistema de Salud en relación con la atención a personas con discapacidad.
- Generalización de un modelo coordinado de atención temprana, con participación de todos los dispositivos sociales, sanitarios y educativos en un ciclo único de intervención.
- Aprobación de protocolos específicos para la adecuada atención sanitaria a personas con discapacidad en centros de Servicios Sociales y en relación con el Sistema de Salud.

Personas con problemas derivados de las drogas

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención y asistencia e integración social de drogodependientes, partiendo de una consideración integral e interdisciplinar, destacó la importancia de la coordinación de diferentes actuaciones sectoriales teniendo en cuenta la consideración de las drogodependencias como una enfermedad con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social del individuo. Para ello, estableció la integración de las actuaciones de asistencia e integración social del drogodependiente en los Sistemas Sanitario y de Acción Social, previendo que la atención al drogodependiente y a sus familiares se realizaría a través de las redes generales del Sistema Sanitario Público y del Sistema de Acción Social de Castilla y León, especialmente en el nivel primario.

Se dio lugar así a la creación de una Red de Asistencia e Integración Social del drogodependiente, en ningún caso separada de las redes de asistencia generales, sino configurada como una red asistencial de utilización pública diversificada en la que se integran, de forma coordinada, centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema Sanitario Público y del Sistema de Acción Social, complementados con recursos privados debidamente acreditados. El alineamiento del presente Plan con los postulados de la citada Ley es absoluto.

En el ámbito del Sistema de Salud, la Atención Primaria presta de forma específica el servicio 315, de atención al consumidor excesivo de alcohol y, normativamente, de forma genérica, ha de asumir las responsabilidades de puerta de entrada al Sistema de Salud, actividades de promoción de hábitos saludables, prevención, y asistencia en su ámbito, y rehabilitación-reinserción, así como garantía de la atención integral y longitudinal del individuo, incluyendo la cooperación en la coordinación tanto intra como interinstitucional (sociosanitaria).

Por su parte, la Atención Especializada presta servicios específicos de desintoxicación y deshabitación de drogodependientes a través de sus Equipos de Salud Mental (preferentemente en los casos de dependencia alcohólica) y mediante programas de desintoxicación hospitalaria. También de forma genérica ha de asumir las responsabilidades de garantizar la prestación de servicios de salud (incluyendo la salud mental) de carácter especializado que



precisen estas personas (bajo las premisas de equidad, accesibilidad –no discriminación– que son comunes en nuestro Sistema de Salud), así como colaborar en la coordinación intra e interinstitucional (sociosanitaria).

El Sistema de Acción Social interviene tanto en la prevención (mediante los programas de ocio y tiempo libre y los programas de intervención sobre grupos de riesgo –adolescentes y familias–), como en la detección y derivación (mediante los servicios de información y orientación comunes en todos los CEAS) y en la reinserción e integración en la comunidad.

En este contexto se aprecian aún oportunidades de mejora en la definición de los procesos de coordinación precisos para garantizar la coherencia y eficiencia en la atención (circuitos de interconsulta entre dispositivos, responsabilidades concretas de cada uno de los recursos intervinientes, procedimientos de transmisión de información, valoración multidisciplinar, gestión del caso...). Además, es preciso considerar que el ámbito de la atención al problema de las drogas es extraordinariamente variado, tanto desde el punto de vista de los perfiles de usuarios potenciales (adolescentes, familias, adultos, personas en situación de exclusión social...) como de la naturaleza de los servicios (promoción, prevención, desintoxicación, deshabituación, atención sanitaria a complicaciones, rehabilitación y reinserción...) y de la titularidad y dependencia administrativa, esquemas de abordaje y comprensión del problema por parte de los responsables de prestación de los diferentes servicios.

Por todo lo anterior es oportuno, aprovechando las estructuras de coordinación sociosanitaria de Castilla y León, definir líneas específicas para el abordaje coordinado del problema de las drogas en nuestra Comunidad, debiendo destacarse en este momento la importancia de que profesionales de atención a drogodependencias participen en las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria de Castilla y León.

Objetivo:

- Abordaje integrado al problema de las drogas en Castilla y León, sustentado funcionalmente en la definición de procesos de coordinación de forma genérica, y en la gestión de casos de forma específica.

Actuaciones previstas:

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar de ámbito regional.
- Definición de los procedimientos de prestación de cada servicio.
- Definición de los procesos de interconsulta-transmisión de la información entre dispositivos.
- Establecimiento de un procedimiento de monitorización de procesos y casos en cada ámbito provincial (sustentados técnicamente en las Comisiones de Coordinación y en los Equipos de Coordinación de Base).



Otras personas en situación o riesgo de exclusión social

Las personas y familias que se encuentran en situación de riesgo o exclusión social conviven con acontecimientos puntuales o recurrentes de vulnerabilidad que dificultan el acceso a los mecanismos básicos de participación en la vida social y económica. Estas situaciones requieren de una aproximación individualizada e integral para la generación de procesos de inclusión social, de acuerdo con las líneas establecidas en el Plan Regional Sectorial de Acciones frente a la Exclusión Social. Debe destacarse la importancia, en este contexto, de las medidas dirigidas a facilitar la inserción laboral, a través de programas de información, orientación y asesoramiento especializado para el acceso al mercado laboral, de formación ocupacional y de apoyo a la contratación y mantenimiento del empleo. Del mismo modo, destaca el acuerdo alcanzado en 1999 con los agentes sociales, que ha supuesto un incremento importante de la cuantía del Ingreso Mínimo de Inserción hasta alcanzar el 73% del salario mínimo interprofesional.

El fenómeno de la inmigración requiere una especial referencia debido al importante auge que está experimentando en Castilla y León, habiéndose producido un aumento de la población inmigrante regularizada del 27% en el último ejercicio, pasando de 33.170 personas (diciembre 2001) a 43.348 (diciembre 2002). Desde 1996 el incremento ha sido del 156%, lo que hace necesario adoptar medidas específicas para resolver determinadas situaciones derivadas de las diferencias de idioma, cultura, etc., eliminando posibles barreras a una atención de calidad.

El aspecto fundamental a tener en cuenta respecto de la atención coincidente de servicios sociales y de salud a los colectivos en situación o riesgo de exclusión social se define, pues, por la necesidad de identificar las barreras que impiden la asistencia normalizada, superándolas en cada caso concreto en aras de la integración social.

Objetivos:

- Identificar los problemas que pueden impedir a los colectivos en situación o riesgo de exclusión social el acceso a los recursos de forma normalizada.
- Mejorar la coordinación entre los sistemas de atención, consensuando procedimientos de actuación conjunta en las mejores condiciones de garantía de cuidados.
- Promover la sensibilización de los profesionales para favorecer actitudes integradoras y normalizadoras.

Actuaciones previstas:

- Realización de estudios sobre los aspectos específicos que puedan impedir un acercamiento normalizado a los Sistemas de Salud y de Acción Social.



- Desarrollo, a través de los Equipos de Coordinación de Base y de las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria, de procedimientos de atención activa y coordinada adecuados a las características específicas de cada grupo.
- Establecimiento de cauces de formación e información para los profesionales que generalicen las experiencias realizadas y proporcionen herramientas útiles para la atención integral.



Impulso, seguimiento y evaluación



Impulso, seguimiento y evaluación

El verdadero contenido y alcance de un Plan viene dado por las tareas de impulso y desarrollo del mismo. A este respecto, aparecen como claves en relación con el II Plan Sociosanitario de Castilla y León:

- El despliegue de la planificación efectuada por medio de la formalización de "documentos de compromiso". A través de estos documentos se especificará la asignación de responsabilidades, directas o de colaboración, a los distintos órganos directivos centrales que han de llevar a cabo o impulsar el desarrollo del Plan, de tal manera que se establezca una planificación táctica de las actividades a ejecutar en cada anualidad, y que exista un compromiso explícito respecto de las mismas.
- La inclusión de los Principios rectores y de aquellos objetivos que así lo requieran en las correspondientes Estrategias de desarrollo del Plan de Salud de Castilla y León y Planes Regionales Sectoriales de Servicios Sociales, a cuya garantía contribuyen los procedimientos previstos en el artículo 5, letras a) y h), del Decreto 286/2001, de 13 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- La operativización de las estructuras de coordinación sociosanitaria establecidas a todos los niveles. Dichas estructuras constituirán un cauce imprescindible tanto desde el punto de vista técnico y de consenso profesional como para la búsqueda de compromisos por parte de todas las Administraciones, entidades, profesionales y ciudadanos implicados.

En cuanto a la evaluación del II Plan Sociosanitario de Castilla y León, ésta se llevará a cabo de forma continuada. Para cada una de las actuaciones previstas, dicha evaluación incidirá sobre:

- La asunción de compromisos explícitos por parte de los órganos en cada caso responsables.
- La existencia de dotación en los correspondientes Presupuestos anuales, y la inclusión en los mismos de los proyectos correspondientes en función del cronograma previsto.
- La constitución y funcionamiento de los grupos de trabajo, o la reunión en plazo de los órganos de coordinación sociosanitaria precisos para desarrollar cada proyecto.
- La disponibilidad de soportes documentales completos respecto de las iniciativas que se desarrollen.



- La explotación de los sistemas de información correspondientes a las actuaciones previstas y efectivamente realizadas, así como la aportación de todas aquellas informaciones adicionales que sean precisas.
- La satisfacción de profesionales y ciudadanos con las actuaciones llevadas a cabo.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, la Dirección General de Planificación Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social elaborará un informe anual sobre el desarrollo del II Plan Sociosanitario de Castilla y León.

En el segundo semestre del año 2005, el correspondiente informe anual será ampliado para realizar un informe de evaluación global del despliegue del Plan hasta ese momento. A la vista de los resultados del mismo, se elaborará un Anteproyecto de modificación del II Plan Sociosanitario, introduciendo los cambios y previsiones oportunas para su mayor operatividad en los ejercicios 2006 y 2007.

En todo caso, la evaluación del II Plan Sociosanitario estará sometida a la actividad de conocimiento, informe y seguimiento por parte de los distintos órganos que tienen atribuidas estas funciones, o por aquellos otros específicos que puedan ser constituidos en el ámbito del Sistema de Salud y el Sistema de Acción Social de Castilla y León.



Financiación



Financiación

La pretensión explícita de abordar, a través de este II Plan Sociosanitario, un modelo sinérgico para los Sistemas de Acción Social y de Salud de Castilla y León en su conjunto, pone de relieve el carácter global que necesariamente ha de tener la determinación de las fuentes presupuestarias que han de nutrir el desarrollo del citado modelo. Por este motivo, el cumplimiento de los objetivos del presente Plan se nutrirá de las fuentes de financiación de los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios que corresponde prestar a la Comunidad de Castilla y León.

A tal efecto serán de aplicación las correspondientes Leyes de Presupuestos Generales para cada uno de los ejercicios durante la vigencia del Plan, teniendo en cuenta los escenarios presupuestarios plurianuales regulados en el Decreto 22/2003, de 6 de marzo, por el que se regulan las previsiones presupuestarias anuales.



Tablas y gráficos



Tablas y gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de población en grupos de edad Castilla y León y España 2001

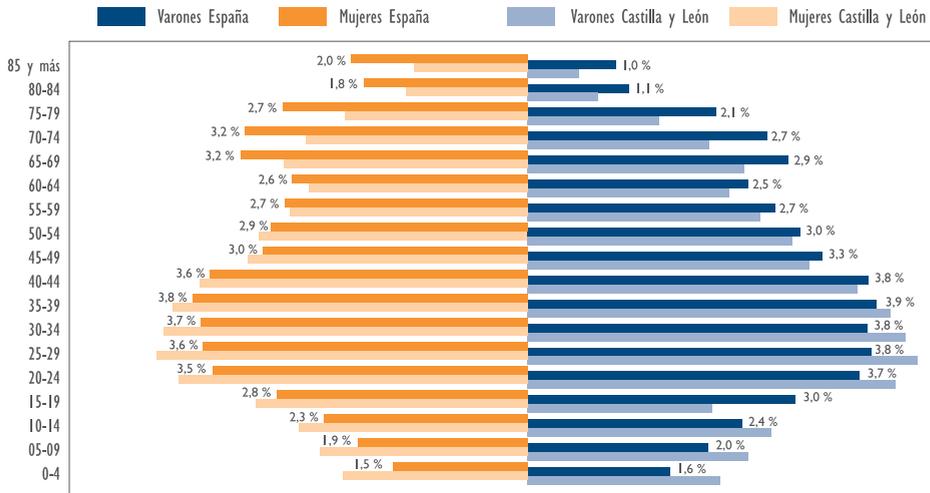
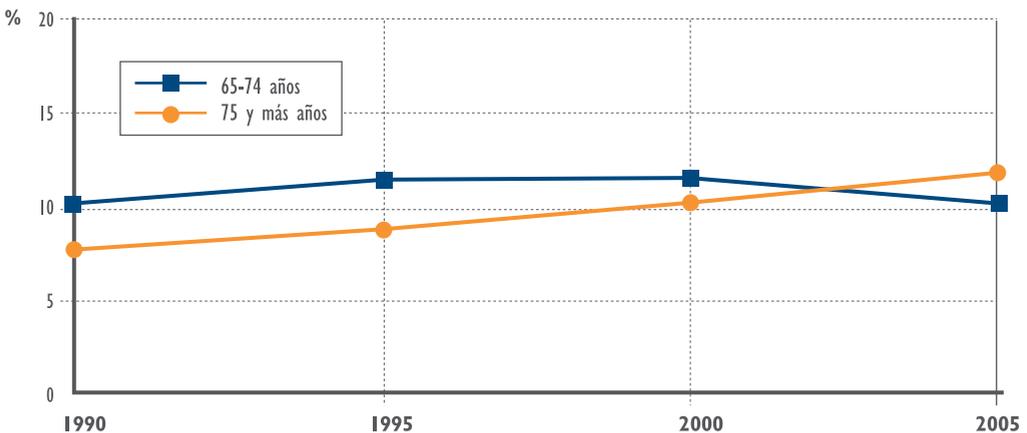


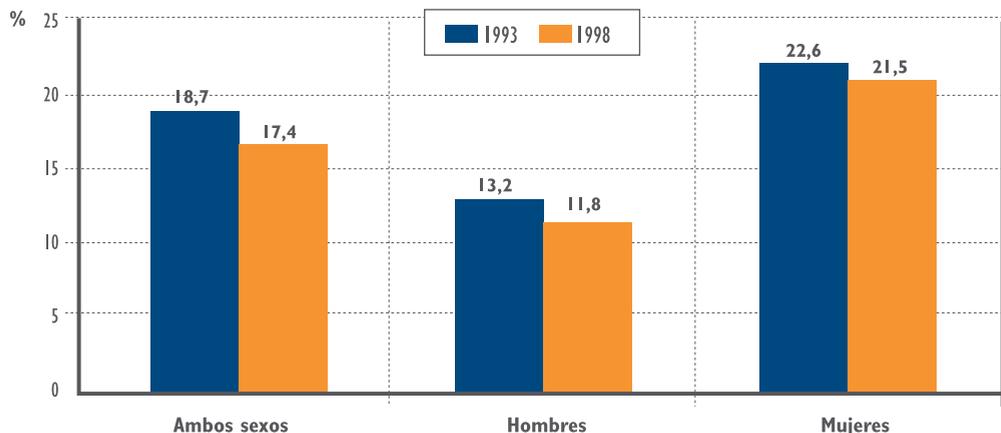
Gráfico 2. Proyecciones de población. Castilla y León. 1990-2005 (Porcentaje de mayores)



Gráficos 1 y 2: Pretenden mostrar la tendencia poblacional en Castilla y León hacia el sobreenviejamiento, con un incremento proporcional previsible a expensas de las cohortes de los más ancianos.



Gráfico 3. Tasas de prevalencia de los problemas de dependencia, por sexos, en 1993 y 1998

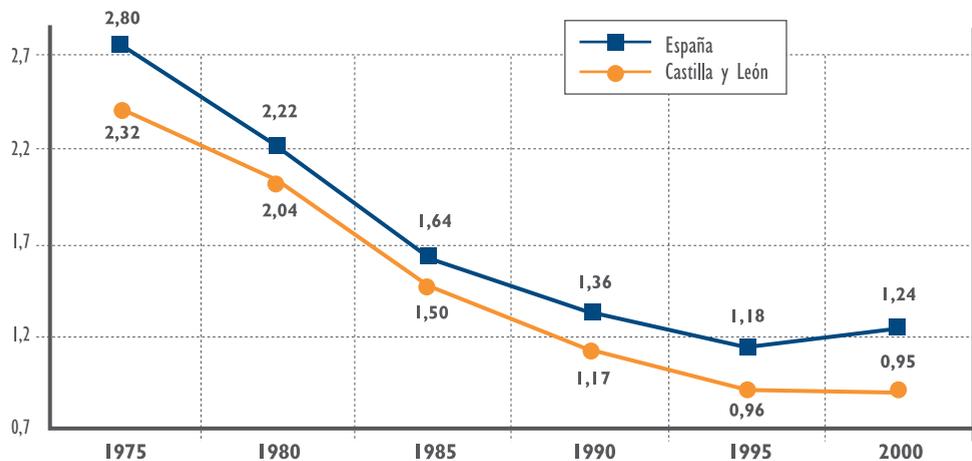


Fuente: elaboración propia a partir de datos de Casado Marin y López i Casasnovas en "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración". Ed. Fundación La Caixa. Barcelona 2001

Gráfico 3: Apoya la teoría de "compresión de la morbilidad": los estilos de vida más saludables y los avances en tecnología y en calidad en la prestación de servicios provocan un decremento de la dependencia, a pesar del incremento en el envejecimiento.

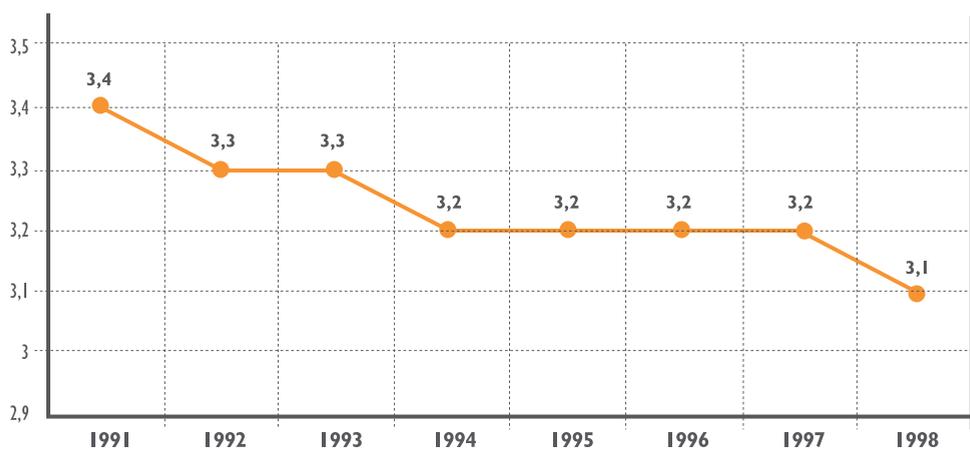


Gráfico 4. Evolución del número medio de hijos por mujer. Castilla y León y España. 1975-2000



Fuente: INE

Gráfico 5. Tamaño medio (personas/hogar) en España

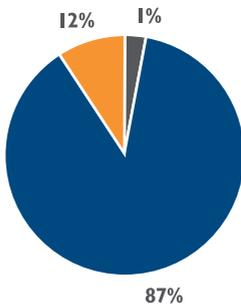
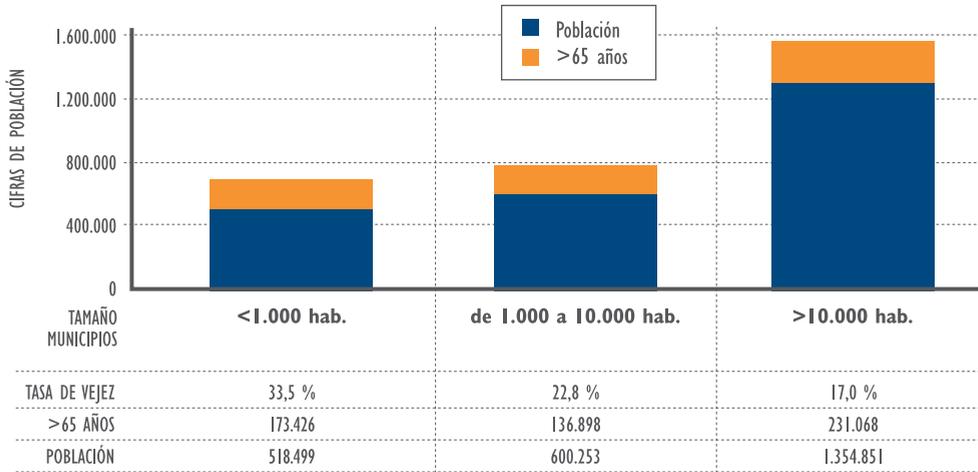


Fuente: INE

Gráficos 4 y 5: Se pretende mostrar la reducción del tamaño de las unidades familiares, tanto en número de hijos como en convivientes por hogar. Castilla y León está por debajo de la media familiar de hijos por mujer y en el número de personas convivientes en el hogar (datos de 1991). Se deduce entonces la preponderancia de unidades familiares nucleares.



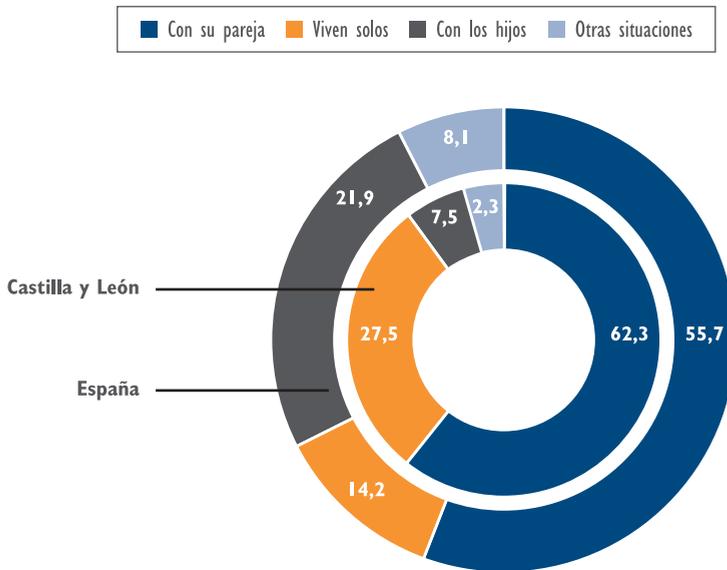
Gráfico 6. Distribución de la población por tamaño de los municipios. Castilla y León. 1999



	Número de municipios
■ <1.000 hab.	1.961
■ de 1.000 a 10.000 hab.	263
■ >10.000 hab.	23

Fuente: INE. Revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 1999. CESCyl.

Gráfico 7. Formas de convivencia de los mayores: comparación (en %) del medio rural de Castilla y León con la media nacional

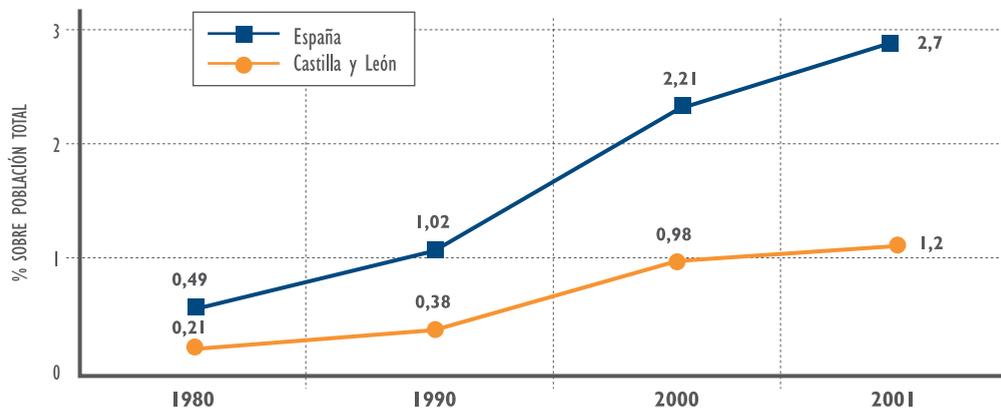


Fuente: encuesta sobre la situación de las personas mayores en municipios <3000 habitantes de Castilla y León (mayo-junio 2002).
Universidad de Valladolid. Envejecer en España

Gráficos 6 y 7: Se pretende mostrar la coincidencia de ruralidad y envejecimiento: elevado número de pequeños municipios con población muy envejecida. Muchos ancianos que viven dispersos y envejecen cada vez más solos o con su pareja (en cifras significativamente superiores a la media nacional). Escenario previsible de incremento de necesidad de apoyo insitucional a la convivencia y necesidad de acercar este apoyo al medio rural (accesibilidad).



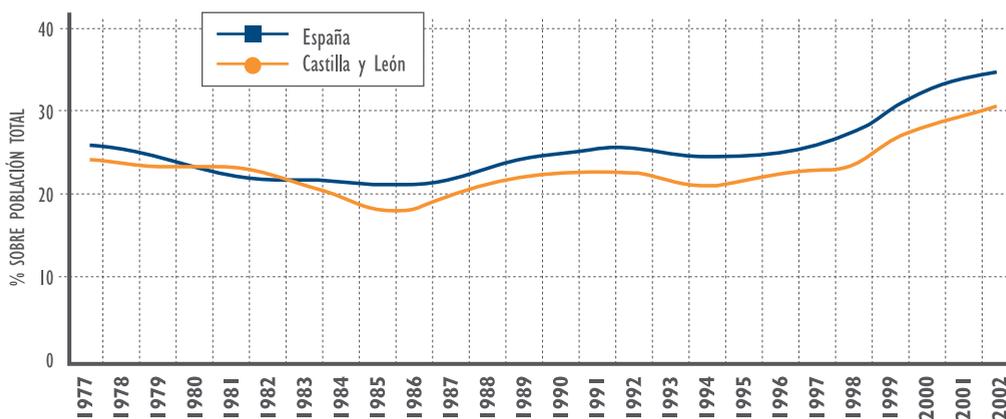
Gráfico 8. Evolución del porcentaje de extranjeros residentes. Castilla y León y España. 1980-2001



Fuente: elaboración propia a partir de datos INE y datos suministrados por la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Gráfico 8: Se pretende mostrar el incremento de población inmigrante, aunque con una tasa todavía menor a la media de España. Oportunidad de crecimiento demográfico, rejuvenecimiento y crecimiento de servicios de apoyo a la dependencia.

Gráfico 9. Evolución de la tasa de ocupación media femenina 1977-2002

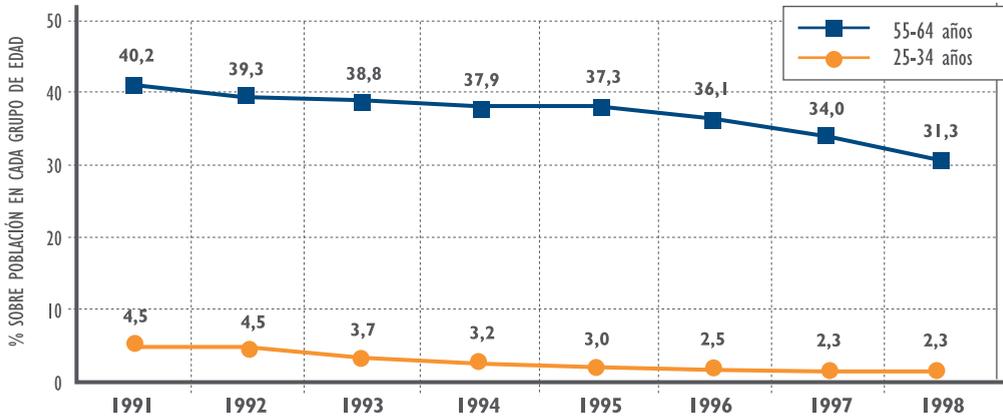


Fuente: INE

Gráfico 9: Se muestra la evolución ascendente de la ocupación femenina en los quince últimos años (incorporación creciente al mundo laboral).

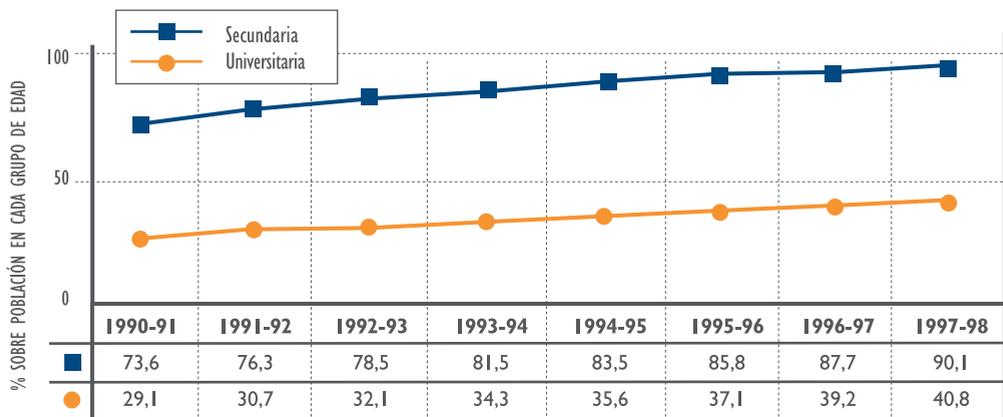


Gráfico 10. Distribución porcentual de mujeres analfabetas y sin estudios. España 1991-1998



Fuente: INE

Gráfico 11. Evolución de la tasa bruta de escolaridad: España 1990-1998



Fuente: INE

Gráficos 10 y 11: Ambos gráficos muestran la evolución de una sociedad que progresa en su nivel educativo: tanto en el esfuerzo y en el éxito de la alfabetización de cohortes femeninas de edad mayores como en el incremento sustancial del porcentaje alumnos de educación secundaria y de universitarios.



Recursos generales de Sacyl										
	ÁV	BU	LE	PA	SA	SE	SO	VA	ZA	Total CyL
Atención Primaria										
Equipos de Atención Primaria	21	35	37	20	35	16	14	40	22	240
Centros de Salud	21	30	34	19	31	15	13	35	21	219
Consultorios	331	550	689	309	401	294	332	286	339	3.531
ESAD		1	1							2
Recursos Humanos										6.611
Atención Especializada (recursos públicos)										
Nº de hospitales	2	6	4	2	2	2	2	4	3	27
General	2	5	2	2	2	1	1	3	3	21
Psiquiatría	0	1	1	0	0	1	0	1	0	4
Media-Larga Estancia	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Nº de camas	367	1.318	1.524	543	1.391	431	390	1.494	589	8.047
General	367	1.238	1.173	543	1.391	375	285	1.418	589	7.379
Psiquiatría	0	80	206	0	0	56	0	76	0	418
Media-Larga Estancia	0	0	145	0	0	0	105	0	0	250
Fuentes: Catálogo Nacional de Hospitales 2000 (incluidas correcciones 2001) Dirección General de Asistencia Sanitaria Sacyl (enero 2003)										

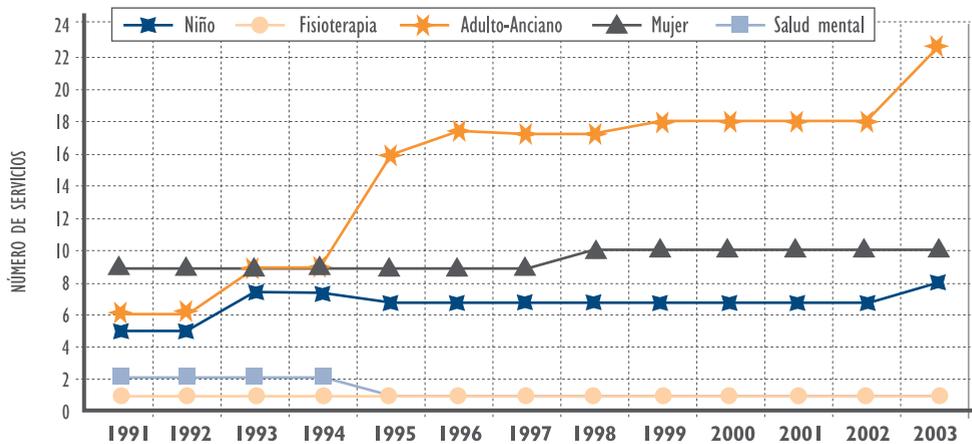


Recursos de salud mental										
	ÁV	BU	LE	PA	SA	SE	SO	VA	ZA	Total CyL
Hospital de día Psiquiátrico/Programas de Hospitalización parcial										
Nº de centros	1	1			1			1		4
Nº de plazas	6	25			15			20		66
Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica										
Nº de centros	1	1	1		1	1	1	1		7
Nº de plazas	21	40	33		40	27	20	40		221
Centros de Rehabilitación Psicosocial										
Nº de centros	1	1	1	1		1	1	2	1	9
Nº de plazas	20	25	20	20		30	20	50	20	205
Hogares Supervisados/Tutelados										
Nº de centros	2	3	2	6	3	5	3	17	4	45
Nº de plazas	7	13	8	18	10	19	16	51	15	157
Unidades de hospitalización PsiquiátricaUnidades de Cuidados Paliativos										
Nº de centros	1	1	2	2	1	1	1	2	1	12
Nº de camas	10	42	35	16	30	19	20	48	26	246

Fuentes: Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2002



Gráfico 12. Evolución del número de servicios de la Cartera de Atención Primaria: 1991-2003



Fuente: INE



Niño	Mujer	Adulto-anciano
100 Consulta niños	200 Captación y valoración de la mujer embarazada	300 Consulta adultos
101 Vacunaciones	201 Seguimiento de la mujer embarazada	301 Vacunación de la gripe
102 Revisiones del niño sano: (0-23 meses)	202 Educación maternal	- Mayores o igual a 65 años
103 Revisiones del niño sano: (2-5 años)	203 Visita en el primer mes de postparto	- Menores de 65 años
104 Revisiones del niño sano: (6-14 años)	204 Información y seguimiento de métodos anticonceptivos	302 Vacunación del tétanos - difteria
105 Educación para la Salud en Centros Educativos	205 Vacunación triple vírica	303 Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo
106 Salud bucodental	206 Diagnóstico precoz de cáncer de cervix	304 Actividades preventivas en el adulto sano
107 Atención y educación al joven	207 Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio	305 Atención a pacientes crónicos: hipertensos
	208 Diagnóstico precoz de cáncer de mama	306 Atención a pacientes crónicos: diabetes
	209 Atención a la mujer en el climaterio	307 Atención a pacientes crónicos: EPOC
		308 Atención a pacientes crónicos: obesos
		309 Atención a pacientes crónicos: hipercolesterolemia
		310 Atención a pacientes con VIH - SIDA
		311 Educación para la salud a grupos de pacientes diabéticos
		312 Educación para la salud a otros grupos
		313 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados
		314 Atención a pacientes terminales
		315 Atención al bebedor de riesgo
		316 Prevención y detección de problemas en el anciano
		317 Cirugía menor
		318 Atención al joven
		Atención al cuidador familiar
		Educación para la salud al cuidador familiar
		400 Tratamientos fisioterapéuticos básicos
		401 Tratamientos Psicoterapéuticos

Gráfico 12: Se observa el incremento del número de servicios ofertados dirigidos a la atención a problemas crónicos, pacientes ancianos, inmovilizados y terminales (adecuación al nuevo paradigma de atención)



Gráfico 13.

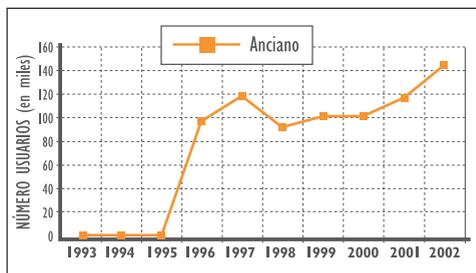
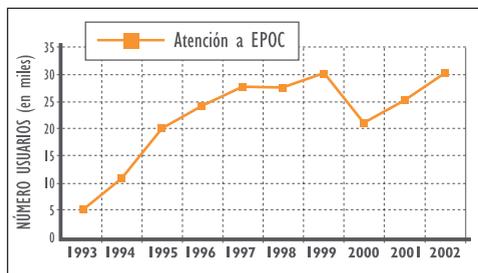
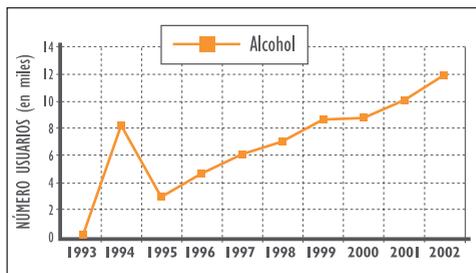
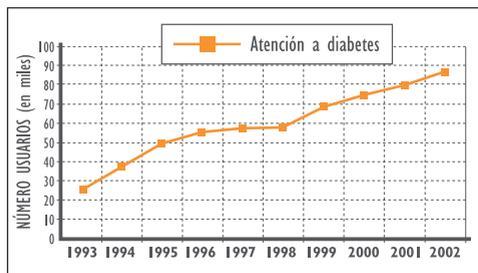
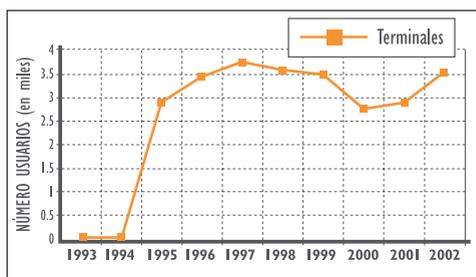
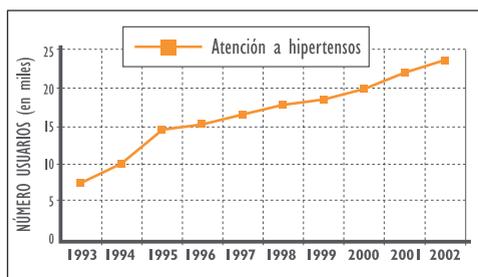
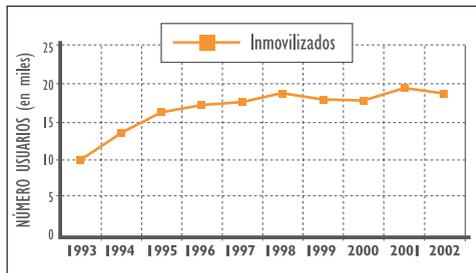
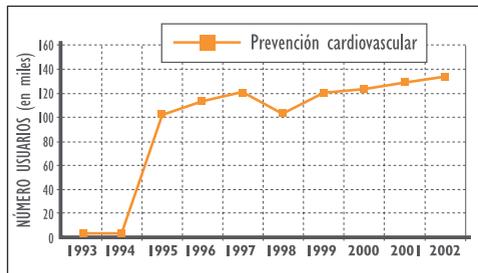
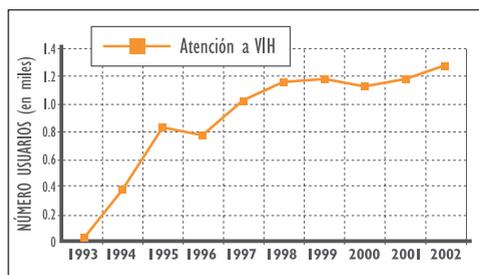
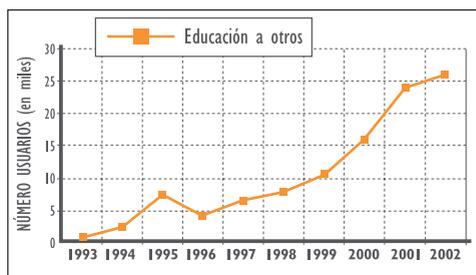
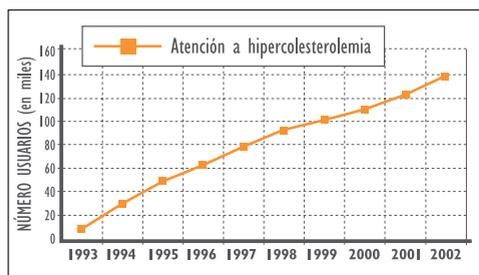
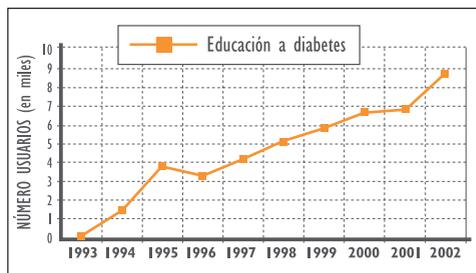


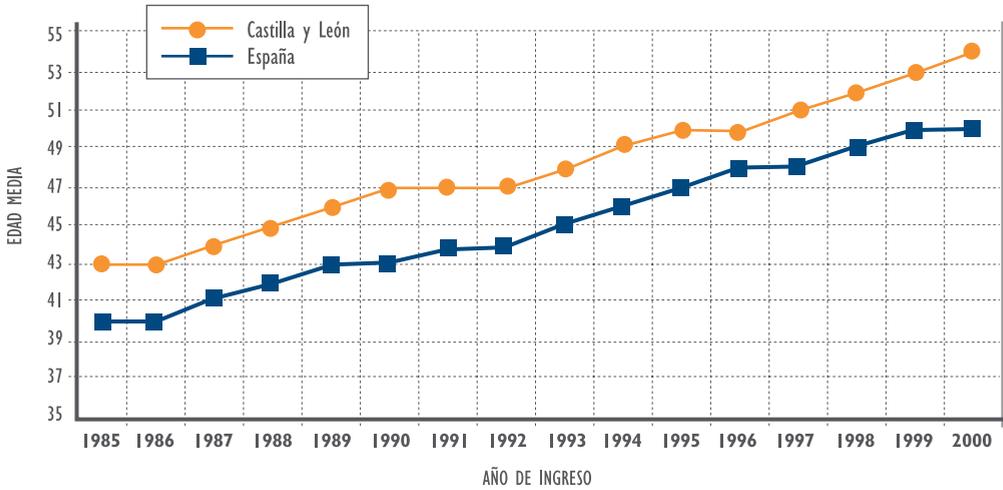
Gráfico 13. (Cont.)


Fuente: Elaborado a partir de datos de la antigua Subdirección General de Atención Primaria del Insalud y de la Dirección Técnica de Atención Primaria de SACYL.

Gráfico 13: Se aprecia el incremento progresivo del número de personas incluidas en los servicios de adulto-anciano: representa el esfuerzo y la eficiencia progresiva de la Atención Primaria en este tipo de prestación de servicios.

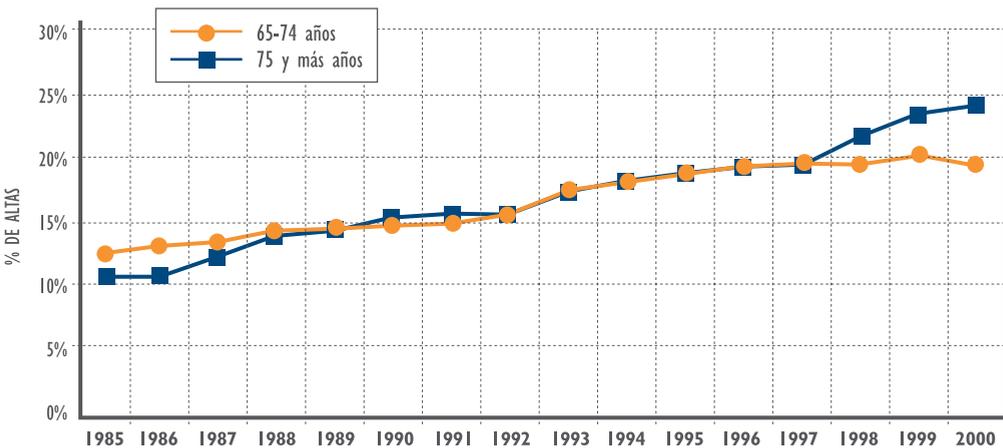


Gráfico 14. Evolución de la edad media de las altas en Castilla y León y España 1985-2000



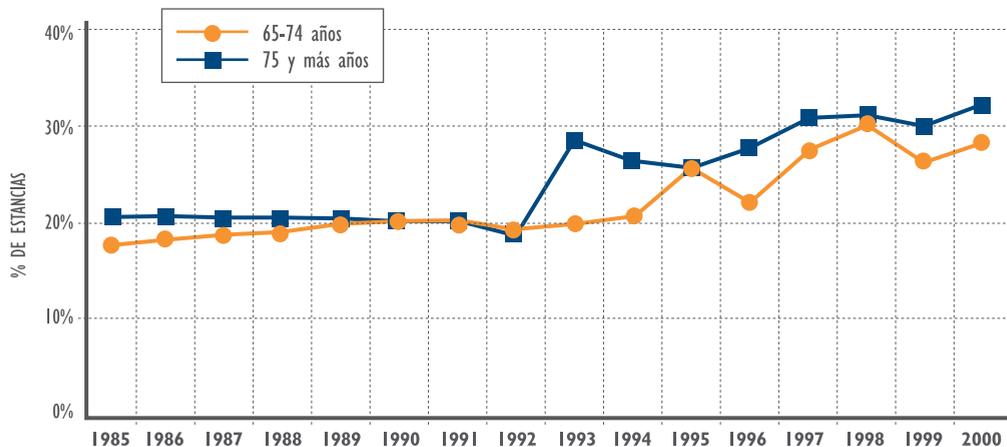
Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE)

Gráfico 15. Altas de personas de 65 y más años. Castilla y León 1985-2000



Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE)

Gráfico 16. Estancias de personas de 65 y más años.
Castilla y León 1985-2000



Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE)

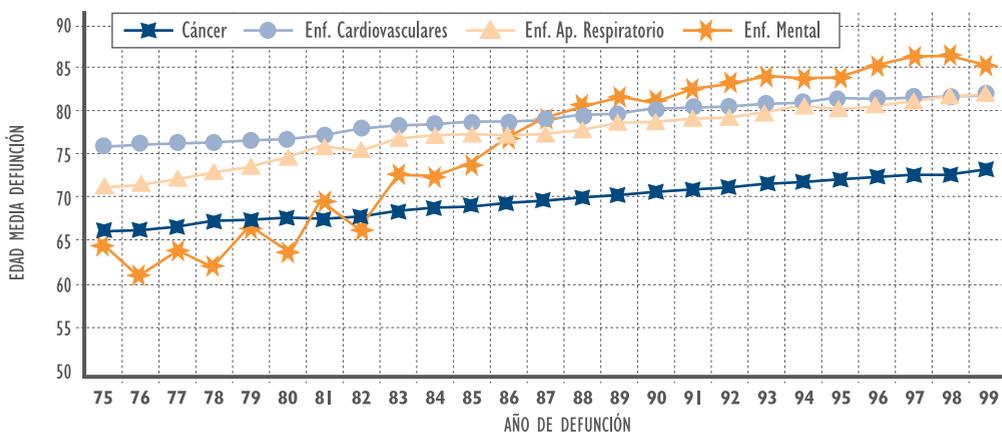
Gráficos 14, 15 y 16: En quince años la edad media de los pacientes ingresados se ha elevado en más de diez años. En Castilla y León esta situación es más acusada (aproximadamente tres años mayor la media de edad, de forma constante).

La evolución, por tanto, del porcentaje de mayores ingresados es progresivamente creciente, con una primacía de los más mayores desde 1997 (actualmente suponen el 43 % del total de ingresos).

De igual modo ocurre con las estancias; en la actualidad el 55% de las estancias hospitalarias son debidas a los mayores (el 23 % a los más mayores).

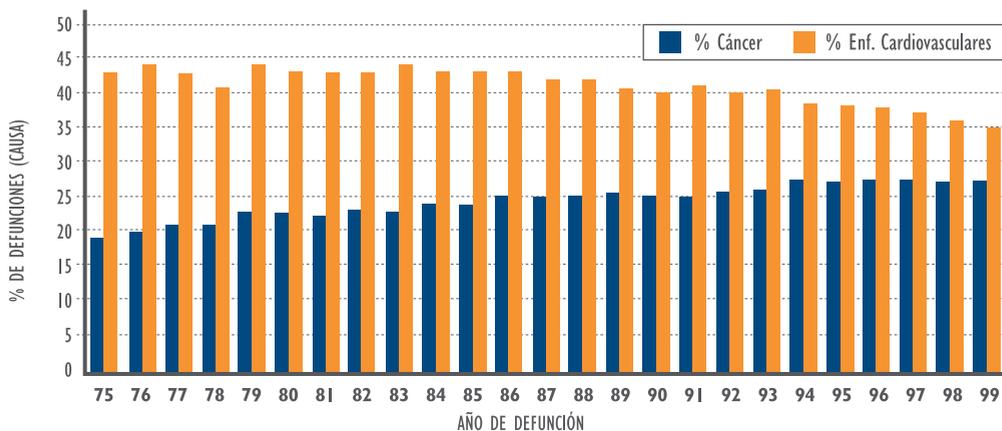


Gráfico 17. Evolución de la edad media de Defunción por Grandes Grupos de Causas. Castilla y León 1975-1999



Fuente: INE

Gráfico 18. Evolución de la Mortalidad Proporcional por Cáncer y Enfermedad Cardiovascular. Castilla y León 1975-1999

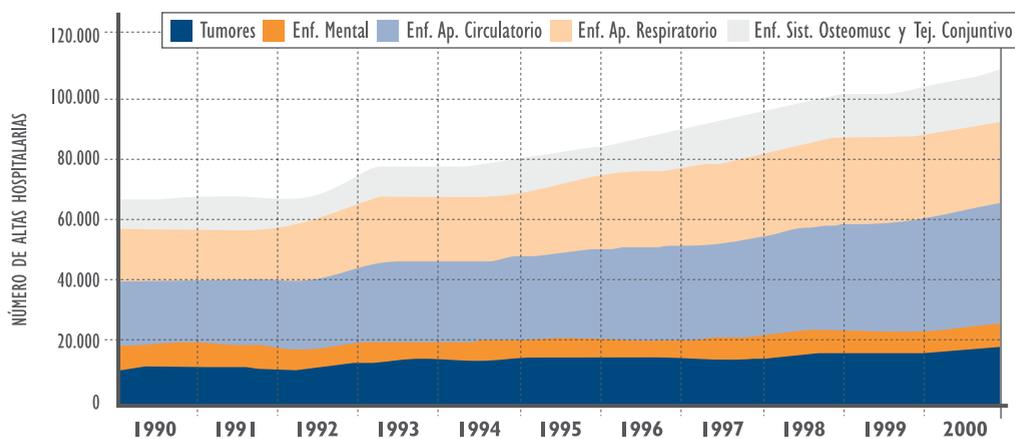


Fuente: INE

Gráficos 17 y 18: La edad media de defunción por los grupos de causas de enfermedad "crónica" se va incrementando (mayor supervivencia en general de las enfermedades crónicas)

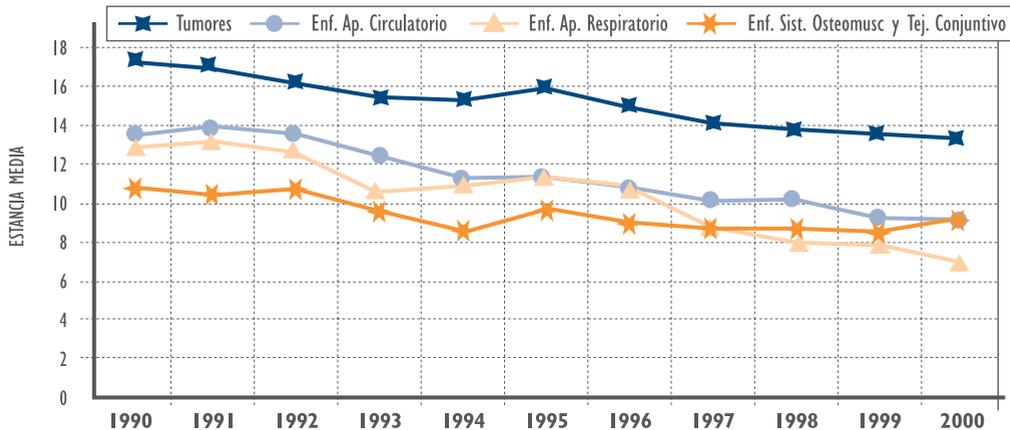
El cáncer va cobrando protagonismo creciente como causa de mortalidad frente a una disminución porcentual de las enfermedades cardiovasculares.

Gráfico 19. Evolución número de alta hospitalarias por grandes grupos de causas. Castilla y León 1990-2000



Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE)

Gráfico 20. Evolución de la estancia media por grandes grupos de causas. Castilla y León 1990-2000

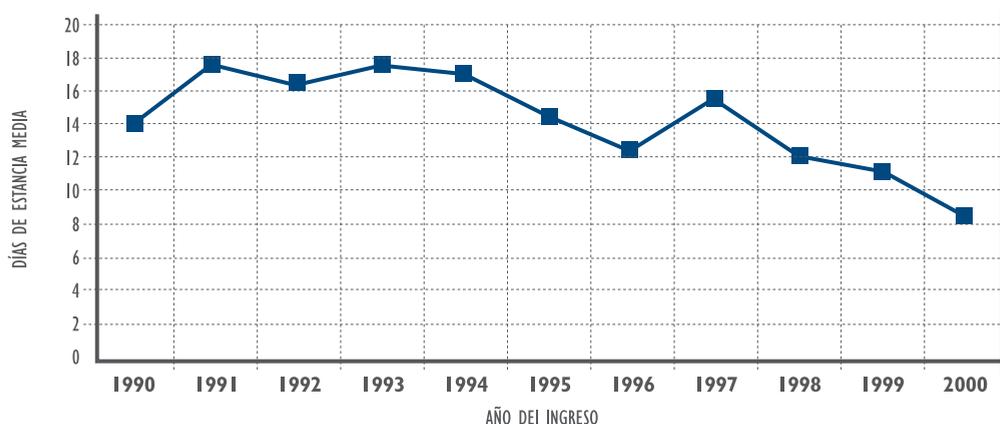


Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE)

Gráficos 19 y 20: El número total de ingresos hospitalarios por grupos de enfermedades "crónicas" sigue un curso creciente. Sin embargo, la estancia media de estos procesos, es progresivamente decreciente (mayor eficiencia)

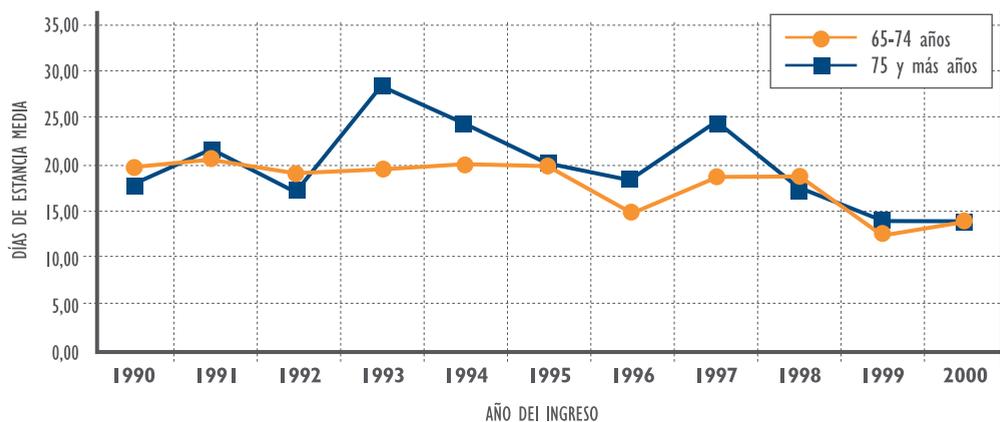


Gráfico 21. Evolución de la estancia media. Castilla y León 1990-2000



Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE)

Gráfico 22. Evolución de la estancia media de personas de 65 y más años. Castilla y León 1990-2000



Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE)

Gráficos 21 y 22: La estancia media de la población hospitalaria en general disminuye (aproximadamente dos días en diez años).

La estancia media de los mayores y más mayores también disminuye, y en mayor magnitud (unos seis días en los últimos diez años).

**Centros de Acción Social en Castilla y León**

	Número de Centros
Diputación de Ávila	8
Ayuntamiento de Ávila	4
Diputación de Burgos	21
Ayuntamiento de Burgos	7
Ayuntamiento de Aranda de Duero	2
Ayuntamiento de Miranda de Ebro	2
Diputación de León	26
Ayuntamiento de León	7
Ayuntamiento de Ponferrada	4
Ayuntamiento de San Andrés de Rabanedo	2
Diputación de Palencia	11
Ayuntamiento de Palencia	4
Diputación de Salamanca	14
Ayuntamiento de Salamanca	8
Diputación de Segovia	10
Ayuntamiento de Segovia	3
Diputación de Soria	11
Ayuntamiento de Soria	2
Diputación de Valladolid	13
Ayuntamiento de Valladolid	19
Ayuntamiento de Medina del Campo	1
Diputación de Zamora	10
Ayuntamiento de Zamora	4
Total CyL	192

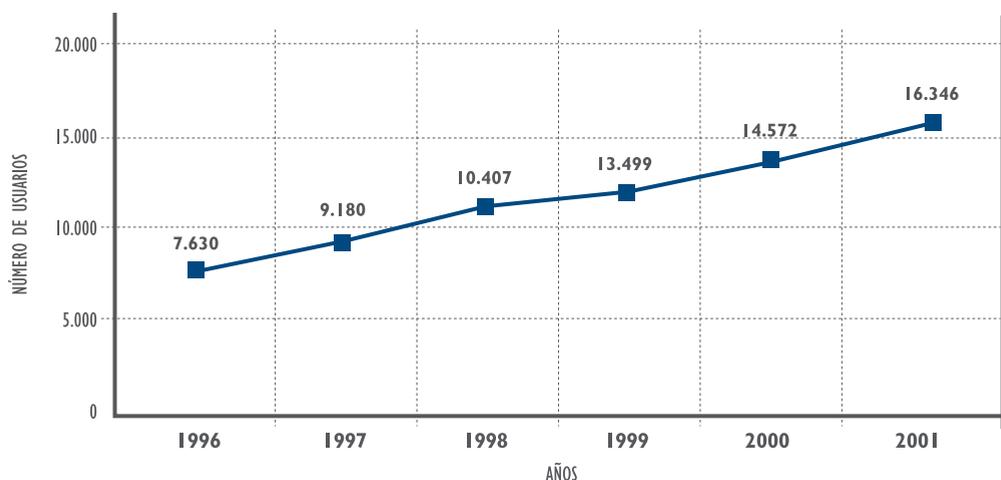
Fuente: Gerencia de Servicios Sociales.
Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.



Servicios Sociales para personas mayores	
Ocio, cultura y participación	
Castilla y León	
Nº de socios del Club de los 60	87.203
Nº de viajeros en 2002	14.400
Nº de alumnos Universidad de la Experiencia	1.277
Nº de asociaciones de personas mayores	1.462
Ocio, cultura y participación	
Castilla y León	
Nº de Centros	49
Nº de socios de Centros de Día	264.427
Servicios Sociales Básicos	
Castilla y León	
Nº de usuarios del Servicio de Ayuda a domicilio	16.346
Nº de usuarios de la Teleasistencia	12.522
Cobertura ayuda a domicilio 65 años y más	3,00%
Cobertura ayuda a domicilio 75 años y más	6,61%
Estancias diurnas	
Castilla y León	
Nº Plazas de la Gerencia de Servicios Sociales	435
Nº Plazas concertadas	189
Total plazas gestionadas por la Gerencia de Servicios Sociales	624
Otras plazas públicas y privadas	1.292
Total plazas Estancias diurnas	1.727
Atención residencial	
Castilla y León	
Nº de Residencias titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales	15
Nº de plazas residenciales titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales	3.367
Nº de plazas concertadas	2.023
Total plazas residenciales de la Comunidad Autónoma funcionando	31.766
Total plazas residenciales de la Comunidad Autónoma incluidas en construcción	33.208
Cobertura (plazas funcionando)	5,75%
Cobertura (incluyendo centros en construcción)	6,01%
Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.	

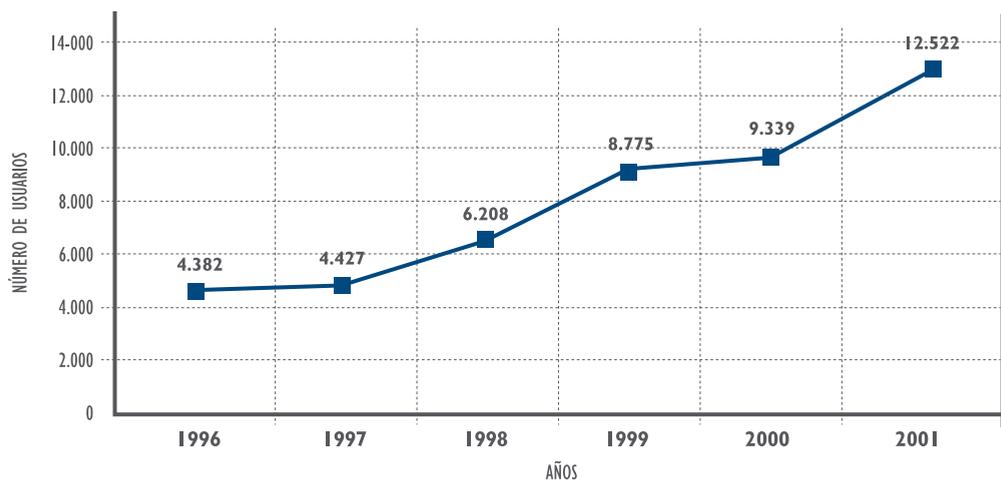


Gráfico 23. Evolución del número de usuarios del servicio de ayuda a domicilio. Castilla y León 1996-2001



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales.
Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

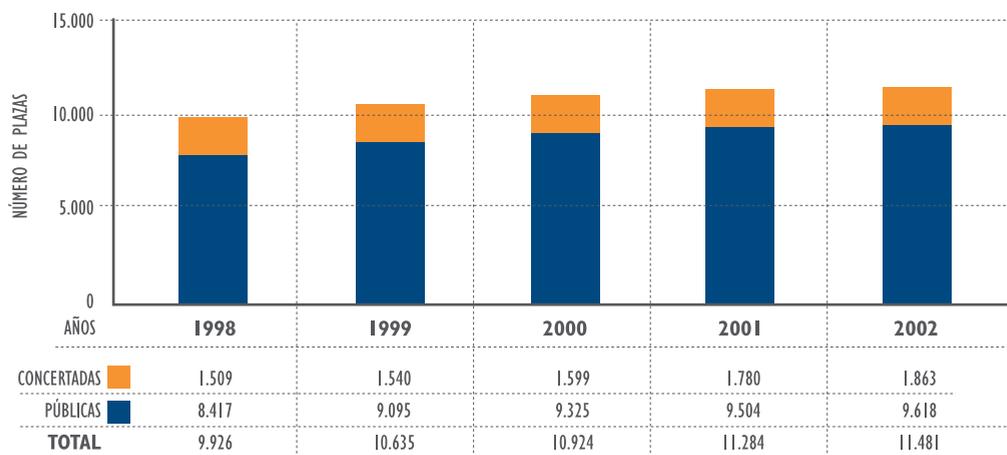
Gráfico 24. Evolución del número de usuarios del servicio de teleasistencia. Castilla y León 1996-2001



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales.
Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.



Gráfico 25. Evolución de plazas públicas (propias y concertadas) de centros de personas mayores. Castilla y León 1998-2002



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales.
 Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Gráficos 23, 24 y 25: Se muestra el incremento en la oferta de servicios sociales para las personas mayores, tanto comunitarios como de carácter institucional.

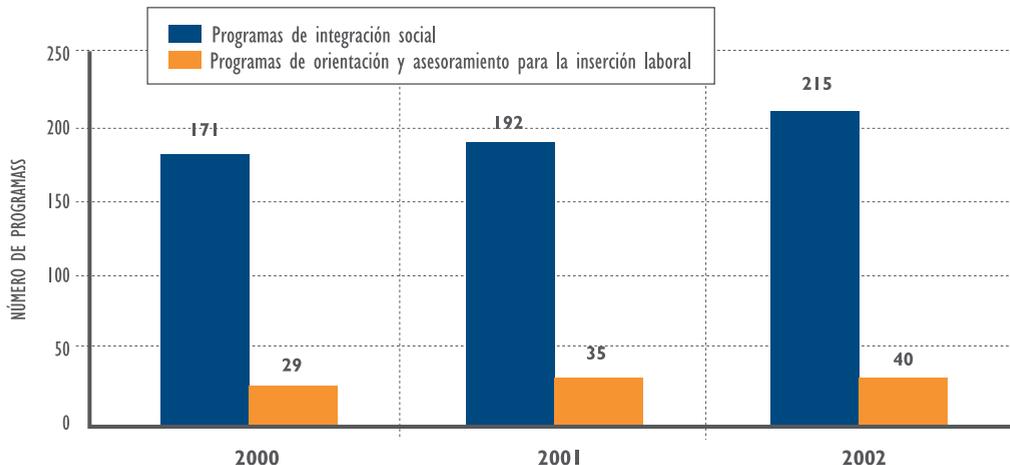
**Servicios Sociales para personas con discapacidad**

Plazas residenciales		Nº de plazas
Graves:		
Gerencia de Servicios Sociales		654
Entidades Locales		465
Entidades privadas sin ánimo de lucro		601
Total plazas residenciales graves		1.720
Moderados:		
Gerencia de Servicios Sociales		123
Entidades Locales		225
Entidades privadas sin ánimo de lucro		1.218
Total plazas residenciales moderados		1.566
Total plazas residenciales		3.286
Plazas en Centros de Día		Nº de plazas
Graves:		
Gerencia de Servicios Sociales		790
Entidades Locales		465
Entidades privadas sin ánimo de lucro		876
Total plazas centros de día graves		2.131
Moderados:		
Gerencia de Servicios Sociales		269
Entidades Locales		388
Entidades privadas sin ánimo de lucro		2.464
Total plazas centros de día moderados		3.121
Total plazas centros de día		5.252
Centros Base de atención a minusválidos		Nº de Centros
Total Castilla y León		9
Viviendas		Nº de Viviendas
Total Castilla y León		78
Centros Especiales de Empleo		Nº de Centros
Total Castilla y León		111

Fuente: Gerencia de Servicios Sociales, Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León

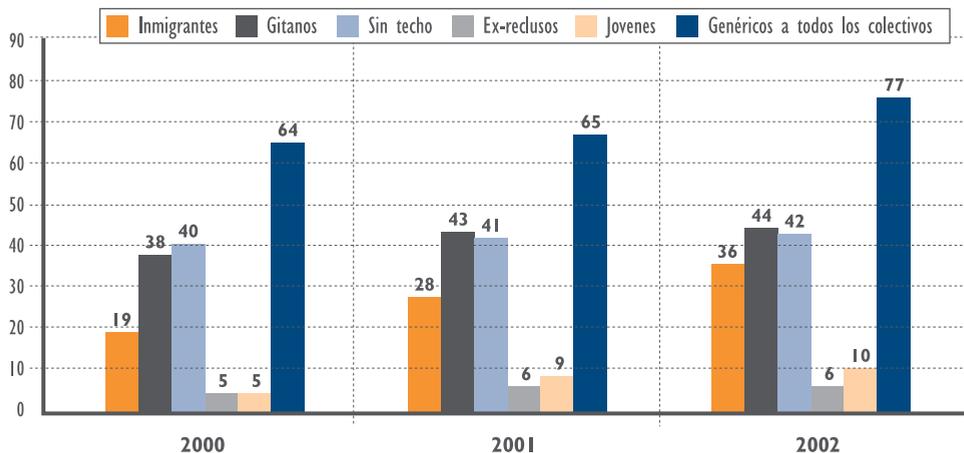


Gráfico 26. Acciones frente a la exclusión social: Castilla y León 2000-2002



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

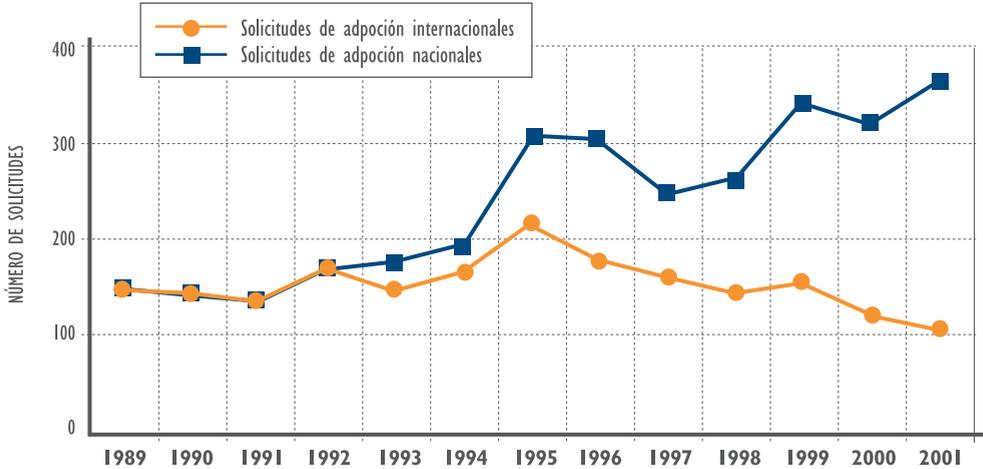
Gráfico 27. Programas de integración de colectivos específicos 2000-2001-2002



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

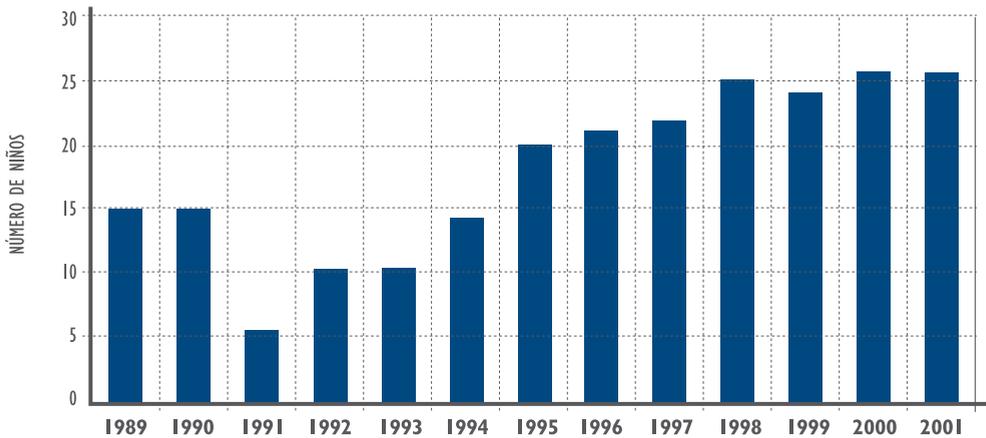
Gráficos 26 y 27: Se muestra la evolución ascendente del número de programas dirigidos a estos colectivos.

Gráfico 28. Solicitudes de adopción en Castilla y León: 1989-2001



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Gráfico 29. Evolución del número de niños adoptados con características especiales: 1985-2001

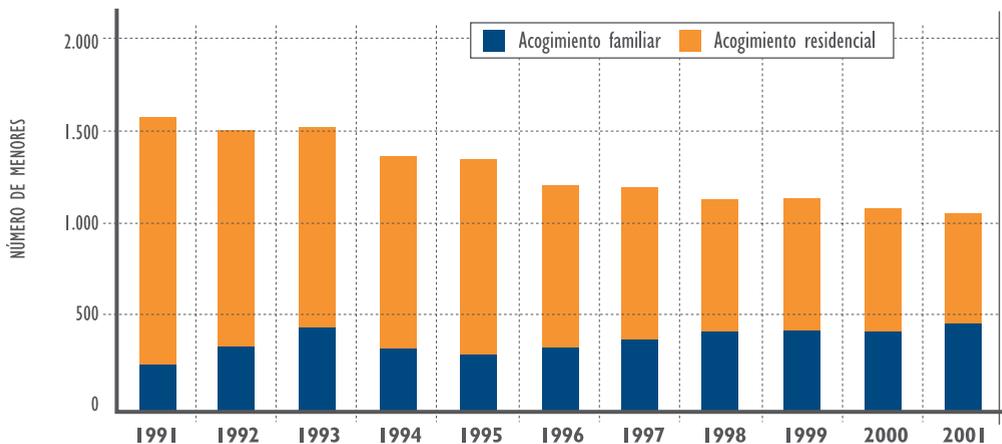


Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Gráficos 28 y 29: Se observa un incremento de las solicitudes de adopción a expensas de las internacionales y una mayor aceptación de niños con características especiales (disfunciones familiares, problemas de salud...).

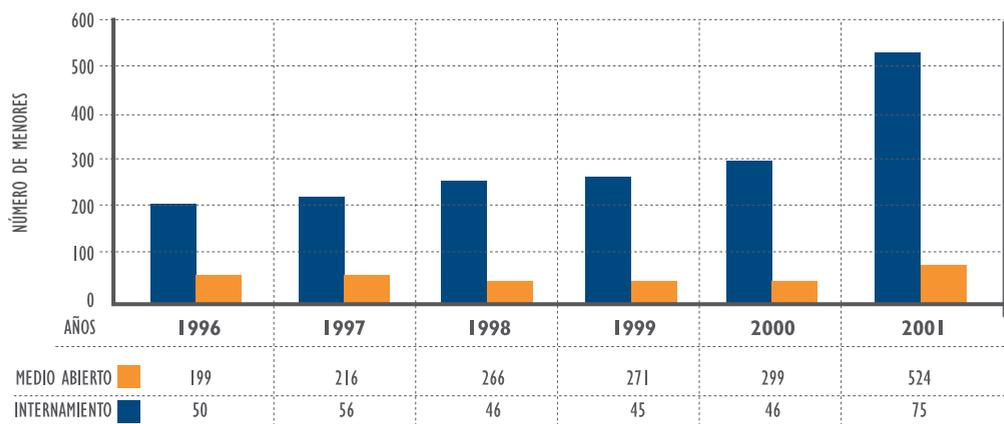


Gráfico 30. Menores en acogida: acogimiento familiar y residencial; evolución 1991-2001



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Gráfico 31. Menores infractores: evolución menores atendidos según medidas: 1996-2001



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Gráficos 30 y 31: Se observa un incremento de la modalidad de acogimiento familiar, así como un incremento de las medidas disciplinarias en medio abierto frente al internamiento.



Planes de los Sistemas de Salud y Acción Social:
programas y objetivos relacionados



Planes de los Sistemas de Salud y Acción Social: programas y objetivos relacionados

Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León

Programa	Objetivos
Vertebración del sistema de acción social	<ul style="list-style-type: none">- Fortalecer el papel de las Entidades Locales (Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos con más de 20.000 habitantes), y reforzar los Servicios Básicos, dispositivo de acceso al Sistema de Acción Social.- Fomentar la cooperación entre los sectores público y privado en el marco de la planificación regional.- Fortalecer, compartir y difundir la identidad del Sistema de Acción Social.- Integralidad: avanzar en la actuación coordinada con otras áreas.- Mejora de la estructura del Sistema a través de la revisión de la legislación vigente.
Adecuación de los recursos a las necesidades	<ul style="list-style-type: none">- Apoyo a la familia.- Inserción laboral de personas con discapacidad, de jóvenes en riesgo de exclusión y perceptores del IMI, y de otros colectivos en situaciones de exclusión.- Garantías de calidad de los servicios y centros.- Información y atención al ciudadano: previniendo la exclusión en el acceso a la información.- Fomento del voluntariado.- Generalización de la planificación de caso.
Gestión del conocimiento como recurso	<ul style="list-style-type: none">- Compartir el conocimiento entre instituciones.- Gestión de la calidad como método de mejora continua.- Nuevas tecnologías: aprovechamiento de las oportunidades que brindan.- I+D y formación, puntas de lanza para la adaptación continua al entorno, la innovación y la mejora.



Plan Regional Sectorial para las personas mayores

Área: prevención

Programa	Objetivos
Promoción del envejecimiento satisfactorio y positivo	<ul style="list-style-type: none"> - Promover hábitos y estilos de vida potenciadores de la salud física de las personas mayores, fomentando especialmente la responsabilidad en el autocuidado. - Desarrollar una actitud positiva hacia la realización de actividades encaminadas al desarrollo de las competencias cognitivas y psicoafectivas de las personas mayores, para una mayor integración activa en su entorno social. - Facilitar la adaptación de los mayores a los cambios que conlleva la jubilación.
Sensibilización ante el envejecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Promover actitudes positivas ante el envejecimiento entre la población, especialmente los jóvenes y menores.

Área: ocio, cultura y participación

Programa	Objetivos
Ocio y cultura	<ul style="list-style-type: none"> - Promover entre los mayores la participación en actividades de ocio activo y creativo como medio de desarrollo personal e integración social. - Motivar a los mayores hacia la participación en actividades culturales como vía de desarrollo personal. - Adaptar la oferta cultural y de ocio a las nuevas demandas y necesidades de las personas mayores.
Promoción de la participación	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la autonomía personal e integración en los mayores, favoreciendo la capacidad de decidir sobre su propio futuro, eligiendo los recursos y dispositivos más adecuados para su desarrollo personal. - Potenciar la presencia de los mayores en los órganos de participación normativamente establecidos, así como la adaptación de éstos, a la nueva realidad del envejecimiento en Castilla y León. - Apoyar el desarrollo de la red asociativa de personas mayores en Castilla y León.



Plan Regional Sectorial para las personas mayores (cont.)

Área: apoyo en el ámbito familiar y comunitario

Programa	Subprograma	Objetivos
Prestaciones básicas y recursos generales para las personas mayores	Prestaciones básicas	<ul style="list-style-type: none">- Incrementar la calidad de vida de las personas mayores, mediante su permanencia en su medio natural el mayor tiempo posible, atendiendo las necesidades mínimas de la vida diaria, con una extensión homogénea de los servicios de ayuda a domicilio- Complementar la atención a las necesidades de la población mayor, favoreciendo su permanencia en el entorno con el impulso de medidas que promuevan la seguridad personal de las personas de edad.- Fomentar la coordinación de los servicios sociales básicos con los específicos, a través del desarrollo de dispositivos de coordinación con la red de centros de acción social, para la atención de la población mayor y sus familias.
	Atención social en centros de día	<ul style="list-style-type: none">- Facilitar el conocimiento social de los servicios prestados por los Centros de Día.- Promocionar hábitos y un estilo de vida que favorezca un envejecimiento saludable y la ocupación activa y creativa del tiempo libre.- Desarrollar actividades específicas para el mantenimiento de las capacidades y autonomía de los usuarios (talleres de rehabilitación, gimnasia, movilidad, terapia ocupacional, cursos de capacitación domiciliaria...)- Facilitar la participación de los mayores en la comunidad y en los propios Centros de Día- Posibilitar el intercambio intergeneracional, a través del conocimiento mutuo.- Fomentar medidas dirigidas a facilitar la accesibilidad de los Centros de Día (transporte adaptado...)



Plan Regional Sectorial para las personas mayores (cont.)

Área: apoyo en el ámbito familiar y comunitario

Programa	Subprograma	Objetivos
Atención a personas mayores dependientes	Estancias diurnas	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsar la actual red de estancias diurnas ampliando los niveles de cobertura, estableciendo prioridades en función de la necesidad detectada con especial atención al mundo rural. - Potenciar los servicios de estancias diurnas para los mayores dependientes, especialmente los afectados por trastornos neurodegenerativos de mal pronóstico y difícil tratamiento, mediante el apoyo técnico y económico a las Asociaciones de Familiares. - Proporcionar a las personas mayores usuarias de las estancias diurnas la atención integral necesaria que contribuya a la mejora de su calidad de vida, evitando la institucionalización innecesaria o no deseada y facilitando la permanencia de las personas mayores dependientes en su entorno habitual. - Facilitar a las familias los recursos personales y comunitarios necesarios que les faciliten la atención de los mayores usuarios de las estancias diurnas. - Homogeneizar la prestación del servicio de estancias diurnas en toda la comunidad así como los estándares de calidad precisos que contribuyan a la mejora del recurso.
	Promoción del apoyo social y respiro familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1: Sensibilizar a la población y potenciar actitudes solidarias ante las necesidades de los mayores dependientes. 2: Promover la defensa de los derechos de los colectivos más vulnerables entre la población mayor, así como medidas que aseguren una vida digna. 3: Apoyar el bienestar psicosocial entre las familias y cuidadores, para superar con éxito las situaciones estresantes, las problemáticas familiares, las limitaciones personales, etc. y otros efectos derivados de la atención continuada al mayor dependiente. 4: Promover el desarrollo de las redes de apoyo social que faciliten la integración y respiro de los cuidadores. 5: Facilitar el acceso de los familiares a los recursos sociales y sanitarios básicos. 6: Favorecer el respiro familiar, promoviendo recursos y medios de atención a las personas mayores dependientes en periodos determinados y limitados de tiempo (estancias temporales en centros residenciales y otras con finalidades específicas: fines de semana, nocturnas, vacaciones, estancias por convalecencia...)
	Mejora de la accesibilidad y ayudas técnicas	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la sensibilización social sobre la importancia de la accesibilidad en todos los órdenes como vía para facilitar la calidad de vida de las personas mayores. - Facilitar la accesibilidad de las personas mayores, con problemas de movilidad, al entorno urbano y a los edificios de uso público, en especial los centros de personas mayores. - Conseguir que el domicilio de las personas mayores reúna las condiciones de accesibilidad y habitabilidad necesarias que faciliten su desenvolvimiento. - Favorecer la autonomía de las personas mayores discapacitadas facilitando la adquisición de ayudas técnicas. - Potenciar entre los profesionales del sector el conocimiento actualizado en materia de accesibilidad y ayudas técnicas.



Plan Regional Sectorial para las personas mayores (cont.)

Área: alojamiento y convivencia

Programa	Subprograma	Objetivos
Centros residenciales	Mantenimiento de cobertura, acceso a plazas residenciales y reconversión de plazas de válidos a asistidas	<ul style="list-style-type: none">- Consolidar la amplia red residencial existente en Castilla y León, manteniendo una tasa de cobertura igual o superior al 5% de las plazas residenciales, de acuerdo con el objetivo marcado por OMS, desarrollando los mecanismos que garanticen un desarrollo homogéneo en la Comunidad según las necesidades.- Incrementar el número de plazas residenciales públicas para personas mayores asistidas.- Facilitar el acceso a un Centro Residencial a aquellas personas mayores con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y que no puedan hacer uso de aquellos recursos existentes en su entorno habitual.- Conseguir que los Centros Residenciales de Personas Mayores cuenten con la infraestructura necesaria adecuada a la normativa vigente, de forma que los residentes reciban unos servicios de calidad en condiciones acordes con su dignidad personal, mediante ayudas económicas tanto a las Entidades Públicas como a las Entidades Privadas sin ánimo de lucro, titulares de estos centros.
	Mejora de la calidad en la atención residencial	<ul style="list-style-type: none">- Determinar los estándares mínimos de calidad en la atención residencial.- Favorecer en los Centros Residenciales unas condiciones arquitectónicas y físicas que respondan a las necesidades de las Personas Mayores, así como los recursos materiales y humanos necesarios para garantizar una atención de calidad a los residentes.- Ofrecer al usuario la atención directa, integral e individualizada que precisa en cada momento, en función de sus necesidades.- Asegurar un adecuado nivel de calidad en los centros residenciales, tanto públicos como privados.- Promover una gestión de los centros residenciales adaptada a la evolución del envejecimiento en Castilla y León.- Favorecer la participación del usuario en el control de la calidad del servicio residencial.
	Estancias temporales	<ul style="list-style-type: none">- Estudio y regulación de las estancias temporales, como recurso de apoyo a las personas mayores y de respiro familiar.- Ofertar una red de estancias temporales, que facilite el acceso ágil de los usuarios al recurso, en toda la Comunidad.- Desarrollar canales eficaces de información y difusión que facilite el acceso al recurso a las personas que lo necesiten.



Plan Regional Sectorial para las personas mayores (cont.)

Área: alojamiento y convivencia

Programa	Subprograma	Objetivos
Alojamientos alternativos	Alojamientos compartidos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover actitudes y valores de solidaridad entre los mayores y personas de otras generaciones, fomentando experiencias de convivencia. - Conocer la incidencia de estos programas en la mejora de la calidad de vida de los mayores y en la promoción de la solidaridad intergeneracional.
	Acogimiento familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer las bases para el desarrollo de una experiencia piloto, a través del estudio de los aspectos técnicos, legales y financieros del programa - Fomentar la visión positiva de la ancianidad en la sociedad, proponiendo el acogimiento familiar de personas mayores como forma de enriquecimiento personal y solidaridad intergeneracional. - Ofrecer a la persona mayor la posibilidad de rehacer un entorno socio-familiar que se asemeje al que tuvo en su trayectoria vital y que le ofrezca una atención más personalizada que la que se ofrece en el ámbito institucional y a las familias acogedoras el apoyo preciso para realizar con eficacia el acogimiento. - Facilitar a los profesionales que participen en la experiencia el acceso a los conocimientos, técnicas y procedimientos que les permitan desarrollar con eficacia su labor. - Conocer el impacto del programa, mediante el estudio de las experiencias piloto que se desarrollen.

Área: formación e investigación

Programa	Objetivos
Formación	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la participación de los profesionales del sector, en actividades formativas e informativas que permita el reciclaje técnico y el acceso a conocimientos actualizados que garanticen una intervención de calidad con las Personas Mayores. - Promover la participación de los propios mayores y de los familiares y otros agentes sociales implicados, en actividades de formación que permita la mejora de la calidad de vida de los mayores.
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el conocimiento de la realidad de las personas mayores en Castilla y León, en todas sus dimensiones mediante la recogida sistemática y con criterios unificados de información. - Promover el desarrollo de investigaciones y estudios específicos sobre las Personas Mayores de Castilla y León en el ámbito de la acción social.



Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad

Área: información

Programa	Objetivos
Información sobre discapacidad	<ul style="list-style-type: none">- Cubrir las demandas de información de las personas con discapacidad y sus familiares.- Proporcionar a la sociedad información sobre discapacidad mediante un sistema que permita el acceso al material documental disponible y su difusión entre los informadores principales.- Mejorar la imagen social de las personas con discapacidad y promover la sensibilización sobre sus necesidades.- Facilitar la integración socio-laboral de las personas con discapacidad proporcionando información actualizada sobre los recursos disponibles.
Accesibilidad a la información	<ul style="list-style-type: none">- Garantizar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de información.

Área: prevención

Programa	Objetivos
Prevención de deficiencias congénitas y adquiridas	<ul style="list-style-type: none">- Disminuir la incidencia de deficiencias derivadas de situaciones de riesgo prenatal, perinatal y socio-ambiental.- Disminuir la incidencia de las deficiencias derivadas de accidentes domésticos, de tráfico, deportivos y laborales.
Atención temprana	<ul style="list-style-type: none">- Desarrollar un modelo de detección y respuesta rápida en niños con discapacidad o riesgo de padecerla, con especial incidencia en la etapa de 0 a 3 años.- Garantizar la atención precoz de niños de 0 a 3 años con problemas en el desarrollo.- Proporcionar apoyo a las familias con niños con discapacidad o alto riesgo de padecerla.



Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad (cont.)

Área: educación

Programa	Objetivos
Educación infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar atención educativa a los niños de 0 a 3 años con graves discapacidades. - Prestar atención educativa a niños de 0 a 3 años con discapacidad en un medio escolar integrado. - Garantizar el adecuado acceso de los niños de 3 años al 2.º ciclo de Educación Infantil. - Extender la experiencia de las Aulas Madurativas en centro ordinario al 2.º ciclo de Educación Infantil. - Prestar atención educativa a niños de 3 a 6 años en un medio escolar integrado.
Educación obligatoria	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar la planificación institucional y optimizar los recursos en relación con los alumnos con discapacidad. - Atender a los alumnos con graves discapacidades y alteraciones de comportamiento. - Dar una respuesta a las necesidades de los alumnos con discapacidad que tienen mayores dificultades de integración.
Educación post-obligatoria	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la plena integración y el aprovechamiento académico de los alumnos con discapacidad en los estudios de Bachillerato y en los de Formación Profesional. - Proporcionar a los jóvenes una Formación Profesional a través de los programas de Garantía Social que les prepare para la inserción laboral en puestos de trabajo acordes con sus capacidades, tanto en centros ordinarios como en centros especiales de empleo y ocupacionales. - Facilitar la atención educativa adecuada a los alumnos con graves discapacidades a través de los distintos programas de Transición a la Vida Adulta. - Mejorar la calidad de la atención a los alumnos con discapacidad ampliando los recursos técnicos disponibles.
Educación universitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar el acceso en igualdad de oportunidades a los estudios universitarios de los alumnos con discapacidad. - Garantizar que todos los universitarios con discapacidad cursen sus estudios en igualdad de oportunidades. - Facilitar el tránsito a la vida universitaria de los estudiantes con discapacidad.



Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad (cont.)

Área: integración laboral

Programa	Objetivos
Medidas preparatorias	<ul style="list-style-type: none">- Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a la formación que permita su incorporación al mundo laboral.- Fomentar el desarrollo de habilidades prelaborales en las personas con graves discapacidades, psíquicas o físicas.- Modificar las actitudes sobre las posibilidades laborales de las personas con discapacidad en los empleadores públicos y privados.- Facilitar servicios de orientación y asesoramiento en materia de inserción laboral, dirigidos a servir de intermediación entre la persona con discapacidad y el mercado de trabajo.- Promover la coordinación entre los responsables en materia de empleo.
Fomento del empleo normalizado	<ul style="list-style-type: none">- Fomentar la inserción laboral de las personas con discapacidad en el sector público.- Fomentar la inserción laboral de las personas con discapacidad en la empresa ordinaria.- Promover el autoempleo de las personas con discapacidad como fórmula de inserción laboral.
Fomento del empleo protegido: empleo con apoyo	<ul style="list-style-type: none">- Impulsar la incorporación al mundo laboral a personas con discapacidad con especiales necesidades de apoyo.- Facilitar en las personas con discapacidad la adquisición de las habilidades adaptativas que favorezcan el mantenimiento del empleo.
Fomento del empleo protegido: centros especiales de empleo	<ul style="list-style-type: none">- Impulsar el empleo protegido para personas con especiales dificultades de incorporación al mercado de trabajo, a través de Centros Especiales de Empleo.- Facilitar la transición de los trabajadores de Centros Especiales de Empleo al empleo ordinario.

Área: desarrollo personal y ocupacional

Programa	Objetivos
Atención integral a personas con discapacidad	<ul style="list-style-type: none">- Mejorar la calidad de vida en las personas con discapacidad, a través de la adecuación de programas de actividades en régimen de Centro de Día, basado en el conocimiento de sus necesidades y destinados a aquellas personas que no puedan beneficiarse de los recursos comunitarios.- Favorecer la adecuación de los servicios de Centro de Día a las necesidades cambiantes de las personas con discapacidad y su entorno, a través de la adaptación de estructuras y la transición entre servicios.- Favorecer la participación de las personas con discapacidad en actividades de día enmarcadas en el ámbito comunitario.



Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad (cont.)

Área: vivienda

Programa	Objetivos
Vivienda en el medio familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer y promover que las personas con discapacidad puedan residir donde deseen y con quien deseen. - Favorecer que la persona con discapacidad pueda residir en su entorno socio-familiar el mayor tiempo posible.
Viviendas alternativas	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de vivienda integrados en la comunidad. - Desarrollar redes de apoyo formal e informal para la integración social de las personas usuarias de servicios de vivienda. - Proporcionar plazas de hogar-residencia para las personas con discapacidad que lo precisen, por no ser posible su atención a través de otros recursos.

Área: apoyo a familias

Programa	Objetivos
Información orientación y asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar a las familias y profesionales la información y orientación necesarias. - Favorecer la formación de familias y profesionales implicados en el apoyo a las familias.
Respiro familiar y apoyo a familias	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar a las familias los apoyos necesarios para la adecuada atención a las personas con discapacidad. - Mejorar la calidad de los servicios de apoyo a familias promoviendo su coordinación. - Cubrir las necesidades de apoyo que se producen en situaciones de emergencia. - Mantener y fortalecer vínculos entre la familia y las personas ingresadas en centros residenciales.
alternativas a la familia	<ul style="list-style-type: none"> - Promover y garantizar el apoyo y derechos de aquellas personas con discapacidad que no tienen familia o que, teniéndola, no puede atenderlos.



Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad (cont.)

Área: participación comunitaria

Programa	Objetivos
Ocio	<ul style="list-style-type: none">- Facilitar la participación libre y voluntariamente elegida de las personas con discapacidad en actividades de ocio.- Fomentar las actividades de ocio encaminadas a procurar la satisfacción personal.- Intensificar la participación de las personas con discapacidad en actividades de ocio desarrolladas en la comunidad.- Promover la participación de las personas con discapacidad en actividades de ocio con independencia del nivel de afectación.- Orientar la finalidad de los centros y servicios de ocio específicos para personas con discapacidad como agentes intermediadores para el ocio comunitario.
Participación social y asociacionismo	<ul style="list-style-type: none">- Promover la participación de las personas con discapacidad en los distintos ámbitos de la vida social.- Facilitar la participación de las personas con discapacidad y sus familias en el movimiento asociativo del sector.- Mejorar la cobertura de las necesidades y el aprovechamiento de los recursos a través de la coordinación institucional.- Articular órganos de intermediación entre la Administración Pública y las entidades del sector.
Voluntariado	<ul style="list-style-type: none">- Promover la acción voluntaria en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad.- Aumentar la eficacia de la acción voluntaria a través de la coordinación.- Promover la participación como voluntarios de las personas con discapacidad.

Área: accesibilidad y ayudas técnicas

Programa	Objetivos
Accesibilidad urbanística y arquitectónica	<ul style="list-style-type: none">- Posibilitar el pleno acceso a los edificios y lugares de uso público a todos los ciudadanos y en particular de aquellas personas que tengan algún tipo de discapacidad, ya sea psíquica, física o sensorial.- Mejorar el nivel de información sobre la situación y los problemas relacionados con la accesibilidad.
Accesibilidad en el transporte y la comunicación	<ul style="list-style-type: none">- Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a los medios de transporte y a los sistemas de comunicación, que permitan su libre desplazamiento y el acceso a cualquier tipo de información.
Ayudas técnicas	<ul style="list-style-type: none">- Promover la autonomía de las personas con discapacidad favoreciendo su movilidad y participación en la vida social y económica a través de las ayudas técnicas.



Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad (cont.)

Área: formación e investigación

Programa	Objetivos
Formación	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar a los profesionales que puedan tener relación con las personas con discapacidad una formación continuada y actualizada en todas las materias relativas a este ámbito. - Facilitar a las familias la formación necesaria para que todos sus miembros puedan mejorar la calidad de vida y que las personas con discapacidad puedan permanecer en su entorno natural.
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el conocimiento sobre aspectos socio-demográficos y de prevalencia de la discapacidad que nos permitan conocer los cambios que se producirán a medio plazo en las necesidades de las personas afectadas. - Disponer de un marco común en torno a los nuevos conceptos de discapacidad y calidad de vida, y las exigencias de su desarrollo. - Favorecer la relación entre investigadores y personas implicadas en el desarrollo de proyectos en materia de discapacidad y el acceso a sus resultados. - Disponer de medios tecnológicos innovadores para favorecer la autonomía y el desarrollo de las personas con discapacidad.

Área: intervenciones individualizadas de carácter temporal

Programa	Objetivos
Intervenciones individualizadas de carácter temporal	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la rehabilitación integral de la persona con discapacidad en su propio medio.
Programa individualizado de rehabilitación e inserción de lesionados medulares	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar a los lesionados medulares una rehabilitación integral. - Impulsar la reestructuración de la dinámica familiar e integración social de los lesionados medulares. - Favorecer que los lesionados medulares alcancen una integración laboral lo más completa posible.
Programa individualizado de intervención para personas con daño cerebral	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar un proceso rehabilitador integral. - Facilitar apoyo y asesoramiento a las familias con el fin de dotarlas de recursos para afrontar la situación. - Favorecer la integración laboral u ocupacional. - Fomentar la integración comunitaria.



Plan Regional Sectorial de Protección y Atención a la Infancia

Área: promoción y prevención

Programa	Objetivos
De promoción de los derechos de la infancia	<ul style="list-style-type: none">- Proporcionar un mayor conocimiento entre los profesionales, los padres, los niños y en la sociedad en general de los derechos de la infancia recogidos en la legislación española y en los tratados internacionales, para generar una sensibilidad social hacia la promoción y defensa de los mismos.- A fin de alcanzar el mayor conocimiento del nivel de cumplimiento de los derechos de la infancia en la Comunidad Autónoma, se analizarán aquellos aspectos de esta aplicación que deben ser mejorados.
De prevención de la marginación infanto-juvenil	<ul style="list-style-type: none">- Propiciar Programas de Prevención primaria y acciones integrales que mejoren la calidad de vida de la infancia, orientando su adecuado desarrollo personal actuando sobre la población general y sobre grupos de riesgo.

Área: protección

Programa	Objetivos
De investigación, evaluación y toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none">- Detectar a todos aquellos niños que precisen protección, facilitando y apoyando la notificación de cualquier situación de maltrato o abandono que se conozca.- Garantizar que en todos los casos notificados de posibles situaciones de desprotección, que sean atendidos por las Secciones de Protección a la Infancia, se realicen las investigaciones y/o evaluaciones preceptivas, de acuerdo al procedimiento y a los plazos establecidos. Así como garantizar que todo niño protegido cuente con un plan de caso individualizado, en el que se hayan tenido en cuenta sus necesidades específicas.
De apoyo a familias	<ul style="list-style-type: none">- Desarrollar Programas de preservación familiar mediante acciones integrales que compensen los déficit o situaciones de riesgo de niños y jóvenes que puedan afectar a su desarrollo integral y evitar así situaciones de desamparo que hagan necesaria la separación del niño de su familia.- Posibilitar que los niños separados de sus familias para los que se prevé un regreso con ella retornen a la familia de la que han sido separados previamente a través de la medida de apoyo a la familia ofreciéndoles en cada caso la atención más adecuada y pertinente.
De acogimientos familiares	<ul style="list-style-type: none">- Garantizar que todos los acogimientos que se realicen, ya sean con familia extensa o con familia ajena, se van a realizar en las condiciones más óptimas, cumpliendo para ello con todos los requisitos técnicos y administrativos necesarios.- Ampliar la captación, formación y apoyo a todas las familias acogedoras, ya sea familia extensa o ajena del niño, proporcionándoles habilidades y recursos para hacer frente a las necesidades específicas de los niños de protección, y así reducir el número de acogimientos interrumpidos y el aumento del número de familias acogedoras.



Plan Regional Sectorial de Protección y Atención a la Infancia (cont.)

Área: protección

Programa	Objetivos
De centros residenciales	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la calidad de la intervención educativa con los niños que se encuentran en acogimiento residencial. - Ajustar la proporción y tipología de los dispositivos residenciales a las necesidades reales de los niños y jóvenes acogidos, al mismo tiempo que se optimizan la organización y estructuras, tanto arquitectónicas como funcionales, de los centros de protección a la infancia.
De adopción nacional e internacional	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar que a todos los niños para los cuales la adopción es la mejor alternativa, ya sean de nuestra Comunidad o de otros países si se trata de adopciones internacionales, se les proporcione familias idóneas y suficientemente formadas y preparadas como para hacer frente a sus necesidades. - Garantizar que todas las familias solicitantes de adopción, tanto de carácter nacional como internacional, reciban una adecuada información que les ayude en su toma de decisiones, a la vez que se les garantice la máxima calidad y celeridad en el procedimiento.

Área: apoyo a jóvenes mayores de 18 años para la vida independiente

Programa	Objetivos
Apoyo para la vida adulta	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer recursos, programas y ayudas que faciliten la integración sociolaboral de los jóvenes mayores de 18 años que hayan estado bajo la Guarda de la Administración mediante expediente de protección vinculados a los Servicios Sociales de nuestra Comunidad Autónoma.

Área: menores infractores

Programa	Objetivos
Ejecución de medidas judiciales impuestas a menores de edad infractores	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución de las medidas judiciales impuestas a menores infractores dotándolas de la orientación socioeducativa prevista por la Ley. - Consolidación de la red de dispositivos creados y mejora de la calidad de servicios. - Adaptación a la nueva Ley 5/2000, en cumplimiento de su disposición final séptima, Pto. 2, para la adecuada ejecución de las funciones que otorga a las Comunidades Autónomas con competencias en protección y reforma.
Prevención y apoyo a la reinserción social de jóvenes en conflicto social	<ul style="list-style-type: none"> - Dar respuesta a las necesidades de los menores en conflicto social mediante el desarrollo de proyectos de intervención que favorezcan la adaptación del joven a unas condiciones de vida normalizadas, como prevención de la delincuencia juvenil. - Inserción social eficaz de jóvenes en conflicto social y/o con problemas de conducta a través de la preparación sociolaboral e integración con recursos sociales normalizados.



Plan Regional Sectorial de Acciones frente a la Exclusión Social

Área: información y orientación

Programa	Objetivos
Información y orientación a lapoblación en situación o riesgo de exclusión	<ul style="list-style-type: none">- Cubrir las demandas individuales y colectivas de información y orientación prestando la atención más adecuada y concreta en cada caso a las personas afectadas por problemas de exclusión.- Detectar nuevas necesidades de información y orientación para mejorar la respuesta a estas demandas.

Área: protección a través de mínimos garantizados para la inserción

Programa	Objetivos
Programa de medidas básicas para la inserción social	<ul style="list-style-type: none">- Asegurar los ingresos mínimos necesarios para la subsistencia (Ingreso Mínimo de Inserción), así como el establecimiento de medidas complementarias de apoyo a través del Plan individualizado de inserción (PII) que contemple la corresponsabilidad de los beneficiarios.- Conocer las características de los perceptores de IMI y su evolución en el programa con el fin de revisar y proponer medidas adecuadas que orienten a los profesionales implicados.- Prestar apoyo económico puntual a las familias en situaciones de emergencia para evitar un mayor deterioro y mejorar su bienestar.

Área: promoción personal e integración social

Programa	Objetivos
Promoción personal e integración social	<ul style="list-style-type: none">- Incrementar la competencia personal y social para facilitar la integración de las personas destinatarias de este plan.- Ayudar a regularizar su situación a personas afectadas en procesos de exclusión.- Capacitar a la familia para que actúe como fuente de apoyo en la mejora de la autoestima, seguridad y motivación para la integración social, teniendo en cuenta los recursos y aptitudes de la propia familia para hacer frente a sus problemas.



Plan Regional Sectorial de Acciones frente a la Exclusión Social (cont.)

Área: promoción e inserción sociolaboral

Programa	Objetivos
Orientación y asesoramiento para la inserción sociolaboral de colectivos excluidos	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información, orientación y asesoramiento especializado para el acceso al mercado laboral de personas o colectivos con especiales dificultades.
Formación ocupacional para la inserción sociolaboral	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar nuevas oportunidades de empleo para generar acciones formativas. - Mejorar la cualificación profesional de las personas en situación o riesgo de exclusión y adaptarla a las nuevas oportunidades.
Apoyo a la contratación y mantenimiento en el empleo de personas en situación o riesgo de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer oportunidades de contratación de personas en situación o riesgo de exclusión a través de apoyo técnico y económico. - Potenciar la utilización de nuevas fórmulas de acceso al mundo laboral específicas para este colectivo. - Sensibilizar y estimular a las Entidades Locales y empresas sobre la necesidad de su colaboración en la inserción socio-laboral de perceptores de IMI o de personas en otras situaciones análogas.

Área: vivienda

Programa	Objetivos
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer las necesidades de vivienda o alojamiento de las personas en situación o riesgo de exclusión social. - Promover el acceso a un alojamiento digno de las personas y colectivos en situación o riesgo de exclusión.

Área: intervención específica con la minoría étnica gitana

Programa	Objetivos
Programa para el desarrollo de la población gitana	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la imagen social de la población gitana a través de una difusión de la realidad de este colectivo, resaltando sus valores con respecto a la familia, las personas mayores, etc. y la sensibilización social sobre sus derechos y necesidades. - Favorecer el acceso de este colectivo al mundo laboral desde un enfoque adaptado a sus necesidades específicas. - Contribuir al desarrollo de hábitos saludables y actitudes preventivas. - Promover la normalización y regularización educativa de la población gitana en edad escolar. - Promover el asociacionismo y la participación social de la Comunidad Gitana.



Plan Regional Sectorial de Acciones frente a la Exclusión Social (cont.)

Área: acción integral con personas y familias en contextos desfavorecidos

Programa	Objetivos
Programas territoriales integrales frente a la pobreza y la exclusión social	<ul style="list-style-type: none">- Mejorar las condiciones de bienestar e inserción socio-laboral de las personas y familias en situación o riesgo de exclusión de ámbitos rurales desfavorecidos o áreas urbanas empobrecidas.

Área: sensibilización social y fomento del voluntariado

Programa	Objetivos
Sensibilización social y fomento del voluntariado	<ul style="list-style-type: none">- Favorecer la sensibilización de la población sobre las necesidades de las personas en situación de desventaja social y sobre las acciones que se ponen en marcha.- Prevenir comportamientos racistas, xenófobos, violentos o de intolerancia que dificultan la integración de colectivos.- Fomentar en el ámbito de la Administración Pública y Entidades Privadas la necesidad de colaborar en una adecuada atención a las necesidades de estos colectivos.- Promover el desarrollo asociativo y del voluntariado para la atención a los sectores más desfavorecidos y para el fomento de la tolerancia y la solidaridad.

Área: formación e investigación

Programa	Objetivos
Formación Investigación	<ul style="list-style-type: none">- Facilitar la formación continuada de los profesionales y responsables institucionales implicados en este plan para lograr un mejor desempeño de sus funciones.- Potenciar la sistematización de conocimientos y experiencias en materia de exclusión social que permita ampliar la información y la formación al respecto.- Aumentar el conocimiento sobre los procesos de exclusión social en el territorio autonómico y sobre las metodologías de intervención más idóneas.- Promover oportunidades de debate e intercambio de experiencias sobre metodologías de investigación o de intervención relacionadas con la exclusión social.



Objetivos Generales del II Plan de Salud de Castilla y León

Respecto de los Servicios Sanitarios

- Adecuación del sistema sanitario público a la realidad social, demográfica, epidemiológica y económica para la mejora de la calidad, equidad y eficiencia de los servicios que preste.

Respecto de los Servicios de Atención Primaria

- Oferta de una atención integral orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el acercamiento de los servicios sanitarios a la población.

Respecto de los Servicios de Atención Especializada

- Oferta de servicios suficientes para cubrir las demandas de asistencia.



Estrategia Regional contra el Cáncer

LÍNEA ESTRATÉGICA 1:

Evitar la aparición de nuevos casos de cáncer. prevención primaria.

Impulsar actuaciones de prevención de inicio del consumo y de deshabituación del tabaco

- Establecimiento de programas universales de prevención del consumo de tabaco en los centros educativos.
- Desarrollo de programas de prevención familiar del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Vigilancia del cumplimiento de la legislación vigente en materia de publicidad, promoción, venta y consumo de tabaco.
- Inclusión de actividades de detección, consejo, seguimiento e intervención en la cartera de servicios de Atención Primaria, sustentadas en programas, protocolos y guías para el abordaje del tabaquismo.
- Desarrollo de programas de tratamiento especializado del tabaquismo.
- Colaboración con servicios de prevención de mutuas y/o empresas para la implantación de programas de prevención y deshabituación tabáquica en el ámbito laboral.

Promover la capacitación de la población para optar por otros estilos de vida no carcinogénicos y la protección de la salud

- Información a la población sobre los principales factores de riesgo del cáncer y medidas de prevención, mediante la difusión del Código Europeo contra el Cáncer.
- Impulso de actividades de educación para la salud (Eps) en centros educativos y en la comunidad.
- Inclusión de actividades de prevención y promoción de la salud en la cartera de servicios de Atención Primaria, dentro de los servicios de atención al joven (nuevo servicio) y de atención al adulto y anciano, sustentadas en programas, protocolos y guías.
- Desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud en los centros de trabajo. Potenciar la captación para la participación de la población diana en los programas de detección precoz del cáncer relacionado con el medio laboral.
- Actuaciones de protección de la salud, destinadas a controlar la presencia de agentes carcinogénicos en el medio ambiente (laboral, natural y doméstico) y los alimentos.



Estrategia Regional contra el Cáncer (cont.)

LÍNEA ESTRATÉGICA 2:

Detectar el cáncer precozmente. Prevención Secundaria

<p>Mejora de calidad y cobertura del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de un plan de mejora de calidad del PDPCM, que incluya los procedimientos para la mejora de calidad de sus actividades, basados en criterios de adecuación y eficiencia bajo la mejor evidencia científica disponible. - Difusión y aplicación del plan de mejora de calidad a través del desarrollo de guías y protocolos del PDPCM en Atención Primaria y Especializada y de la adecuación de las actividades incluidas en la cartera de servicios. - Impulso de las comisiones de seguimiento del PDPCM en cada Área de Salud, con revisión de sus actividades e inclusión de todos los niveles asistenciales y preventivos implicados, para la mejora de la coordinación y disminución de tiempos de espera. - Puesta en marcha de, al menos, una unidad mamográfica fija del PDPCM en cada Área de Salud y actualización de las unidades mamográficas móviles, para garantizar la oferta de mamografías cada 24 meses a la población diana, cumpliendo los criterios establecidos en el plan de mejora de calidad. - Establecimiento de un sistema de información, captación y citación que permita una participación en el PDPCM superior al 70% de la población diana. - Desarrollo de Unidades de Consejo Genético (UCG) y derivación a éstas de los casos que reúnan los requisitos señalados en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama Hereditario.
<p>Mejora de calidad y cobertura del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino (PDPCCU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de un plan de mejora de calidad del PDPCCU que incluya los procedimientos para la mejora de calidad de sus actividades, basados en criterios de adecuación y eficiencia bajo la mejor evidencia científica disponible. - Difusión y aplicación del plan de mejora de calidad a través del desarrollo de guías y protocolos del PDPCCU en Atención Primaria y Especializada y de la adecuación de las actividades incluidas en la cartera de servicios. - Establecimiento de un sistema de captación y citación que permita una participación en el PDPCCU superior al porcentaje de población diana que se establezca en el plan de mejora de calidad para que el programa sea efectivo. - Implantación del PDPCCU en el 100% de las Zonas Básicas de Salud. - Desarrollo de actividades de información y educación para la salud en relación con los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino y sus medidas de prevención.
<p>Impulsar actuaciones de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal en Población de Alto Riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de un protocolo de detección precoz de cáncer colorrectal en población de alto riesgo de acuerdo a los resultados de la investigación y la evidencia científica disponible, con implicación de los diferentes niveles asistenciales. - Inclusión entre las actividades de prevención y promoción de la salud del adulto sano de la cartera de servicios de Atención Primaria, de actuaciones de búsqueda activa de sujetos con factores de riesgo y oferta de test de cribado, sustentadas en el protocolo.



Estrategia Regional contra el Cáncer (cont.)

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Curar el cáncer. Asistencia Oncológica

Garantizar una oferta adecuada a las necesidades de la población para la atención del cáncer en la Comunidad Autónoma.

- Dotación de recursos humanos en los servicios de Oncología Médica adecuados a las necesidades asistenciales, en cada una de las áreas sanitarias.
- Dotación de Servicios de Oncología Radioterápica de acuerdo a los estándares y necesidades asistenciales.
- Impulso del plan de dotación de alta tecnología para la Comunidad Autónoma, tendiendo a la autosuficiencia del sistema.
- Establecimiento de unidades específicas de refuerzo para el abordaje de tumores óseos, oncohematología y cáncer infantil.
- Creación de unidades multidisciplinarias oncológicas y establecimiento de servicios de referencia para el abordaje de determinados tipos de tumores.
- Reducción de los tiempos de espera para el diagnóstico y tratamiento.

Impulsar actuaciones de mejora de calidad en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos oncológicos

- Elaboración de protocolos y guías clínicas para la derivación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de forma coordinada entre Atención Primaria y Especializada, en todas las áreas de salud.
- Impulso de las comisiones de tumores en todos los hospitales de la comunidad
- Implantación y certificación de programas de garantía de calidad en los servicios de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear de los hospitales Públicos y centros privados concertados.
- Redacción de un plan de acogida y de apoyo psicológico diferenciado para el paciente oncológico y sus familiares.
- Creación de grupos focales de participación de los pacientes oncológicos y sus familiares para la mejora de la asistencia.



Estrategia Regional contra el Cáncer (cont.)

**LÍNEA ESTRATÉGICA 4:
Mejorar la calidad de vida del enfermo de cáncer.
Prevención Terciaria y Cuidados Paliativos**

Impulsar el desarrollo de redes y grupos de apoyo para la mejora de la calidad de vida del enfermo de cáncer

- Conocer las expectativas y satisfacción de ciudadanos y profesionales en relación con los servicios de apoyo en las perspectivas biológica, psicológica y social.
- Establecimiento de convenios de colaboración con asociaciones, entidades y organizaciones sin ánimo de lucro para el apoyo al enfermo oncológico.
- Elaboración y difusión de un catálogo con la oferta de los diferentes grupos de apoyo al enfermo oncológico.

Garantizar una oferta adecuada, en calidad y cobertura, a las necesidades de Cuidados Paliativos en todas las Áreas de Salud de Castilla y León

- Impulso de la capacitación e implicación de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria en el ámbito de cuidados paliativos.
- Implantación de estructuras coordinadas de apoyo que puedan ser requeridas por Atención Primaria para la colaboración en la prestación de cuidados paliativos en todas las Áreas de Salud de Castilla y León.
- Elaboración de guías de práctica clínica coordinadas entre Atención Primaria y Especializada para el manejo de los síntomas en los cuidados paliativos del enfermo oncológico avanzado.
- Inclusión en la cartera de servicios de Atención Primaria de un servicio de atención al cuidador familiar en la comunidad.



Estrategia Regional contra el Cáncer (cont.)

LÍNEA ESTRATÉGICA 5:
Aumentar nuestro conocimiento del cáncer.
Sistemas de Información, Investigación y Formación

Mejorar la calidad y cobertura en los sistemas de información sobre cáncer

- Implantación de registros provinciales de incidencia de tumores en dos Áreas de Salud.
- Implantación de un registro autonómico de tumores infantiles.
- Desarrollo e implantación de medidas de mejora de calidad en el registro de cánceres ginecológicos y de mama.
- Desarrollo e implantación de medidas de mejora de calidad en la elaboración de las estadísticas de mortalidad por causa de defunción.
- Elaboración de estudios de morbilidad y/o atención del cáncer a través de la red de médicos centinelas.
- Desarrollo de otros sistemas de información en relación con factores de riesgo del cáncer: Sistema de Información en Salud Laboral (SISAL) y Encuesta de Dieta Total.

Promover el desarrollo de líneas de investigación prioritarias en la mejora de las actuaciones de Prevención y Atención Oncológica de la Población de Castilla y León

- Realización de convocatorias anuales de ayudas para proyectos de investigación biomédica.
- Impulso de la coordinación del Centro de Investigación del Cáncer (CIC) con el sistema sanitario, especialmente en las áreas de diagnóstico genético y estudio del cáncer familiar, banco de tumores y programas de genómica y proteómica.
- Establecimiento de convenios de colaboración con centros de investigación oncológica de reconocido prestigio en el ámbito regional, nacional e internacional.
- Promoción de la transferencia de resultados desde la investigación básica a la clínica.

Promover el acceso y desarrollo de actividades de formación continuada de los profesionales sanitarios para el desarrollo de las actividades de prevención del cáncer y manejo del enfermo oncológico

- Realización de un estudio de necesidades de formación en relación con la prevención del cáncer y el manejo del enfermo oncológico, en relación con las prioridades de actuación y los requerimientos de los profesionales de Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Pública.
- Impulso de actividades de formación continuada en relación con las necesidades detectadas, a través de un plan específico de formación oncológica.



Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

LÍNEA ESTRATÉGICA 1:

Salud mental, mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la enfermedad mental

Impulsar actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental

- Desarrollo de actividades de promoción y educación para la salud mental en el aula, especialmente en materia de educación sexual y de prevención de trastornos de la alimentación y trastornos depresivos – conductas suicidas.
- Impulso de actividades de educación para la salud en el ámbito de las familias de las personas con enfermedad mental, a través de programas de escuela de familias y de atención al cuidador (en relación con otros objetivos).
- Establecimiento de programas y protocolos de prevención primaria y secundaria de los trastornos mentales, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada: de prevención de trastornos de ansiedad y depresión, deterioro cognitivo y pérdida de memoria, trastornos de la alimentación, conductas suicidas, alcoholismo y toxicomanías.



Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (cont.)

LÍNEA ESTRATÉGICA 2:

Ordenación asistencial. establecer un modelo integrado y completar el mapa regional

<p>Implantar un modelo integrado que garantice la continuidad de cuidados para las personas con enfermedad mental</p>	<ul style="list-style-type: none">- Renovación del Decreto 83/1989, de organización y funcionamiento de los servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León, impulsando la constitución de unidades funcionales y de gestión clínica.- Desarrollo de la normativa sobre autorización de centros y servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.- Establecimiento de guías y estándares de los distintos dispositivos. Definición del perfil de actuación de cada uno de los profesionales multidisciplinares que integran los dispositivos.- Desarrollo de sistemas de gestión/coordinación de casos como medida para garantizar la continuidad de cuidados, de forma integrada con las estructuras de coordinación socio-sanitaria existentes.- Establecimiento consensuado de programas y protocolos específicos dirigidos a menores, mayores, mujeres, personas con enfermedad mental grave y prolongada y otros colectivos (que se concretan en objetivos posteriores).
<p>Desarrollar el mapa de Asistencia Psiquiátrica</p>	<ul style="list-style-type: none">- Adecuación de estructuras y refuerzo del personal necesario en los Equipos de Salud Mental.- Desarrollo de Equipos y/o Programas de Psiquiatría Infanto-Juvenil en todas las Áreas de Salud.- Mejora y renovación de las Unidades de Psiquiatría de Hospital General conforme a los Planes Funcionales y Directores de los correspondientes centros en Ávila, Burgos, León, Salamanca, Segovia y Zamora; unificación de las dos unidades existentes en Palencia; incorporación al nuevo hospital de Valladolid.- Creación de una Unidad Hospitalaria de Psiquiatría Infanto-Juvenil de referencia regional.- Refuerzo de la Unidad Hospitalaria de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Castilla y León.- Definición de dos Unidades Residenciales Psiquiátricas para casos de mala evolución que no permiten su permanencia en su entorno (creación de una en el Hospital Fuente Bermeja en Burgos y potenciación de la de referencia regional del Hospital Santa Isabel en León).- Desarrollo de una Unidad de Referencia Regional en materia de trastornos duales (drogodependencia + enfermedad mental).- Desarrollo de una Unidad de Referencia Regional para el abordaje de la coexistencia de retraso mental y enfermedad mental.- Facilitar la adecuación de los usuarios de las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica al perfil del dispositivo, a través del desarrollo de programas de transinstitucionalización, y dotación de los recursos profesionales pertinentes a cada unidad.
<p>Desarrollar las estructuras intermedias</p>	<ul style="list-style-type: none">- Incorporación de la Rehabilitación Psicosocial en la cartera de servicios sanitarios de salud mental.- Impulso del modelo de hospitalización de día en todas las Áreas de Salud, mediante el desarrollo de estructuras específicas (puesta en marcha de un Hospital de Día Psiquiátrico en León, conforme al Plan Director del Hospital) o a través de la implementación de programas de hospitalización parcial, adscritos a las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales Generales.- Desarrollo de las previsiones del IV Plan Regional sobre Drogas en materia de estructuras y dispositivos de atención al alcoholismo (unidades de tratamiento ambulatorio –UTAS-, etc.) y otras drogodependencias.



Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (cont.)

LÍNEA ESTRATÉGICA 3:

Asistencia psiquiátrica. mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos

Incrementar la accesibilidad a los Recursos de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

- Impulsar el papel de los Equipos de Atención Primaria en la promoción de la salud mental y en la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los problemas de salud mental.
- Incorporación de la psiquiatría y psicología clínica en los Centros de Especialidades ubicados en zonas rurales.
- Puesta en marcha de interconsultas docentes asistenciales de los Equipos de Salud Mental mediante desplazamientos a los centros de salud rurales y a través del desarrollo y análisis de un proyecto piloto para el establecimiento de un Equipo de Salud Mental itinerante en un Área de Salud.
- Puesta en marcha de un programa de telepsiquiatría especialmente dirigido a personas que viven en municipios alejados, y a mejorar el intercambio de experiencias entre los profesionales.

Desarrollar Programas específicos de Asistencia Psiquiátrica

- Desarrollo de programas dirigidos a garantizar la continuidad de cuidados e integración social de las personas con enfermedad mental grave y prolongada.
- Desarrollo de un programa de asistencia psiquiátrica infanto-juvenil, que incluirá, al menos, actuaciones en menores del sistema de protección y jóvenes que abandonan éste, actuaciones en menores con medidas de reforma y judiciales, actuaciones de detección e intervención en trastornos por estrés post-traumático en menores y el desarrollo de un protocolo de atención para hijos de personas con enfermedad mental grave y prolongada.
- Desarrollo de un programa de psicogeriatría, que incluirá, al menos, el abordaje de los problemas crónicos más frecuentes en personas mayores (depresión, deterioro cognitivo – demencias), el apoyo sanitario en centros residenciales y de día de carácter social, especialmente en cuanto a problemas de conducta, de deterioro cognitivo o psiquiátricos y actuaciones respecto de las personas con enfermedad mental grave y prolongada que envejecen.
- Desarrollo de un programa de atención a la salud mental de la mujer, que incluirá, al menos, el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria, actuaciones de detección e intervención en estrés postraumático, intervención en mujeres maltratadas con trastornos psiquiátricos e incorporación de la perspectiva de género en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.
- Desarrollo de programas para el abordaje integral de los problemas específicos de salud mental de otros colectivos, especialmente las personas drogodependientes, en consonancia con las previsiones del IV Plan Regional sobre Drogas, las personas con retraso mental y trastornos psiquiátricos y otros grupos en situación o riesgo de exclusión social (sin techo, inmigrantes).



Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (cont.)

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Rehabilitación e integración de las personas con enfermedad mental. Hacia una integración social y laboral plena

<p>Promover el respeto a los derechos de las personas con enfermedad mental</p>	<ul style="list-style-type: none">- Realizar intervenciones de sensibilización social sobre las potencialidades de las personas con enfermedad mental, tanto en población general como en el ámbito escolar.- Apoyar al movimiento asociativo en su labor de información a los usuarios, de participación del sector y de protección de los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales.- Impulsar el funcionamiento de la Fundación Tutelar de Personas con Enfermedad Mental.- Desarrollar y favorecer el conocimiento de los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental.
<p>Dar soporte y respiro a las familias de personas con enfermedad mental grave y prolongada</p>	<ul style="list-style-type: none">- Creación de Unidades de Convalecencia Psiquiátrica (UCP) en todas las Áreas de Salud.- Impulso de los dispositivos de alojamiento supervisado o tutelado (pisos, minirresidencias, áreas residenciales), favoreciendo la colaboración de las entidades sin ánimo de lucro.- Desarrollo en todas las Áreas de Salud un programa de escuela de familias y actividades de ocio para personas con enfermedad mental grave y prolongada, en coordinación con el movimiento asociativo y otras entidades- Desarrollo del Servicio de Atención al Cuidador Familiar en la Comunidad, y apoyo a las familias y cuidadores de las personas con enfermedad mental grave y prolongada en el acceso a las prestaciones y servicios sociales.
<p>Fomentar la inserción laboral de las personas con enfermedad mental</p>	<ul style="list-style-type: none">- Potenciar las actividades de sensibilización en relación con la integración socio-laboral de las personas con enfermedad mental.- Potenciar los Talleres Prelaborales dirigidos a personas con enfermedad mental grave y prolongada, avanzando hacia la existencia de al menos dos Talleres Prelaborales por Área de Salud.- Fomentar la creación de Centros Especiales de Empleo.- Promover la participación activa de las entidades del sector en las iniciativas comunitarias (especialmente EQUAL), impulsando la participación en los programas del Fondo Social Europeo.- Promover la utilización de las líneas de ayuda a empresas para la contratación de personas con enfermedad mental e impulsar la participación del sector en los programas de empleo con apoyo y de inserción laboral.- Impulso y mejora de los Programas de Garantía Social en menores de 21 años con trastornos mentales o de conducta.



Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (cont.)

LÍNEA ESTRATÉGICA 5:

Actuaciones transversales.

Potenciar la gestión del conocimiento y la mejora de la calidad

<p>Mejorar la formación de los profesionales en materia de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar un programa de formación continuada en Atención Primaria, que incida especialmente sobre los aspectos de detección del deterioro cognitivo e intervención en hábitos saludables, detección y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad y depresión, enfermedad mental grave y prolongada y orientación ante trastornos de personalidad. - Impulsar un programa de formación continuada en Atención Especializada, en el ámbito de salud mental y asistencia psiquiátrica. - Coordinación e impulso de los programas de formación post-grado en los distintos ámbitos de la asistencia psiquiátrica: MIR, PIR y Especialización de Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, que incluyan actividades de formación sobre el modelo de asistencia psiquiátrica de Castilla y León. - Impulso de la formación en nuevas tecnologías para los profesionales de asistencia psiquiátrica y salud mental.
<p>Potenciar los Sistemas de Información y la Investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y mejora del Sistema de Información de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, que será único, global y mantenido a lo largo del tiempo, con garantía de confidencialidad de la información recogida y que facilite el retorno de la información a los profesionales y usuarios que la generan, en el que se incluya un sistema de registro de casos de personas con enfermedad mental grave y prolongada. - Promoción de estudios específicos, especialmente sobre promoción y prevención en menores, mujeres y personas mayores, epidemiología de las enfermedades mentales, valoración y monitorización de la dependencia asociada a las enfermedades mentales, y accesibilidad de las personas con enfermedad mental a los recursos de rehabilitación social e integración socio-laboral. - Facilitar a los equipos de investigación en asistencia psiquiátrica y salud mental la infraestructura y apoyos necesarios para el desarrollo de sus investigaciones, fomentando la participación en programas de investigación nacionales y europeos y la difusión de los resultados.
<p>Impulsar la mejora de la calidad en la Atención Psiquiátrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio y análisis del nivel de satisfacción de los usuarios de asistencia psiquiátrica, incluyendo componentes cuantitativos y cualitativos. - Elaboración / adaptación y monitorización de la aplicación de guías clínicas y protocolos de actuación para Atención Primaria y Asistencia Psiquiátrica especialmente en los ámbitos de patologías más prevalentes, emergencias psiquiátricas y uso de psicofármacos. - Elaboración de cartas de servicios a los ciudadanos, como documentos escritos útiles de información sobre los servicios y los derechos de los usuarios - Diseño de vías o trayectorias clínicas, como herramienta útil en la mejora de práctica asistencial. - Establecimiento de catálogos de psicofármacos y elaboración y difusión de guías terapéuticas asistenciales para los Equipos de Salud Mental. - Desarrollo de sistemas de acreditación de los diferentes dispositivos de asistencia psiquiátrica. - Creación de grupos de mejora para el análisis e impulso de líneas de trabajo específicamente dedicadas a la calidad dentro del sistema de asistencia a las personas con enfermedad mental. - Implantación progresiva en los distintos centros asistenciales de sistemas de mejora continua de la calidad que utilicen como herramienta de referencia el modelo de autoevaluación E.F.O.M. de excelencia.



**Estudio cualitativo de consenso sobre
detección de necesidades sociosanitarias en
Castilla y León y propuestas de actuación**



Objetivos

Finalizada la vigencia formal del Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León (Decreto 16/1998, de 29 de enero), y en pleno proceso de preparación para la transferencia a la Comunidad Autónoma de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, se llevó a cabo el presente estudio, animado por la intención de abordar varios objetivos.

Se trataba, en primer lugar, de realizar un análisis de situación en relación con la llamada “atención sociosanitaria” en Castilla y León, análisis de situación de carácter marcadamente subjetivo (puesto que no se basaba en fuentes estadísticas o en el examen de los registros administrativos) pero, al mismo tiempo, de carácter especialmente cualificado (al realizarse desde la percepción expresada por profesionales expertos de diferentes Administraciones, entidades y sectores, con sus diversas titulaciones, trayectorias y experiencia)

Este análisis de situación se centró, deliberadamente, en los aspectos problemáticos, en las dificultades, en las necesidades no atendidas, en los supuestos de falta de continuidad en la atención. No en vano, se trataba fundamentalmente de conocer y reconocer oportunidades de mejora, campos prioritarios de actuación.

En segundo lugar, pretendíamos con el estudio recoger, del modo más natural posible –razón por la cual se partió de un cuestionario absolutamente abierto– el caldo de cultivo de propuestas, sugerencias, visiones de futuro, iniciativas, medidas a adoptar en ese contexto previamente establecido en el ámbito de Castilla y León. Y analizar ese conjunto de propuestas tanto desde el punto de vista de su capacidad para mejorar la situación, como desde la óptica de sus propias posibilidades de materializarse en la práctica, teniendo en cuenta, para ello, los contextos reales aportados por la Economía –limitación de los recursos disponibles–, la Ciencia de la Administración –régimen jurídico y funcionamiento de las Administraciones Públicas–, la Sociología –dificultades intrínsecas al funcionamiento y relaciones de todo grupo humano–, etcétera.

En tercer lugar, considerábamos fundamental analizar, tanto en la percepción de necesidades como en la valoración de las propuestas de actuación, qué grado de consenso existe en Castilla y León entre profesionales que desempeñan su labor en diferentes ámbitos institucionales, organizativos y funcionales. El Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León manifestaba que “Los sistemas Sanitarios y de Acción Social se han desarrollado históricamente en paralelo, de acuerdo con sus regulaciones específicas”, y que “las escasas experiencias de coordinación, limitadas en el tiempo y en los recursos, no han conseguido superar el funcionamiento en paralelo de ambos sistemas”.



Pretendíamos, por ello, averiguar hasta qué punto, detrás de esa diferente adscripción administrativa (en el momento de realizarse el estudio, tres tipos de Administraciones: locales, autonómica y estatal, al ejercer sus competencias aún el Instituto Nacional de la Salud), detrás de esas distintas titulaciones y ámbitos profesionales (Facultativos, Trabajadores Sociales, Enfermería, juristas, gestores...), había verdaderamente planteamientos divergentes. Y hasta qué punto, a pesar de todas esas diferencias, subyacía un básico acuerdo y una visión común en torno a las nuevas necesidades de la población, y en torno al propio concepto y horizontes de la coordinación sociosanitaria.

El análisis de situación, el planteamiento de propuestas concretas y la investigación acerca de la existencia de consensos que se plantean en el presente estudio hacen que éste se enmarque, en definitiva, en el proceso de elaboración del II Plan Sociosanitario de Castilla y León, pretendiendo que éste pueda erigirse en herramienta válida, útil y efectiva para mejorar las condiciones de vida, y la atención sanitaria y social, de todos los ciudadanos.



Metodología

El estudio fue diseñado especialmente para identificar el grado de consenso existente, en el ámbito territorial de Castilla y León, en cuanto a la determinación de los principales problemas y necesidades que actualmente plantea la atención sociosanitaria, y en cuanto a la propuesta de medidas concretas de actuación.

Para ello, se formaron Paneles de Expertos integrados por profesionales sanitarios y profesionales de los servicios sociales pertenecientes a las distintas Administraciones Públicas con competencia en el ámbito territorial de Castilla y León, así como representantes de otras instituciones o entidades directamente relacionadas con la atención sociosanitaria.

Una vez determinada la composición de los Paneles –a la que se hace referencia más tarde–, era preciso también definir, con anterioridad al inicio del estudio, distintos tipos de consenso, con los siguientes requisitos para cada uno de ellos:

- **Consenso entre ámbitos profesionales:** las puntuaciones medias otorgadas por los profesionales sociales y por los profesionales sanitarios se diferencian en menos de dos puntos.
- **Consenso entre Administraciones:** las puntuaciones medias otorgadas por los profesionales de cada una de las Administraciones implicadas –Consejería de Sanidad y Bienestar Social¹, INSALUD², Gerencia de Servicios Sociales, Corporaciones Locales– se diferencian en menos de dos puntos. Cabe reconocer consensos parciales entre aquellas Administraciones cuyas puntuaciones medias cumplan este requisito.
- **Consenso pleno:** las puntuaciones medias del Panel 1, del Panel 2 y de los seis grupos anteriormente analizados (profesionales sanitarios, profesionales sociales, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, INSALUD, Gerencia de Servicios Sociales y Corporaciones Locales) se diferencian todas ellas en menos de dos puntos.

¹ En el momento de realizarse el estudio, la Gerencia Regional de Salud, que posteriormente se configuraría como organismo autónomo (Decreto 287/2001, de 13 de diciembre), tenía el carácter de centro directivo de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

² Los medios y servicios del INSALUD en Castilla y León, transferidos a la Comunidad por Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, se han integrado a partir del 1 de enero de 2002 en el organismo autónomo Gerencia Regional de Salud (artículo 2.1.d del Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León). A efectos del presente estudio, realizado con anterioridad al traspaso, se continuará haciendo referencia al Instituto Nacional de la Salud como organización diferenciada.



Además, la planificación del estudio planteaba realizar algunas revisiones o ajustes a la consistencia de los consensos así delimitados y que, en su caso, fueran obtenidos:

- **Ajuste Territorial:** trata de analizar si los consensos obtenidos con carácter global existen también entre los diferentes ámbitos territoriales de Castilla y León, o por el contrario se ponen de manifiesto peculiaridades propias en determinadas provincias.
- **Ajuste Externo:** supone analizar si las respuestas ofrecidas por los representantes de entidades y organizaciones externas a las Administraciones Públicas refuerzan o debilitan, en su caso, los consensos previamente obtenidos.

En ambos casos se mantuvo la regla de consenso como diferencia menor de dos puntos entre las puntuaciones respectivamente otorgadas.

La aprobación del Decreto 74/2000, de 13 de abril (B.O.C. y L. nº 77 de 19 de abril) supuso la puesta en marcha en Castilla y León de diferentes estructuras de coordinación en materia de atención sociosanitaria.

Además de órganos de carácter decisorio (con carácter regional, el Consejo de Dirección del Plan y, en el ámbito provincial, las Comisiones de Dirección de cada Área) se crearon mediante este Decreto las Comisiones de Coordinación de Área, con un claro carácter técnico y multidisciplinar. En ellas participan profesionales de los ámbitos de la atención primaria y especializada de salud y de los servicios sociales, todos ellos designados por las distintas Administraciones responsables.

Por otro lado, el Consejo de Dirección del Plan, en su reunión constitutiva, decidió contar, al nivel de los Servicios Centrales, con la colaboración de un equipo de asesores, del mismo modo profesionales de distintos campos relacionados con la atención sociosanitaria, que fueron designados por los órganos, instituciones y Administraciones presentes en dicho Consejo de Dirección del Plan.

Por ello, una parte fundamental de los participantes en el presente estudio han sido las personas integrantes de las Comisiones de Coordinación de Área del Plan Sociosanitario, así como los miembros del equipo de asesores antes mencionado, todos los cuales se caracterizan por los siguientes rasgos:

- Ser profesionales relacionados con la atención sociosanitaria, con experiencia y dedicación en este ámbito.
- Tener un carácter multidisciplinar, con participación de médicos, profesionales de enfermería, trabajadores sociales, juristas y gestores.
- Proceder de las distintas Administraciones responsables del desarrollo de la atención sociosanitaria en la Comunidad de Castilla y León.



- Estar vinculados a las distintas áreas geográficas de nuestra Comunidad, con profesionales de cada una de las provincias y Áreas de Salud.
- Participar activamente en las estructuras de coordinación constituidas y encargadas de efectuar propuestas en materia de planificación sociosanitaria.

Todas estas características convertían a estos profesionales en los sujetos más adecuados para aportar su diversa experiencia personal y profesional. Así pues, se constituyeron 3 Paneles de Expertos, que respectivamente fueron:

- **Panel 1:** miembros del equipo de asesores nombrado, al nivel de los Servicios Centrales, por el Consejo de Dirección del Plan.
- **Panel 2:** miembros de las Comisiones de Coordinación de las diferentes Áreas de Salud.
- **Panel 3:** representantes de entidades relacionadas con la atención sociosanitaria, tales como miembros de Sociedades Científicas, Colegios Profesionales, miembros de Asociaciones, etc.

Los Paneles 1 y 2 se configuraban, pues, como paneles de consenso interno, al estar integrados por expertos adscritos a alguna de las siguientes Administraciones u Organismos implicados en el desarrollo de la atención sociosanitaria en Castilla y León: Administración Local, Gerencia de Servicios Sociales, INSALUD, Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Aparte de esta distinción por la organización de procedencia, se consideró la diferenciación, como ya se ha anticipado, de dos ámbitos profesionales (social y sanitario) integrados, el primero de ellos, por todos los panelistas adscritos a la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León o a la Administración Local, y, el segundo, por todos los panelistas adscritos a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social o al INSALUD. Respecto de aquellos trabajadores sociales del Instituto que participaron en el estudio se adoptó la convención de considerarlos profesionales del ámbito social.

A efectos de proceder al correspondiente ajuste territorial, los cuestionarios contestados por los expertos del Panel 2 (miembros de las Comisiones de Coordinación de Área) se estudiaron tomando en consideración su distinta procedencia territorial.

El Panel 3, por último, se ha configurado como de consenso externo, al estar integrado por expertos en principio ajenos a las Administraciones implicadas.

Existen, por tanto, zonas de intersección entre los Paneles y segmentos establecidos, que no son sino reflejo de la intersección existente en la estructura administrativa y profesional que debe llegar a un consenso para la articulación de medidas concretas de atención sociosanitaria, tal y como se expresa en la siguiente tabla:



Panel/Admón	Consejería	INSALUD	Gerencia Ssoc	A. Local
1.- Equipo Asesores	Ámbito profesional sanitario		Ámbito profesional social (incluyendo trabajadores sociales de INSALUD)	
2.- CC. Coord.				
3.- Otras Entidades				

Para la realización del presente estudio se ha recurrido a una metodología mixta: cualitativa, cuantitativa y prospectiva, basada en la configuración de los Paneles de expertos señalados y en la realización de rondas sucesivas.

Ronda/Metodología		Documento	Información
1ª	Cualitativa	Cuestionario 1, de respuesta libre.	Relación de necesidades y problemas percibidos.
			Relación de propuestas de actuación.
2ª	Cuantitativa	Cuestionario 2, de respuesta cerrada, incorporando todas las percepciones y propuestas surgidas en la ronda 1ª.	Valoración de las necesidades y problemas.
	Prospectiva		Previsión respecto de las propuestas de actuación (factibilidad y utilidad)
3ª	Cuantitativa	Cuestionario 3, de respuesta cerrada, incorporando los resultados globales de la ronda 2ª.	Replanteamiento de la valoración de las necesidades y problemas.
	Prospectiva		Replanteamiento de la previsión respecto de las propuestas de actuación (factibilidad y utilidad).



En la RONDA 1ª la metodología empleada fue de carácter cualitativo. El cuestionario consistió en plantear a cada experto dos preguntas de respuesta libre, solicitando que confeccionase, para cada una de ellas, una relación no priorizada de ítems:

A. "Partiendo de su experiencia personal y profesional, señale todos los aspectos problemáticos que se le ocurran en el ámbito de la atención sociosanitaria: necesidades no atendidas, dificultades de los servicios sociales y sanitarios en sus relaciones mutuas, casos concretos en que no se produce continuidad en la atención..."

B. "¿Qué actuaciones o medidas, de toda clase, podrían a su juicio contribuir a mejorar esos aspectos problemáticos?"

Como señala la literatura científica, las técnicas cualitativas ofrecen resultados especialmente útiles ante situaciones complejas o amplias, alcanzando su máximo potencial cuando las variables de interés para el estudio no están muy claras o no quedan suficientemente definidas a priori. En la formulación de políticas de atención sociosanitaria se dan, en este momento, las dos características citadas: complejidad o amplitud de la materia, e incipiente definición de las variables que inciden en la misma.

Además, determinados aspectos organizativos se estudian mejor o sólo pueden ser estudiados a través del análisis de información subjetiva, haciendo posible identificar problemas concretos y anticipar sus posibles soluciones, aspectos éstos que constituyen el punto de partida esencial de cualquier Plan de actuación.

En definitiva, la aplicación de métodos cualitativos ayuda a entender situaciones, a interpretar fenómenos y a desarrollar conceptos en su contexto natural, dando énfasis al significado, experiencia y opiniones de los participantes.

Una vez recibido el cuestionario 1, se procedió a la tabulación de las afirmaciones y propuestas efectuadas. Las afirmaciones o propuestas sustancialmente coincidentes recibieron una formulación común, acumulándose en la misma oración las afirmaciones similares y utilizando los conectores lógicos en cada caso necesarios.

Como resultado de esta primera ronda se obtuvo una relación de necesidades y problemas percibidos, así como un conjunto de propuestas de actuación consideradas como útiles para obtener mejoras en el ámbito de la atención sociosanitaria. Todos los ítems se pueden consultar en el anexo I.

En la RONDA 2ª la metodología utilizada fue cuantitativa y prospectiva. Consistió en plantear a cada participante el conjunto de respuestas surgidas de la ronda 1ª, previamente tabuladas y distribuidas en dos bloques distintos, A (problemas y necesidades) y B (propuestas).



Sobre esta base, se solicitó a cada participante que puntuase los ítems del bloque A (problemas y necesidades), en función de su percepción personal y profesional en torno a su importancia. En este caso, por tanto, la técnica aplicada fue cuantitativa.

Respecto del bloque B, se solicitó de cada experto que puntuase los correspondientes ítems (propuestas de actuación) en relación con dos aspectos de cada uno de ellos: por un lado su **factibilidad**, esto es: bajo la hipótesis de decidirse la inclusión de una propuesta en el Plan, qué grado de facilidad o de dificultad preveía el experto que tendría, en la práctica, su implementación; y, por otro lado, su **utilidad** prevista, esto es: los resultados esperados en el caso de que la propuesta se llevase, efectivamente, a la práctica. Respecto del bloque B, por tanto, la técnica aplicada fue prospectiva, puesto que se solicitaba una previsión de futuro basada en opiniones expertas, asimilándose en este sentido a la técnica Delphi. No obstante, existen diferencias fundamentales con dicha técnica Delphi:

- En la técnica Delphi, los expertos no están relacionados entre ellos directamente, sino a través de un cuestionario estructurado. Durante todo el proceso los panelistas no conocen la identidad de los demás participantes, garantizándose así la falta de condicionamiento de los panelistas. En el presente estudio, sin embargo, la interacción no ha sido anónima entre los panelistas.
- En la ronda 1ª las preguntas fueron prácticamente abiertas, sin limitaciones.
- Otra diferencia con el método Delphi es que no se han eliminado respuestas, precisamente porque no se pretendía alcanzar una predicción desechando lo considerado mayoritariamente como poco probable, sino alcanzar un consenso en cuanto a una valoración, y este consenso podía existir tanto en los tramos de puntuaciones altas como en los de puntuaciones bajas, esto es: podía existir consenso tanto en que un problema es importante como en que no lo es, tanto en que una medida es necesaria como en que no lo es y tanto en que una propuesta es factible como en que no lo es. De esta forma, se pretendía afinar más el material informativo resultante del estudio.

Para cada una de las tres variables (importancia del problema o la necesidad, factibilidad de la medida o propuesta, utilidad esperada), se ofreció la oportunidad de puntuar de 0 a 10, con los siguientes tramos de valoración:

Valoración de la importancia, factibilidad o utilidad

Nula		Muy baja		Baja		Media		Alta		Muy alta
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

La valoración global se estableció en función de la media de puntuaciones resultantes para cada ítem, una vez analizadas las respuestas ofrecidas por todos los expertos. Así, un problema que recibiese una puntuación global media de 7,2 puntos se entendería percibido, globalmente, como un problema de importancia alta.



En la RONDA 3ª la metodología utilizada fue idéntica a la de la ronda 2ª, pero introduciendo elementos de interacción entre los panelistas. Se reiteró para ello el cuestionario de la ronda 2ª, pero aportando información, esta vez, sobre los resultados globales de la anterior ronda, ofreciendo la posibilidad así de replantearse la valoración/previsión en función de la opinión global del resto de participantes. Esta tercera ronda estaba diseñada, pues, para contribuir a una convergencia hacia el consenso, es decir, a una disminución de la variabilidad que se preveía existiría en la segunda ronda.

Sin embargo –y anticipamos así uno de los resultados, acaso, más relevantes del presente estudio–, el análisis posteriormente efectuado demostró que esta tercera ronda, de hecho, no habría sido prácticamente necesaria. En efecto, el grado de consenso alcanzado ya en la ronda 2ª fue muy elevado, sin que esa coincidencia se basase, por tanto, en la influencia de las opiniones expresadas por el resto de panelistas, que en esa fase del estudio no se habían puesto aún a disposición de los participantes.

Los cuestionarios 2 y 3 fueron objeto de análisis estadístico en cuanto a las puntuaciones otorgadas, investigándose la existencia de consensos entre los expertos participantes. En el anexo II se pueden consultar los consensos existentes.

En la planificación del presente estudio se consideró la plena libertad ofrecida a los expertos para la elaboración de sus listas de respuestas en la ronda 1ª, el carácter individual y a distancia de la contestación a todos los cuestionarios, y la propia disparidad de lugares de trabajo de cada uno de los participantes, como medidas adecuadas para evitar, en su mayor parte al menos, cualquier interacción indeseable capaz de introducir sesgos importantes en los resultados del estudio (influencia de individuos dominantes, ruido semántico, presión del grupo hacia la conformidad...)

No obstante, no se descarta la existencia de sesgos motivados por:

- **Las limitaciones de la condición de “experto”:** en un ámbito de intervención tan amplio como el sociosanitario, no cabe ocultar que los distintos participantes no reúnen la misma experiencia en todas sus vertientes. Así, cuanto más alejado estuviera el contenido de un determinado enunciado del concreto ámbito de actividad de cada panelista, menor experiencia en dicho ámbito tendría éste y, por tanto, menor sería la calidad de “experta” de la respuesta ofrecida.
- **La propia condición profesional de los participantes:** por dos motivos fundamentales no se consideró la participación en el estudio de los miembros de las Comisiones de Dirección de Área ni del Consejo de Dirección del Plan. El primero, la pretensión de que los panelistas fueran “expertos” en el sentido más práctico de la expresión: profesionales de los servicios sanitarios y sociales, y no responsables políticos o directivos. El segundo, la propia adecuación con los resultados finales esperados del estudio (formulación de propuestas en el ámbito de la planificación sociosanitaria), ya que estas pro-



puestas corresponde formularlas, precisamente, a los profesionales señalados, teniendo los miembros de las Comisiones de Dirección de Área y del Consejo de Dirección del Plan una función superior y distinta, de carácter decisorio³. No obstante, este criterio elegido para la selección de los panelistas presenta sus limitaciones, particularmente en cuanto a la percepción de la facilidad/dificultad de implementar las distintas medidas, aspecto éste sobre el que directivos y responsables políticos habrían manifestado, probablemente, una perspectiva diferente a la de los profesionales invitados a participar en el presente estudio.

El conjunto de actuaciones llevadas a cabo se expresa en los siguientes puntos:

1. Confección de la relación de participantes
2. Clasificación en Paneles de expertos y, para los Paneles 1 y 2, en los correspondientes segmentos y subsegmentos.
3. Recopilación de direcciones de e-mail o fax de los participantes.
4. Remisión del cuestionario 1 acompañado de las correspondientes instrucciones.
5. Contacto personal con los participantes para confirmar la recepción del cuestionario y la comprensión de su metodología, plazo, etc.
6. Recogida de cuestionarios.
7. Análisis semántico y tabulación de las respuestas.
8. Clasificación de las respuestas.
9. Elaboración del cuestionario 2.
10. Remisión del cuestionario 2 acompañado de las correspondientes instrucciones.
11. Confirmación de la recepción del cuestionario y de la comprensión de su metodología, plazo, etc.
12. Recogida de cuestionarios.
13. Análisis estadístico de los resultados de la ronda 2ª.
14. Elaboración del cuestionario 3.
15. Remisión del cuestionario 3 acompañado de las correspondientes instrucciones.
16. Contacto personal con los participantes para confirmar la recepción del cuestionario y la comprensión de su metodología, plazo, etc.
17. Recogida de cuestionarios.
18. Análisis estadístico de los resultados de la ronda 3ª.
19. Elaboración de los resultados finales del estudio.
20. Difusión de los resultados finales del estudio.

³ Decreto 74/2000, de 13 de abril, por el que se crea y regula la estructura de coordinación de la Atención Sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León.



Participación

La participación en el estudio cuyos resultados presentamos puede calificarse de muy elevada.

El 76% de los 130 expertos invitados a dar su opinión participó, al menos, en alguna etapa del estudio.

La participación en el cuestionario 2 fue cercana al 72% (93 personas). Los siguientes cuestionarios fueron remitidos únicamente a esas 93 personas que habían colaborado activamente en la valoración de los enunciados propuestos. Los porcentajes de participación superaron, en todos los casos, el 75%.

El análisis por provincias (Panel 2) pone de relieve la elevada participación que comentamos, que en la mayor parte de las provincias superó el 70%.

En las tablas siguientes se reúne la información relativa a los cuestionarios enviados y a la participación en las distintas rondas del estudio.

Cuestionarios enviados

Administración Local		25
Gerencia de Servicios Sociales		25
Insalud	Social	10
	Sanitario	19
Consejería de Sanidad y Bienestar Social		33
	TOTAL	112

Asociación		8
Colegio Profesional		3
Sociedad Científica		7
	TOTAL	18

Total de personas a las que se pidió colaboración para realizar el estudio		130
--	--	-----



Participación según paneles

Panel 1	Cuestionarios enviados			% Participación en el cuestionario 2			% Participación en el cuestionario 3		
	Social	Sanitario	Total	Social	Sanitario	Total	Social	Sanitario	Total
Gerencia de Servicios Sociales	5		5	80%		80%	20%		20%
Insalud	1	3	4	100%	66,67%	75%	100%	66,67%	75%
Consejería de Sanidad y Bienestar Social		6	6		100%	100%		83,33%	83,33%
Total por profesional	6	9	15	83,33%	88,89%	85,71%	33,33%	77,78%	60%

Panel 2		Cuestionarios enviados									
		AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	TOTAL
Administración local	Social	2	5	4	2	2	2	2	3	3	25
	Sanitario										
Gerencia de Servicios Sociales	Social	2	3	3	2	2	2	2	2	2	20
	Sanitario										
Insalud	Social	1	0	1	0	2	2	2	0	1	9
	Sanitario	1	3	2	4	1	1	0	3	1	16
Consejería de Sanidad y Bienestar Social	Social										
	Sanitario	4	2	5	2	3	2	4	2	3	27
Total por provincia		10	13	15	10	10	9	10	10	10	97



		% Participación en el Cuestionario 2									
		AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	TOTAL
Administración local	Social	100%	80%	50%	50%	100%	100%	0%	100%	100%	76%
	Sanitario										
Gerencia de Servicios Sociales	Social	50%	66,7%	66,7%	50%	100%	100%	100%	50%	100%	75%
	Sanitario										
Insalud	Social	100%	0%	100%	0%	50%	100%	50%	0%	100%	77,8%
	Sanitario	100%	66,7%	50%	50%	0%	100%	0%	100%	100%	68,7%
Consejería de Sanidad y Bienestar Social	Social										
	Sanitario	75%	100%	100%	0%	66,7%	100%	100%	0%	66,7%	74,1%
Total por provincia		80%	76,9%	73,3%	40%	70%	100%	70%	70%	90%	74,2%

		% Participación en el Cuestionario 3									
		AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	TOTAL
Administración local	Social	100%	80%	25%	50%	100%	100%	50%	100%	66,7%	72%
	Sanitario										
Gerencia de Servicios Sociales	Social	0%	66,7%	66,7%	50%	100%	100%	100%	50%	100%	70%
	Sanitario										
Insalud	Social	0%	--	0%	--	50%	100%	0%	--	100%	44,4%
	Sanitario	100%	66,7%	100%	25%	0	100%		100%	100%	68,7%
Consejería de Sanidad y Bienestar Social	Social										
	Sanitario	75%	100%	100%	0%	66,7%	100%	75%	0%	100%	74,1%
Total por provincia		60%	76,9%	66,7%	30%	70%	100%	60%	70%	90%	69,1%



Panel 3	Cuestionarios enviados	% Participación en el cuestionario 2	% Participación en el cuestionario 3
	Total por entidad	Total por entidad	Total por entidad
Asociación	8	75,00%	37,50%
Colegio Profesional	3	66,67%	66,67%
Sociedad Científica	7	57,14%	57,14%
TOTAL	18	66,67%	50,00%



Importancia de los problemas

Los 53 enunciados propuestos por los propios participantes fueron agrupados, para su análisis, en 7 grandes tipos de problemas.

- **Problema 1:** Ineficiencia en la gestión y asignación de recursos: falta de información y transparencia, excesiva burocracia, duplicidades, inadecuación y/o desigualdad en la distribución de los recursos.
- **Problema 2:** Deficiente atención social y/o sanitaria.
- **Problema 3:** Falta de estrategias de coordinación: ausencia de estructuras, procedimientos, canales de información.
- **Problema 4:** Escasez de recursos humanos.
- **Problema 5:** Escasez de recursos comunitarios.
- **Problema 6:** Escasez de recursos institucionales.
- **Problema 7:** Falta de formación y motivación en los profesionales.

Los enunciados incluidos en cada uno de estos grupos de problemas se especifican en el Anexo III.

De los siete problemas citados, seis fueron calificados como de importancia "alta", lo que nos muestra hasta qué punto los enunciados individualmente propuestos en la fase inicial del estudio fueron considerados relevantes por parte del conjunto de expertos invitados a su valoración.

El único problema que fue valorado en menor medida (importancia "media") fue la *"Deficiente atención social y/o sanitaria"*, lo que parece indicar que, a pesar de las dificultades existentes, la percepción de la atención prestada es más positiva que la del resto de condicionantes de carácter organizativo o estructural.

El problema de mayor importancia fue la *"escasez de recursos institucionales"*, con una media de 8,4 puntos.

No obstante lo anterior, un análisis más pormenorizado de los enunciados individuales propuestos nos informa de que el considerado como más importante fue el nº 18: *"Escasez de recursos sociales alternativos a la institucionalización, tales como centros de día, apartamentos y viviendas tuteladas, estancias temporales..."*, seguido en orden de importancia por:



- N° 24: *“Falta de ajuste temporal entre recursos sanitarios y sociales cuando deben actuar de forma sucesiva, por ejemplo: la estancia media en psiquiatría es de 15-20 días, plazo para encontrar una plaza de psicogeriatría en personas con demencia grave y trastornos de conducta que no pueden volver al domicilio; sin embargo, Servicios Sociales tarda de 2 a 3 meses en proporcionar el recurso”*
- N° 48: *“No existen recursos para algunas personas que no se ajustan al perfil para entrar en otros dispositivos, por ejemplo: menores de 60 años con demencia, jóvenes con conductas antisociales graves o drogodependencia”*
- N° 49: *“No hay suficientes plazas residenciales para personas mayores asistidas”*
- N° 45: *“Los ingresos hospitalarios en personas dependientes se prolongan de forma indebida por ausencia de otros recursos cuando existe escaso soporte familiar”*
- N° 47: *“No existe una relación formal entre profesionales sanitarios y sociales, basándose las relaciones en la buena voluntad de tenerlas”*

Resultados parciales

Importancia según paneles

Los tres Paneles de expertos coincidieron en valorar como más importante el grupo de problemas 6, “escasez de recursos institucionales”. Coincidieron así, del mismo modo, en que el enunciado nº 49 (*“No hay suficientes plazas residenciales para personas mayores asistidas”*) está entre los cinco de mayor importancia.

No obstante lo anterior, el enunciado más importante para los Paneles 2 y 3 es el nº 18 (*“Escasez de recursos sociales alternativos a la institucionalización...”*).

Para el Panel 1, el más importante es el nº 45: *“Los ingresos hospitalarios en personas dependientes se prolongan de forma indebida por ausencia de otros recursos cuando existe escaso soporte familiar”*.

En cuanto al problema de menor importancia, para el Panel 1 es la falta de formación y motivación en los profesionales (importancia “media”, con una puntuación de 6,9), mientras que para el Panel 2 es la deficiente atención social y/o sanitaria (importancia asimismo “media”, con 6,75 puntos). El Panel 3 consideró todos los problemas como de importancia “alta”.

Entre los cinco enunciados de menor importancia para todos los Paneles se encontraron los tres siguientes:

- N° 1: *“A veces la ayuda a domicilio no se asigna a quien más la necesita, sino a quien presenta antes la solicitud”*
- N° 15: *“Escasa preparación técnica de las personas que prestan el servicio de ayuda a domicilio”*



- N° 12: *“Escasa concienciación del ámbito sanitario para comunicar y denunciar el maltrato infantil en todas sus variantes, incluidas situaciones de riesgo”*

Importancia según organismo o administración

Tanto los expertos de la Administración Local como de la Gerencia de Servicios Sociales, del INSALUD y de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, coinciden en que el problema de mayor importancia es la escasez de recursos institucionales. En cuanto al de importancia menor, también coinciden todos ellos en que es la deficiente atención social y/o sanitaria (Problema 2, el único calificado como de importancia “media” por los cuatro grupos).

Los cuatro grupos coinciden en situar entre los enunciados de mayor importancia al n° 48 (*“No existen recursos para algunas personas que no se ajustan al perfil para entrar en otros dispositivos...”*) y al n° 24 (*“Falta de ajuste temporal entre recursos sanitarios y sociales cuando deben actuar de forma sucesiva...”*).

El enunciado n° 1 (*“A veces la ayuda a domicilio no se asigna a quien más la necesita, sino a quien presenta antes la solicitud”*) está entre los cinco de menor importancia para todos los grupos.

Importancia según tipo de profesional (social o sanitario)

Los profesionales sanitarios y sociales coinciden en calificar como problema más importante la escasez de recursos institucionales, y como el menos relevante la deficiente atención social y/o sanitaria (Problema 2, el único calificado como de importancia “media” por ambos grupos de profesionales).

Profesionales sociales y sanitarios coinciden también en situar, entre los cinco enunciados de mayor importancia, al n° 24 (*“Falta de ajuste temporal entre recursos sanitarios y sociales cuando deben actuar de forma sucesiva...”*) y al n° 49 (*“No hay suficientes plazas residenciales para personas mayores asistidas”*), si bien para los profesionales sanitarios el más importante es el n° 18 (*“Escasez de recursos sociales alternativos a la institucionalización...”*)

Ambos grupos de profesionales coinciden en que, entre los cinco enunciados de menor importancia, están el n° 1 (*“A veces la ayuda a domicilio no se asigna a quien más la necesita, sino a quien presenta antes la solicitud”*) y el n° 15 (*“Escasa preparación técnica de las personas que prestan el servicio de ayuda a domicilio”*).

Importancia según provincias

En su agrupación por provincias, todos los expertos coinciden en que el problema de mayor importancia es la escasez de recursos institucionales, excepto en el caso de Soria,



que lo considera el segundo más importante después de la escasez de recursos humanos, si bien con una diferencia mínima.

En todas las provincias, excepto en Salamanca, se considera al enunciado nº 24 (*"Falta de ajuste temporal entre recursos sanitarios y sociales cuando deben actuar de forma sucesiva..."*) como uno de los cinco de mayor importancia. Todas consideran también al nº 18 (*"Escasez de recursos sociales alternativos a la institucionalización..."*) entre los cinco más importantes, a excepción de Valladolid.

En cuanto al problema de menor importancia, seis de las nueve provincias coinciden en que éste es la deficiente atención social y/o sanitaria. Las tres provincias que difieren en este punto son Ávila, Soria y Valladolid.

Las nueve provincias consideran el enunciado nº 1 (*"A veces la ayuda a domicilio no se asigna a quien más la necesita..."*) como uno de los cinco de menor importancia.

Consensos

Consenso entre ámbitos profesionales

Existe consenso entre profesionales sociales y sanitarios en cuanto a la valoración de todos y cada uno de los siete problemas agrupados.

Más aún: un estudio pormenorizado de los enunciados propuestos revela que existe consenso entre ambos tipos de profesionales para todos los enunciados, excepto para uno.

Estos resultados ponen de relieve una enorme coincidencia en la percepción de la problemática sociosanitaria entre ambos grupos de profesionales.

A su vez, la práctica unanimidad existente otorga mayor relevancia, como factor diferenciador, al único enunciado en el que no se alcanza consenso, que es el nº 51: *"No se conocen los interlocutores y vías adecuados para plantear problemas y proyectos sociosanitarios desde los Servicios periféricos a los Servicios Centrales"*.

Este enunciado fue considerado de importancia "alta" por parte los profesionales sanitarios, y todo lo contrario (importancia "baja") por los profesionales sociales.

Consenso entre administraciones

En cuanto a la valoración de los siete problemas agrupados, existe consenso entre todos los profesionales de las distintas Administraciones u Organismos (Administración local, Gerencia de Servicios Sociales, INSALUD y Consejería de Sanidad y Bienestar Social)

Únicamente en el caso de dos enunciados (los nº 1 y 5) no existe consenso entre todas las Administraciones:



- N° 1: *“A veces la ayuda a domicilio no se asigna a quien más la necesita, sino a quien presenta antes la solicitud”*
- N° 5: *“Carencias en la información y transparencia en el acceso a los recursos sociales”*

La falta de consenso fue debida a que los profesionales de la Administración Local consideraron que eran de importancia “baja”, mientras que los de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social los puntuaron como de importancia “media”.

Dado que en todos los demás enunciados se ha producido consenso, y que la discrepancia detectada puede ser considerada como poco relevante, cabe concluir que existe un muy elevado grado de consenso entre los profesionales de todas las Administraciones implicadas en cuanto a la percepción de la problemática sociosanitaria en Castilla y León.

Consenso pleno

Existe consenso pleno (es decir: entre ámbitos profesionales, entre todas las Administraciones y también de los Paneles 1 y 2) en la valoración de los siete problemas agrupados.

Descendiendo al estudio de los enunciados, los tres únicos casos en los que no hay consenso pleno son los n° 1, 5 y 51, ya que para ellos, como hemos visto, no existe consenso entre Administraciones o entre ámbitos profesionales. **Para todos los demás enunciados el consenso es pleno.**

Ajuste territorial

En el análisis de las puntuaciones otorgadas desde las distintas provincias nos encontramos con las siguientes peculiaridades:

En cuanto a los problemas “agrupados”, no hay consenso entre todas las provincias para los problemas 2 y 5:

- La deficiente atención social y/o sanitaria (Problema 2), es considerada en el caso de Segovia como de importancia “alta”, y sólo “media” en el caso de Zamora.
- La escasez de recursos comunitarios (Problema 5), es mucho menos importante como problema en las valoraciones efectuadas en Zamora y más para los casos de Salamanca, Ávila y Palencia.

El estudio pormenorizado para cada uno de los enunciados revela que en 26 de los 53 enunciados no existe consenso entre todas las provincias. Además de los números 1, 5 y 51, para los que no había consenso pleno, otros 23 no han recabado este consenso de tipo territorial.



No obstante, si consideramos que para más de la mitad de los enunciados propuestos (27 de los 53) ha existido consenso en todos y cada uno de los ámbitos territoriales de Castilla y León; que para los 26 enunciados restantes sí existe consenso entre varias provincias; y que, en numerosas ocasiones, la falta de consenso se debe a pequeñas diferencias, **podemos concluir que la percepción de la problemática sociosanitaria en Castilla y León tiene una sólida base común, siendo la valoración de las necesidades y problemas bastante homogénea.**

Ajuste externo

Para los siete problemas agrupados, las puntuaciones medias de los Paneles 1 y 2 y la del Panel 3 se diferencian en menos de dos puntos. Más aún: en el estudio pormenorizado de cada uno de los enunciados propuestos, ocurre lo mismo.

Esto refuerza, como hemos señalado, la solidez de los resultados obtenidos, al coincidir también en la valoración otros expertos ajenos a las Administraciones directamente implicadas.

Puntuaciones medias de cada ítem

Importancia de los problemas

Problema 1: Ineficiencia en la gestión y asignación de recursos

Problema 1	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 1: A veces la ayuda a domicilio no se asigna a quien más la necesita, sino a quien presenta antes la solicitud.	6,33	4,20	5,80	4,33	5,50	4,89	3,17	4,43	1,67	4,60
Ítem 5: Carencias en la información y transparencia en el acceso a los recursos sociales.	7,00	4,90	5,70	5,00	6,57	7,44	4,67	5,14	5,33	5,86
Ítem 8: Demasiada burocracia interna en la gestión de los recursos.	8,00	8,22	7,20	7,00	8,14	7,78	7,33	7,86	8,56	7,82
Ítem 23: Excesivos trámites burocráticos para la población a la hora de obtener determinados recursos sociales.	8,00	7,30	7,10	8,00	7,29	8,22	6,33	7,00	8,44	7,55



Problema 1	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 24: Falta de ajuste temporal entre recursos sanitarios y sociales cuando deben actuar de forma sucesiva, por ejemplo: la estancia media en psiquiatría es de 15-20 días, plazo para encontrar una plaza de psicogeriatría en personas con demencia grave y trastornos de conducta que no pueden volver al domicilio; sin embargo, Servicios Sociales tarda de 2 a 3 meses en proporcionar el recurso.	9,50	8,90	8,70	9,00	8,71	9,33	8,33	9,00	9,56	8,96
Ítem 25: Falta de ajuste temporal entre recursos sanitarios y sociales cuando deben actuar de forma simultánea, por ejemplo: las estancias temporales por intervención o ingreso del cuidador principal no siempre se producen el mismo día que el cuidador ingresa.	8,50	8,30	8,00	6,67	8,71	9,11	8,00	8,29	9,33	8,42
Ítem 38: Hipertrofia del modelo residencial.	6,20	7,25	7,20	6,33	7,71	7,22	6,00	6,71	7,50	6,99
Ítem 41: Insuficiente cobertura por el sistema de salud de determinados recursos que terminan repercutiendo inadecuadamente en el sistema de servicios sociales (aparatos ortopédicos, prótesis dentarias...)	7,50	8,10	7,10	8,67	7,29	8,00	6,50	7,71	7,56	7,46
Ítem 43: La distribución de los recursos sociales es desigual, existiendo una menor dotación en el medio rural.	8,67	8,80	8,70	8,00	8,29	8,89	8,33	8,29	8,44	8,45
Ítem 44: Los ingresos hospitalarios en personas dependientes se prolongan de forma indebida por rechazo de la familia para atenderles en su domicilio.	8,50	7,30	7,40	8,00	8,00	8,33	7,17	7,43	8,56	7,91
Ítem 45: Los ingresos hospitalarios en personas dependientes se prolongan de forma indebida por ausencia de otros recursos cuando existe escaso soporte familiar.	8,83	8,50	7,90	8,33	8,86	9,11	7,00	9,00	9,22	8,67



Problema 2: Deficiente atención social y/o sanitaria

Problema 2	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 2: Atención deficiente en residencias privadas: insuficiente atención sanitaria, escasez de actividades, de personal y de programas rehabilitadores.	7,00	6,60	7,70	7,00	8,29	8,00	7,00	8,14	7,89	7,60
Ítem 4: Barreras de comunicación y carencia de sistemas de información para personas con discapacidad sensorial en centros sociales y sanitarios.	5,83	6,80	6,80	6,67	6,57	6,78	7,00	6,57	8,22	4,60
Ítem 6: Deficiente atención sanitaria a inmigrantes, transeúntes, mendigos, prostitutas..., sobre todo si padecen alguna drogodependencia o alcoholismo.	6,67	6,20	6,45	5,33	6,17	6,56	5,80	5,83	2,44	5,92
Ítem 10: El personal sanitario no aporta suficiente información a los trabajadores de ayuda a domicilio sobre los cuidados necesarios.	7,17	6,33	6,30	5,33	6,00	6,44	6,00	6,57	2,44	5,89
Ítem 33: Falta de seguimiento adecuado a nivel domiciliario por parte de Atención Primaria de pacientes con enfermedad terminal, pluripatología, polifarmacia, deterioro cognitivo... con la consiguiente sobrecarga en los hospitales.	7,67	7,00	6,11	7,00	7,83	8,44	7,00	8,00	3,11	6,93
Ítem 53: No existe ningún programa en marcha para la prevención de enfermedades mentales.	8,50	7,60	7,60	7,25	7,80	7,86	7,83	8,40	7,86	7,85

**Problema 3: Falta de estrategias de coordinación: Ausencia de estructuras, de procedimientos, canales de información...**

Problema 3	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 3: Ausencia de estructuras de coordinación operativas y con capacidad de decisión.	8,50	8,40	8,40	8,67	8,71	8,56	7,50	9,00	9,44	8,59
Ítem 13: Escasa cultura de coordinación y participación.	8,00	7,70	7,40	8,33	8,00	7,56	6,50	8,43	8,11	7,81
Ítem 21: Escaso aprovechamiento del voluntariado en la atención sociosanitaria.	7,17	6,00	6,30	6,33	5,43	7,00	5,60	6,00	5,78	6,35
Ítem 28: Falta de coincidencia entre las Zonas Básicas de Salud y las Zonas de Acción Social.	8,50	6,70	6,60	8,33	8,29	8,33	7,83	7,43	8,44	7,66
Ítem 31: Falta de funcionamiento o funcionamiento inadecuado de los Consejos de Salud.	7,80	7,44	7,10	7,33	7,33	6,33	6,80	6,80	7,33	7,16
Ítem 32: Falta de indicadores e instrumentos de medida de calidad en servicios sociales.	8,00	8,10	7,33	6,33	7,60	8,00	7,33	6,20	8,00	7,55
Ítem 34: Falta de transmisión de la información entre los distintos profesionales sanitarios que atienden a un paciente.	7,60	6,89	7,60	7,67	7,71	7,89	6,67	8,29	6,67	7,50
Ítem 36: Falta de un sistema de información único y accesible para las distintas Administraciones, que dificulta el seguimiento de los casos e impide valorar adecuadamente las necesidades en cada momento.	8,17	7,70	7,60	7,33	8,29	8,33	7,17	8,71	9,00	8,08
Ítem 37: Gran dificultad para tener acceso a recursos sociales desde el sistema sanitario y viceversa.	7,17	7,50	7,50	7,67	8,14	7,88	7,33	7,83	6,56	7,46
Ítem 40: Indefinición de lo que es "socio-sanitario".	7,17	6,80	8,20	8,67	7,50	8,33	7,33	7,29	4,56	7,21
Ítem 42: Insuficiente información por parte de los Servicios Centrales a los periféricos en materia de atención socio-sanitaria.	7,67	7,90	7,40	6,67	7,17	7,78	6,50	7,33	6,33	7,20



Problema 3	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 47: No existe una relación formal entre profesionales sanitarios y sociales, basándose las relaciones en la buena voluntad de tenerlas.	8,50	8,90	8,50	9,00	8,67	9,22	7,17	8,43	8,56	8,63
Ítem 51: No se conocen los interlocutores y vías adecuados para plantear problemas y proyectos sociosanitarios desde los Servicios periféricos a los Servicios Centrales.	8,33	8,40	7,89	6,33	7,57	8,56	6,17	8,33	8,22	7,84

Problema 4: Escasez de recursos humanos										
Problema 4	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 17: Escasez de fisioterapeutas para tratamientos de rehabilitación.	7,80	7,60	8,00	7,33	8,29	7,67	7,83	8,14	8,22	7,79
Ítem 19: Escasez de trabajadores sociales en el Sistema de Salud.	6,17	6,90	7,60	8,67	7,71	8,22	6,50	7,33	7,11	7,34

**Problema 5: Escasez de recursos comunitarios**

Problema 5	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 11: El servicio de ayuda a domicilio es escaso.	7,17	8,10	8,00	8,33	8,43	7,67	6,67	7,83	1,75	7,17
Ítem 16: Escasez de ayudas individuales para remodelación de viviendas en personas con discapacidad.	7,50	7,30	6,30	6,00	7,14	7,00	6,33	6,17	7,33	6,80
Ítem 18: Escasez de recursos sociales alternativos a la institucionalización, tales como centros de día, apartamentos y viviendas tuteladas, estancias temporales.	9,17	8,80	8,90	9,33	9,00	7,00	8,67	8,57	9,56	8,99
Ítem 26: Falta de ayudas económicas a los cuidadores de personas dependientes.	7,67	6,20	6,80	5,33	7,86	6,89	7,50	6,00	3,22	6,55
Ítem 27: Falta de ayudas económicas para familias con problemática social, desestructuradas y con menores a su cargo.	7,33	5,60	6,80	7,33	7,29	7,00	4,83	6,33	3,75	6,28
Ítem 52: Carencia de estructuras de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental.	8,50	8,30	8,00	8,25	8,40	8,43	8,33	8,00	7,86	8,25



Problema 6: Escasez de recursos institucionales

Problema 6	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 7: Déficit de camas hospitalarias de media/larga estancia.	8,60	8,30	8,70	8,67	8,71	9,67	6,67	8,57	9,22	8,63
Ítem 20: Escasez de unidades hospitalarias de psico-geriatria.	8,33	8,70	8,44	9,00	8,57	8,78	7,50	8,50	9,22	8,46
Ítem 22: Estructura hospitalaria inadecuada para la atención a ancianos frágiles.	8,00	7,70	7,70	7,00	7,86	8,56	6,50	8,29	3,44	7,27
Ítem 46: No existe ningún centro público de rehabilitación integral para abordar problemas de daño cerebral (tumores, patología derivada de accidente cerebro vascular...)	8,67	8,78	8,40	8,33	8,86	9,22	7,17	9,00	9,11	8,51
Ítem 48: No existen recursos para algunas personas que no se ajustan al perfil para entrar en otros dispositivos, por ejemplo: menores de 60 años con demencia, jóvenes con conductas antisociales graves o drogodependencia.	9,17	9,10	8,30	9,00	9,29	9,11	7,83	8,57	9,00	8,76
Ítem 49: No hay suficientes plazas residenciales para personas mayores asistidas.	9,00	8,80	8,20	8,33	8,86	9,00	7,20	9,00	9,67	8,76
Ítem 50: No hay suficientes unidades hospitalarias de cuidados paliativos.	8,67	8,50	8,20	9,00	8,29	8,89	5,83	8,86	9,44	8,54

**Problema 7: Falta de formación y motivación en los profesionales**

Problema 7	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 9: Desconocimiento mutuo entre los recursos y procedimientos de los servicios sociales y sanitarios.	8,17	8,20	7,90	7,33	8,14	8,33	7,50	7,57	8,67	8,09
Ítem 12: Escasa concienciación del ámbito sanitario para comunicar y denunciar el maltrato infantil en todas sus variantes, incluidas situaciones de riesgo.	6,33	6,22	6,10	7,00	5,40	6,63	4,50	7,43	1,63	5,70
Ítem 14: Escasa motivación de los profesionales.	7,00	6,30	7,90	6,33	7,86	8,11	7,17	7,14	7,67	7,25
Ítem 15: Escasa preparación técnica de las personas que prestan el servicio de ayuda a domicilio.	7,17	4,60	5,50	5,33	6,83	6,56	5,40	5,86	4,56	5,64
Ítem 29: Falta de detección y escasa denuncia a los organismos competentes de abusos y maltratos a la población anciana: agresiones físicas, abuso emocional o psicológico, abuso sexual, manipulación económica o negligencia.	7,67	7,80	7,10	8,00	8,14	9,13	6,20	7,86	8,11	7,61
Ítem 30: Falta de formación continuada específica en materias sociosanitarias.	7,67	8,10	7,30	7,33	8,00	8,33	7,67	8,14	8,33	7,90
Ítem 35: Falta de un enfoque multidisciplinar en la atención por parte de los profesionales que la prestan.	7,00	7,00	7,40	8,00	8,00	8,11	7,33	8,29	8,11	7,75



Facilidad de las medidas propuestas

Los 62 enunciados pertenecientes a este apartado fueron agrupados para su estudio en 7 grandes grupos de medidas:

- **Medida 1:** Dotación de Recursos Comunitarios.
- **Medida 2:** Dotación de Recursos Institucionales.
- **Medida 3:** Adecuación de los recursos existentes a las necesidades detectadas.
- **Medida 4:** Estrategias de coordinación: creación de estructuras, procedimientos, canales de información, indicadores de evaluación...
- **Medida 5:** Dotación de Recursos Humanos.
- **Medida 6:** Formación de los profesionales.
- **Medida 7:** Desarrollo de Programas específicos de Salud Mental.

Los enunciados integrados en cada una de estas grandes medidas se especifican en el Anexo III.

En general, todas las medidas propuestas fueron puntuadas por los expertos como de facilidad “media”.

Es mayor, por lo tanto, la entidad otorgada a los problemas existentes (todos ellos, según vimos, calificados como de importancia “alta”) que la facilidad de las medidas propuestas –solamente “media”–, lo que no hace sino reflejar, a nuestro juicio, el sempiterno dilema de satisfacer necesidades tendencialmente infinitas mediante la aplicación de recursos limitados.

La medida cuya implantación se considera más factible es la formación de los profesionales (Medida 6), mientras que la dotación de recursos humanos (Medida 5) es, siempre dentro de una valoración global “media”, la de menor facilidad.

Si descendemos a los enunciados particulares, los 3 considerados como más factibles son:

- **Nº 20:** *“Entregar información a los padres a la salida del hospital con un recién nacido sobre signos de alarma de una posible discapacidad y lugares y medios disponibles en atención temprana”*
- **Nº 27:** *“Reuniones periódicas entre profesionales sanitarios y de servicios sociales para fomentar su integración funcional”*
- **Nº 28:** *“Firmar convenios de colaboración entre las distintas Administraciones, que aporten estabilidad a las relaciones mutuas”*



Acaso sea más significativo señalar las medidas concretas que cuya implantación es considerada como más difícil:

- N° 11: *“Crear una red de atención sociosanitaria específica y con entidad propia, diferenciada de las redes sanitaria y de servicios sociales”*
- N° 9: *“Crear la figura del asistente personal para casos graves de falta de autonomía personal para las actividades de la vida diaria”*
- N° 15: *“Desarrollar una red de recursos de convalecencia institucionalizados sin tener en cuenta la edad”*

Resultados parciales

Facilidad según paneles

Los tres Paneles de expertos coinciden en que la medida de mayor facilidad es la formación de los profesionales, y la de menor facilidad la dotación de recursos humanos.

Asimismo coinciden todos ellos en que el enunciado n° 20 (*“Entregar información a los padres a la salida del hospital con un recién nacido...”*) está entre los dos de mayor facilidad: para los Paneles 1 y 2 sería ésta la medida concreta más fácilmente implantable, ocupando el segundo lugar a estos efectos para el Panel 3.

Del mismo modo, todos coinciden en que el enunciado n° 11 (*“Crear una red de atención sociosanitaria específica y con entidad propia...”*) es el de menor facilidad.

Facilidad según Organismo o Administración

Los participantes por parte de la Administración Local, Gerencia de Servicios Sociales, INSALUD y la Consejería de Sanidad coinciden también en la apreciación de las medidas de mayor y menor facilidad (formación y dotación de recursos humanos, respectivamente), salvo por una diferencia insignificante en la Gerencia de Servicios Sociales respecto a la medida de menor facilidad.

Coinciden también las cuatro Administraciones en su valoración de los enunciados concretos más factibles, estando para todas entre los cinco más puntuados los números 20 y 27 (*“Entregar información a los padres...”* y *“Reuniones periódicas entre profesionales sanitarios y de servicios sociales...”*).

Del mismo modo existe coincidencia respecto de los enunciados de menor facilidad. Para todos, el n° 11 es el de menor facilidad (*“Crear una red de atención sociosanitaria específica...”*), mientras que el n° 9 (*“Crear la figura del asistente personal...”*), se encuentra en todos los casos entre los cinco menos puntuados.



Facilidad según tipo de profesional (social o sanitario)

De nuevo, las medidas consideradas más y menos factibles son para ambos tipos de profesionales la formación y la dotación de recursos humanos, respectivamente.

Los tres enunciados concretos más puntuados por ambos en virtud de su facilidad de implantación son los números 20, 27 y 28 (*"Entregar información a los padres..."*, *"Reuniones periódicas..."* y *"Firmar convenios de colaboración entre las distintas Administraciones..."*).

También coinciden en que los enunciados números 11, 9 y 15 son de los cinco valorados como de menor facilidad media: (*"Crear una red de atención sociosanitaria específica..."*, *"Crear la figura del asistente personal..."* y *"Desarrollar una red de recursos de convalecencia institucionalizados sin tener en cuenta la edad"*).

Facilidad según provincias

Los profesionales de todas las provincias consideran como medida de mayor facilidad la formación de los profesionales, excepto en el caso de León, donde es la segunda más factible después del desarrollo de programas específicos de Salud Mental, si bien con una diferencia muy pequeña.

El abanico de respuestas se amplía en cuanto a la medida de menor facilidad. Sólo para Ávila y Zamora ésta es la dotación de recursos humanos; para Burgos y Soria, en cambio, sería el desarrollo de programas específicos de Salud Mental (en contraposición con León, donde ésta es precisamente la medida considerada como más factible). Para las cinco provincias restantes, la dotación de recursos institucionales constituye la medida más difícil o costosa en su implantación.

Para siete provincias, los enunciados números 20 y 27 (*"Entregar información a los padres..."* y *"Reuniones periódicas..."*) están entre los cinco de mayor facilidad. Las excepciones vienen dadas por Avila (para ambos enunciados), Palencia y Zamora, respectivamente.

En todas las provincias de Castilla y León, el enunciado nº 9 (*"Crear la figura del asistente personal..."*) está entre los cinco valorados como menos factibles.

Consensos

Consenso entre ámbitos profesionales

Existe consenso entre profesionales sociales y sanitarios, no sólo para las siete medidas definidas, sino también para todos y cada uno de los 62 enunciados propuestos.

Consenso entre Administraciones

Existe consenso para las siete medidas agrupadas y para los 62 enunciados concretos, con una mínima excepción en el caso del enunciado nº 40 (*"Posibilidad de solicitar directamen-*



te pruebas de laboratorio, radiología y citas de especializada desde otras Administraciones –centros de atención temprana., sin perjuicio de informar a Atención Primaria de estas actuaciones”), considerado por los profesionales de la Administración local como de “baja” facilidad, y de facilidad “media” por el resto.

Consenso pleno

En cuanto a la valoración de las siete medidas agrupadas, el consenso es pleno.

Por lo antes dicho sabemos que no existirá este consenso para el enunciado nº 40 (*“Posibilidad de solicitar directamente pruebas de laboratorio...”*). El consenso es pleno para todos los restantes, con una elocuente excepción en el caso del enunciado nº 3.

En efecto, *“Adecuar entre sí los distritos sociales –Zonas de Acción Social– y los sanitarios –Zonas Básicas de Salud”* es considerado por el Panel 1 (Equipo de Asesores del Consejo de Dirección del Plan) como de facilidad “baja”, mientras que el Panel 2 (miembros de las Comisiones de Coordinación de Área) lo consideran de facilidad “alta”.

Ajuste territorial

En cuanto a las siete medidas agrupadas, la única fisura en el consenso existente se debe a la menor valoración de Zamora en cuanto a la facilidad de la dotación de recursos humanos, la cual en Salamanca y León, por el contrario, es considerada como la medida más factible.

En el estudio de cada uno de los enunciados, hay 39 (de los 62) para los que no se produce consenso entre todas las provincias.

Como vimos en un apartado anterior, la percepción de los problemas sociosanitarios es muy homogénea entre todas las provincias. Esta homogeneidad, por el contrario, es bastante menor en cuanto a la facilidad con que podrían implementarse las distintas actuaciones posibles en los distintos territorios.

Ajuste externo

Los participantes en el Panel 3 coinciden en su valoración con los del resto de Paneles en cuanto a las siete medidas agrupadas, ocurriendo lo mismo para cada uno de los enunciados concretos. Por lo tanto, una vez más, existe un grado muy elevado de consenso entre los profesionales de las distintas Administraciones y los expertos pertenecientes a Entidades y Organizaciones externas.



Puntuaciones medias de cada ítem

Facilidad de las medidas propuestas

Medida propuesta 1: Dotación de Recursos Comunitarios

Medida propuesta 1	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 7: Creación de recursos específicos para menores, especialmente en lo que se refiere a la Red de Salud Mental	5,83	6,88	5,90	5,67	6,67	6,00	5,00	5,80	6,11	6,09
Ítem 10: Crear nuevos programas de respiro para las familias de las personas dependientes, tales como estancias de fin de semana o estancias nocturnas.	6,33	7,20	6,00	7,33	7,14	5,78	5,33	6,33	8,33	6,64
Ítem 14: Desarrollar un programa de psicogeriatría en cada una de las Areas de Salud, a través de un equipo de psicogeriatría que se desplace a los centros y realice programas de diagnóstico de demencias, de racionalización del consumo de psicofármacos, etc.	6,67	5,88	6,10	5,33	6,86	5,44	6,40	5,57	5,89	6,02
Ítem 21: Establecer ayudas para la conciliación de la vida laboral y familiar de las mujeres cuidadoras de familiares en situación de dependencia.	7,33	6,00	6,30	7,00	7,57	6,89	6,83	6,50	7,56	6,58
Ítem 36: Introducir el servicio de catering a domicilio.	5,50	5,67	4,67	6,67	7,00	6,22	5,00	6,17	4,00	5,52
Ítem 43: Priorizar la creación de estructuras intermedias alternativas a la institucionalización, por encima de la creación de plazas residenciales.	7,33	6,75	6,10	7,00	7,33	6,11	8,00	6,17	7,11	6,58
Ítem 52: Creación de Centros ocupacionales, talleres formativos y centros especiales de empleo que contribuyeran a la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental que por su cronificación tienen mayores dificultades para su integración plena en la sociedad.	7,25	6,67	6,60	7,25	6,80	6,67	5,83	6,60	5,86	6,49



Medida propuesta 2: Dotación de Recursos Institucionales										
Medida propuesta 2	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 1: Abrir el sistema de Servicios Sociales, posibilitando su utilización por parte de los enfermos mentales	5,83	5,70	5,20	5,33	5,50	5,56	5,00	3,80	6,44	5,52
Ítem 6: Aumentar el número de plazas de estancias temporales en residencias de personas mayores, con mayor flexibilidad en el tiempo de permanencia según cada caso	6,50	6,50	6,50	6,33	7,14	5,63	6,50	6,86	9,22	6,76
Ítem 8: Creación de unidades de atención temprana en el ámbito hospitalario.	5,50	6,50	6,67	8,00	7,00	6,00	7,33	5,71	6,00	6,26
Ítem 12: Crear unidades de larga estancia y camas de cuidados paliativos para terminales	6,67	6,43	6,10	6,00	7,00	5,00	6,50	6,14	7,33	6,27
Ítem 15: Desarrollar una red de recursos de convalecencia institucionalizados sin tener en cuenta la edad	5,50	5,33	4,40	5,33	5,43	4,56	6,00	4,50	3,00	4,75
Ítem 17: Dotación de camas de convalecencia o plazas residenciales con finalidad rehabilitadora y de reinserción al medio en personas carentes de estructura social adecuada (previsión de ocupación máxima de 90 días)	6,00	5,75	6,30	6,00	6,57	5,56	5,50	6,14	6,22	6,07
Ítem 51: Contar con plazas residenciales para personas con problemas graves de salud mental y necesidades residenciales en miniresidencias, residencias asistidas, residencias de mayores y pisos protegidos (proporción de una plaza por cada 1000 hab.)	6,50	5,67	5,40	6,50	6,00	5,67	5,83	4,60	5,43	5,64
Ítem 53: Creación de una unidad regional para personas con enfermedad mental, cuya especial patología hace difícil su convivencia con otros enfermos en diferentes unidades hospitalarias, rehabilitadoras o residenciales.	5,25	5,44	7,00	6,50	6,75	6,33	6,00	6,60	5,29	6,18

**Medida propuesta 3: Adecuación de los recursos existentes a las necesidades detectadas**

Medida propuesta 3	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 2: Adaptar la ayuda a domicilio a las necesidades sociosanitarias de los individuos, aumentando el número de horas y coordinándola con la atención primaria a domicilio desde el punto de vista de la información, formación y actividades (ejemplo: colaborar con la elaboración de dietas, realizar cambios posturales, informar desde los servicios sanitarios de la enfermedad y los cuidados que requiere...).	7,33	6,80	6,90	7,33	7,00	6,22	5,00	6,57	6,11	6,55
Ítem 9: Crear la figura del “asistente personal” para casos graves de falta de autonomía personal para las actividades de la vida diaria.	4,50	4,56	4,90	4,67	4,83	4,44	3,17	4,00	3,89	4,40
Ítem 13: Crear unidades específicas en los hospitales de agudos, dotadas de personal especializado en geriatría, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales... y con una arquitectura que facilite la movilidad y rehabilitación funcional de las personas dependientes.	5,83	5,25	5,60	5,33	6,29	5,00	5,83	5,43	3,78	5,37
Ítem 16: Distribuir racionalmente los recursos de apoyo a la atención primaria en el ámbito domiciliario (ESAD, hospitalización a domicilio, unidades de cuidados paliativos, equipos de valoración de cuidados geriátricos...) de tal forma que se distribuyan más equitativamente y se eviten duplicidades entre ellos.	7,00	6,80	6,00	6,00	7,43	6,22	5,50	6,71	7,44	6,60
Ítem 34: Incrementar el número de plazas en residencias asistidas mediante reconversión de plazas de válidos en asistidos y conciertos de plazas asistidas y psicogeriátricas.	6,50	6,78	6,20	7,00	7,29	6,22	6,20	6,83	6,89	6,51



Medida propuesta 3	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 41: Potenciar el servicio de prevención y detección de problemas en el anciano en Atención Primaria.	7,50	7,86	6,80	7,00	7,71	7,22	7,20	7,29	7,67	7,35
Ítem 42: Potenciar la atención domiciliaria a menores gravemente afectados.	7,17	7,11	6,56	6,67	7,57	7,00	8,40	6,80	7,00	7,06
Ítem 44: Priorizar la dotación de recursos en el medio rural.	7,00	6,11	6,00	6,00	7,17	5,22	5,17	6,00	4,44	5,76
Ítem 48: Reorientar el papel de enfermería en Atención Primaria, implicándose en la atención a los cuidadores habituales y a los familiares de personas dependientes (atención, información y formación).	7,00	6,88	6,80	6,67	7,50	7,33	7,20	6,14	8,00	6,93
Ítem 50: Ubicación física de los trabajadores sociales de CEAS en los centros de salud.	5,67	4,44	6,67	5,00	5,83	5,56	3,20	4,00	6,00	5,11
Ítem 62: Reestructuración sanitaria.	5,33	5,80	5,20	6,00	4,60	5,86	3,50	5,20	4,29	5,19

**Medida propuesta 4: Estrategias de coordinación: creación de estructuras, procedimientos, canales de información, indicadores de evaluación,...**

Medida propuesta 4	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 3: Adecuar entre sí los distritos sociales (Zonas de Acción Social) y los sanitarios (Zonas Básicas de Salud).	7,17	7,20	7,30	7,33	7,29	6,44	7,17	6,86	9,00	7,08
Ítem 4: Agilización de interconsultas con los especialistas del INSALUD desde el resto de Administraciones y desde Atención Primaria en pacientes inmovilizados o muy dependientes, propiciando el traslado de especialistas a los centros.	5,40	5,33	4,90	5,33	6,50	4,67	6,67	5,71	3,56	5,23
Ítem 5: Asignar un "responsable" de cada caso complejo que actúe como interlocutor con capacidad reconocida ante todas las Administraciones.	6,50	5,22	6,10	5,00	5,71	5,33	4,33	5,71	6,33	5,70
Ítem 11: Crear una red de atención sociosanitaria específica y con entidad propia, diferenciada de las redes sanitaria y de servicios sociales.	4,83	2,00	4,10	3,67	3,00	3,89	4,67	3,17	1,56	3,30
Ítem 18: Dotación de farmacia y material de curas por parte del INSALUD a las residencias de personas mayores, instituciones dependientes de la Junta o de las Administraciones Locales (p.ej. centros psiquiátricos).	7,17	6,89	6,20	4,67	7,40	5,44	6,33	7,00	7,56	6,75
Ítem 19: Elaborar una guía de recursos sociosanitarios que incluya definición del recurso, perfil del usuario, vía de acceso, capacidad del recurso, demanda existente y financiación de la prestación.	6,67	7,60	7,00	7,33	8,57	7,44	8,17	7,43	6,33	7,47
Ítem 20: Entregar información a los padres a la salida del hospital con un recién nacido sobre signos de alarma de una posible discapacidad y lugares y medios disponibles en atención temprana.	7,33	8,20	8,60	7,00	9,00	8,00	8,33	7,83	8,89	8,31
Ítem 22: Establecer indicadores de evaluación de calidad específicos de la coordinación sociosanitaria.	8,00	7,00	7,20	6,67	7,57	6,56	7,50	6,57	5,22	6,70



Medida propuesta 4	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 23: Establecer procedimientos de coordinación para el acceso a consultas y/o ingresos entre Atención Primaria, residencias asistidas, hospitales de INSA-LUD y hospitales de la Junta.	6,50	6,50	6,80	7,33	8,14	5,44	7,20	6,71	7,56	6,65
Ítem 24: Establecer un sistema de acceso a los recursos homogéneo en todas las instituciones públicas. Ejemplo: residencias asistidas, aunque dependan de diferentes Administraciones el mecanismo de acceso debería ser idéntico, con procedimientos e informes de valoración únicos.	7,00	7,33	6,20	5,33	7,29	6,89	5,00	6,71	6,33	6,48
Ítem 25: Evitar que el trabajador de ayuda a domicilio tenga que acudir al Centro de Salud a por recetas u otros trámites, responsabilizando al Equipo de Atención Primaria para que solucione estas cuestiones en el domicilio de la persona dependiente.	5,83	6,70	6,30	5,67	6,67	6,33	4,75	6,14	3,56	5,85
Ítem 26: Favorecer la concertación de plazas con centros sociosanitarios de carácter privado.	6,50	5,89	6,70	7,33	7,43	6,56	6,25	7,67	7,33	6,84
Ítem 27: Reuniones periódicas entre profesionales sanitarios y de servicios sociales para fomentar su integración funcional.	6,33	8,00	7,60	7,67	8,14	7,89	8,60	7,50	8,00	7,67
Ítem 28: Firmar convenios de colaboración entre las distintas Administraciones, que aporten estabilidad a las relaciones mutuas.	7,50	7,56	7,50	7,33	8,33	7,33	8,40	7,83	7,89	7,62
Ítem 30: Formalizar los procedimientos de coordinación sociosanitaria, incluyéndolos en manuales específicos.	6,83	7,44	7,70	7,33	8,14	7,38	7,25	7,50	7,00	7,34
Ítem 31: Hacer más permeables las Administraciones e instituciones, posibilitando la participación de otros profesionales en sus comisiones de valoración, concesión de recursos...	5,17	6,50	5,80	5,67	7,00	5,33	4,80	6,50	4,89	5,85
Ítem 32: Impulsar los Consejos de Salud como órgano con competencia para la captación de problemas en el entorno social.	7,83	7,38	7,30	6,00	7,40	5,75	6,50	6,60	7,44	6,90



Medida propuesta 4	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 35: Incrementar la capacidad de la Atención Primaria para derivar a diversos recursos sociales de forma directa: centros de día (alzheimer y discapacitados), ayuda a domicilio, residencias asistidas.	5,50	6,00	6,20	5,33	6,86	4,78	6,17	6,29	7,67	6,14
Ítem 38: Mayor implicación y premura en actuaciones ante la Administración de Justicia y Ministerio Fiscal para evitar abusos y negligencias en el anciano, agilizar los procesos de incapacitación y buscar apoyos en la solución de problemas de urgencia social.	5,17	5,50	5,40	6,00	6,80	5,67	4,67	4,33	3,33	5,20
Ítem 39: Otorgar a las Comisiones de Coordinación de Área capacidad para decidir y asignar recursos en casos de urgencia, pudiendo disponer para ellos de plazas en hospitales de cuidados intermedios o residencias asistidas.	7,50	5,75	5,40	5,33	6,67	5,67	4,67	5,57	5,67	5,72
Ítem 40: Posibilidad de solicitar directamente pruebas de laboratorio, radiología y citas de especializada desde otras Administraciones (centros de atención temprana...), sin perjuicio de informar a Atención Primaria de estas actuaciones.	4,67	4,80	5,11	4,33	6,50	4,75	3,80	5,14	6,56	5,32
Ítem 46: Reforzar la intervención pública sobre las residencias privadas, con controles de calidad más rigurosos y periódicos.	7,00	8,00	7,10	7,00	8,50	7,33	8,00	7,50	7,89	7,58
Ítem 47: Reglamentar un sistema de apoyo al asociacionismo a través de convocatorias específicas de subvenciones para favorecer la colaboración de grupos de ayuda mutua, asociaciones y ONGs.	6,67	6,67	6,00	7,00	7,00	6,67	6,25	6,50	8,11	6,77
Ítem 49: Sistema de información compartido y accesible entre las diferentes Administraciones	5,33	6,44	6,60	6,33	7,83	7,00	6,40	6,29	5,44	6,23
Ítem 54: Definición de una cartera de servicios socio-sanitarios incluyendo niveles de efectividad, calidad y producción.	7,00	7,20	8,20	6,25	8,00	7,44	7,80	7,40	5,86	7,26
Ítem 61: Realización de un mapa socio-sanitario con criterios técnicos de distribución (socio-demográficos, sanitarios, demográficos...)	7,00	7,00	6,80	6,25	8,00	6,63	5,67	7,00	6,57	6,69



Medida propuesta 5: Dotación de Recursos Humanos

Medida propuesta 5	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 33: Incorporar mayor número de profesionales sanitarios (psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas...).	5,33	6,25	5,80	5,67	6,17	5,00	5,00	5,57	4,33	5,35
Ítem 37: Mayor dotación de trabajadores sociales en INSALUD (uno por Equipo de Atención Primaria) y en Servicios Sociales.	6,50	6,11	7,10	6,33	7,29	6,22	5,80	6,14	4,44	6,14

Medida propuesta 6: Formación de los profesionales

Medida propuesta 6	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 29: Formación de los profesionales de Atención Primaria en cuidados paliativos, demencias, trastornos psiquiátricos..., fijando objetivos de conocimientos, actitudes y habilidades que deben adquirir.	7,67	7,78	6,80	7,33	8,00	7,33	7,83	7,71	7,78	7,49
Ítem 45: Actividades de formación conjunta de profesionales sanitarios y de servicios sociales, en el modelo biopsicosocial.	6,33	7,44	6,70	7,33	7,83	6,67	7,33	6,86	6,22	7,01
Ítem 59: Formar específicamente en salud mental a los profesionales de los CEAS.	8,00	6,30	6,20	6,50	6,40	6,38	6,25	5,80	6,00	6,26



Medida propuesta 7: Desarrollo de Programas específicos de Salud Mental										
Medida propuesta 7	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 55: Desarrollar programas de rehabilitación psicosocial de enfermos mentales, destinados a la población rural, ejecutados por los CEAS y por los Equipos de Atención Primaria en coordinación con los Centros de Día de referencia.	6,50	5,40	7,20	6,50	6,00	5,67	4,33	5,60	5,57	5,73
Ítem 56: Desarrollar un programa de detección e inserción social a personas indomiciliadas con trastorno mental.	6,50	5,00	6,60	6,25	7,00	5,67	5,00	5,40	7,29	5,64
Ítem 57: Desarrollar un programa de psicoeducación para familiares de personas con esquizofrenia, con capacidad para atender a 300 personas por Área de Salud y año, como principal actividad de prevención terciaria de recaídas.	7,50	6,40	6,20	6,25	6,60	6,71	5,17	7,00	5,29	6,25
Ítem 58: Desarrollar un programa, con recursos asistenciales propios, para personas con trastorno mental severo o persistente.	7,25	5,56	6,80	5,75	6,20	6,63	5,83	6,40	5,57	6,07
Ítem 60: Introducir en la planificación de la Gerencia de Servicios Sociales programas para la inclusión social de las personas con enfermedad mental.	5,50	6,20	6,60	6,00	7,20	6,50	5,00	5,40	6,14	6,04



Utilidad de las medidas propuestas

Una vez efectuado el análisis de la facilidad de las medidas propuestas, tiene interés especial el estudio de la percepción que los distintos participantes tienen en cuanto a la utilidad de las mismas.

Las siete grandes medidas propuestas fueron puntuadas como de utilidad "alta" (en consonancia con la importancia, asimismo "alta", otorgada a los problemas o necesidades), destacando entre las mismas la dotación de recursos comunitarios y la dotación de recursos humanos.

Si atendemos a la puntuación obtenida por los diferentes enunciados concretos, es necesario destacar que todos ellos, salvo uno, fueron considerados de utilidad alta o media, lo cual hace más significativa, si cabe, esta excepción. Se trata del ítem nº 11, *"Crear una red de atención sociosanitaria específica y con entidad propia, diferenciada de las redes sanitaria y de servicios sociales"*, actuación ésta considerada como de utilidad baja.

Este resultado nos parece especialmente importante, puesto que pone de manifiesto una coincidencia de posiciones en cuanto al propio modelo a seguir: se deshecha la configuración como "red separada" (lo que no sólo se considera difícil, como anteriormente vimos, sino, además, poco útil), y se apuesta, en consecuencia, por desarrollar un modelo basado en la adecuación de las redes actualmente existentes.

Cabe destacar, asimismo, aquellos enunciados que han sido más puntuados en función de la utilidad que tendría su aplicación:

- Nº 41: *"Potenciar el servicio de prevención y detección de problemas en el anciano en Atención Primaria"*.
- Nº 46: *"Reforzar la intervención pública sobre las residencias privadas, con controles de calidad más rigurosos y periódicos"*.
- Nº 24: *"Establecer un sistema de acceso a los recursos homogéneo en todas las instituciones públicas. Ejemplo: residencias asistidas, aunque dependan de diferentes Administraciones, el mecanismo de acceso debería ser idéntico, con procedimientos e informes de valoración únicos"*.
- Nº 10: *"Crear nuevos programas de respiro para las familias de las personas dependientes, tales como estancias de fin de semana o estancias nocturnas"*.
- Nº 12: *"Crear unidades de larga estancia y camas de cuidados paliativos para terminales"*.



Resultados parciales

Utilidad según paneles

Aunque ninguno de los tres Paneles formados coincide con otro en la medida considerada como de mayor utilidad (para el Panel 1 es la dotación de recursos institucionales, para el 2 la dotación de recursos humanos, y para el 3 la dotación de recursos comunitarios), los tres Paneles de expertos puntúan las siete medidas como de utilidad "alta", con muy escasas diferencias en las puntuaciones de unas medidas y otras.

Para todos los Paneles, el enunciado nº 46 (*"Reforzar la intervención pública sobre las residencias privadas..."*) se encuentra dentro de los cinco enunciados de mayor utilidad.

Coinciden todos, asimismo, en que los enunciados números 11, 50, 40 y 59 están entre los cinco de menor utilidad (*"Crear una red de atención sociosanitaria específica..."*, *"Ubicación física de los trabajadores sociales de CEAS en los centros de salud"*, *"Posibilidad de solicitar directamente pruebas de laboratorio..."* y *"Formar específicamente en salud mental a los profesionales de los CEAS"*)

Utilidad según organismo o administración

Una vez más, todos los expertos puntúan las siete medidas como de utilidad "alta", con escasas diferencias en las puntuaciones entre unas y otras.

Administración Local, Gerencia de Servicios Sociales e INSALUD coinciden en que la medida de mayor utilidad es la dotación de recursos humanos, lugar que ocupa la dotación de recursos institucionales para los participantes adscritos a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Los cuatro grupos coinciden en que enunciado nº 46 (*"Reforzar la intervención pública sobre las residencias privadas..."*) está entre los cinco de mayor utilidad, y en que los números 11, 9 y 59 son de los cinco de utilidad menor: *"Crear una red de atención sociosanitaria específica..."* (que para todos sería la medida de menor utilidad), *"Crear la figura del asistente personal..."*, y *"Formar específicamente en salud mental a los profesionales de los CEAS"*.

Utilidad según tipo de profesional (social o sanitario)

Ambos tipos de profesionales puntúan las siete medidas como de utilidad "alta", habiendo muy poca diferencia en las puntuaciones otorgadas a unas medidas y otras.

Los profesionales sanitarios y sociales no coinciden, sin embargo, en la medida de mayor utilidad, que para los sociales es la dotación de recursos humanos, mientras para los sanitarios sería la dotación de recursos institucionales.

Sí que coinciden ambos en que los enunciados números 46 y 12 son de los tres de mayor utilidad (*"Reforzar la intervención pública sobre las residencias privadas..."*, y *"Crear unidades de larga estancia y camas de cuidados paliativos para terminales"*)



Coinciden, asimismo, en que los enunciados números 11, 9, 59 y 40 son de los cinco de menor utilidad (*“Crear una red de atención sociosanitaria específica...”*, *“Crear la figura del asistente personal...”*, *“Formar específicamente en salud mental a los profesionales de los CEAS”* y *“Posibilidad de solicitar directamente pruebas de laboratorio...”*)

Utilidad según provincias

Cabe destacar, nuevamente, que todas las provincias puntúan las siete medidas como de utilidad “alta”, con muy poca diferencia entre las puntuaciones de unas y otras. Cinco provincias (Burgos, Palencia, Segovia, Valladolid y Zamora) consideran que la medida de mayor utilidad es la dotación de recursos humanos.

Todas las provincias, excepto Ávila, coinciden en que el enunciado nº 46 (*“Reforzar la intervención pública sobre las residencias privadas...”*) es uno de los cinco de mayor utilidad. Y todas (excepto Soria) consideran el nº 11 (*“Crear una red de atención sociosanitaria específica...”*) como la de menor utilidad. En el caso de Soria, éste es puntuado como el tercer enunciado de menor utilidad.

Consensos

Consenso entre ámbitos profesionales

En cuanto a los siete bloques de medidas propuestas, observamos la existencia de consenso entre profesionales sociales y sanitarios en todos los casos.

Un estudio pormenorizado de los enunciados revela, asimismo, la existencia de consenso entre ambos tipos de profesionales para todos los enunciados, excepto para uno: el nº 50 (*“Ubicación física de los trabajadores sociales de CEAS en los centros de salud”*). Este enunciado, considerado de utilidad “baja” por los profesionales sociales, fue puntuado como de utilidad “alta” por parte de los profesionales sanitarios.

Consenso entre Administraciones

En cuanto a las siete medidas agrupadas, continúa existiendo consenso entre todos los participantes de las distintas Administraciones u Organismos (Administración Local, Gerencia de Servicios Sociales, INSALUD y Consejería de Sanidad y Bienestar Social).

En un estudio pormenorizado de los enunciados, se observa asimismo la existencia de consenso en todos los casos excepto en el que acabamos de comentar, referido a la *“Ubicación física de los trabajadores sociales de CEAS en los centros de salud”*, que los profesionales de la Administración Local y de la Gerencia de Servicios Sociales consideraron de “baja” utilidad mientras que los de la Consejería y del INSALUD la puntuaron como de utilidad “alta” y “media”, respectivamente.



Consenso pleno

En cuanto a las siete medidas agrupadas, hay consenso entre ámbitos profesionales, entre Administraciones y entre los Paneles 1 y 2. Por lo tanto, existe consenso pleno en todas ellas.

En cuanto a los concretos enunciados, sabemos de antemano que no habrá consenso pleno para el nº 50 (*“Ubicación física de los trabajadores sociales de CEAS en los centros de salud”*). Para el resto de enunciados, hay consenso pleno.

Ajuste territorial

Al estudiar si hay o no consenso entre las distintas provincias, lo primero que cabe señalar es que sí existe consenso para las siete medidas agrupadas.

Descendiendo al análisis por enunciados, existe asimismo consenso en 44 de los 62 ítems propuestos, con discrepancia en alguna provincia, por tanto, para 18 de ellos. Además del nº 50, para el que como vimos no había consenso pleno, hay otros 17 enunciados en los que no existe consenso territorial.

Ajuste externo

Las puntuaciones del Panel 3 (expertos de otras Organizaciones) refuerzan el consenso encontrado entre los Paneles 1 y 2 para las siete medidas agrupadas y para todos y cada uno de los enunciados. Una vez más, por tanto, se pone de manifiesto la existencia de un grado extraordinario de consenso externo.



Puntuaciones medias de cada ítem

Facilidad de las medidas propuestas

Medida propuesta 1: Dotación de Recursos Comunitarios

Medida propuesta 1	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 7: Creación de recursos específicos para menores, especialmente en lo que se refiere a la Red de Salud Mental	8,67	8,56	8,60	8,67	8,50	8,86	8,25	8,33	8,67	8,63
Ítem 10: Crear nuevos programas de respiro para las familias de las personas dependientes, tales como estancias de fin de semana o estancias nocturnas.	9,17	9,20	8,70	9,33	9,14	9,44	7,67	8,86	9,33	8,91
Ítem 14: Desarrollar un programa de psicogeriatría en cada una de las Áreas de Salud, a través de un equipo de psicogeriatría que se desplace a los centros y realice programas de diagnóstico de demencias, de racionalización del consumo de psicofármacos, etc.	7,67	7,78	7,60	7,67	7,71	7,44	7,00	7,43	7,11	7,30
Ítem 21: Establecer ayudas para la conciliación de la vida laboral y familiar de las mujeres cuidadoras de familiares en situación de dependencia.	8,83	8,60	8,80	8,67	9,29	8,89	8,33	9,00	9,33	8,86
Ítem 36: Introducir el servicio de catering a domicilio.	7,67	7,30	7,22	7,67	8,14	8,11	7,33	7,50	4,33	7,20
Ítem 43: Priorizar la creación de estructuras intermedias alternativas a la institucionalización, por encima de la creación de plazas residenciales.	8,67	8,33	8,90	9,00	8,83	8,89	9,00	8,43	7,00	8,40
Ítem 52: Creación de Centros ocupacionales, talleres formativos y centros especiales de empleo que contribuyeran a la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental que por su cronificación tienen mayores dificultades para su integración plena en la sociedad.	9,00	8,40	8,40	8,50	8,60	8,22	9,17	8,20	9,14	8,56



Medida propuesta 2: Dotación de Recursos Institucionales										
Medida propuesta 2	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 1: Abrir el sistema de Servicios Sociales, posibilitando su utilización por parte de los enfermos mentales	7,33	7,60	7,00	7,67	7,67	7,11	5,50	5,80	9,11	7,39
Ítem 6: Aumentar el número de plazas de estancias temporales en residencias de personas mayores, con mayor flexibilidad en el tiempo de permanencia según cada caso	9,00	9,10	8,60	9,00	9,14	8,89	8,67	9,00	9,67	8,87
Ítem 8: Creación de unidades de atención temprana en el ámbito hospitalario.	7,33	7,13	7,67	8,33	8,00	7,88	8,33	7,14	4,78	7,27
Ítem 12: Crear unidades de larga estancia y camas de cuidados paliativos para terminales	9,17	9,00	9,00	9,33	9,29	8,78	8,50	9,29	9,67	8,91
Ítem 15: Desarrollar una red de recursos de convalecencia institucionalizados sin tener en cuenta la edad	7,67	7,60	7,10	6,00	7,14	7,56	7,00	7,33	6,11	7,16
Ítem 17: Dotación de camas de convalecencia o plazas residenciales con finalidad rehabilitadora y de reinserción al medio en personas carentes de estructura social adecuada (previsión de ocupación máxima de 90 días)	8,83	8,33	9,10	8,33	8,43	8,78	7,83	9,00	8,22	8,60
Ítem 51: Contar con plazas residenciales para personas con problemas graves de salud mental y necesidades residenciales en miniresidencias, residencias asistidas, residencias de mayores y pisos protegidos (proporción de una plaza por cada 1000 hab.)	7,25	8,50	8,00	8,50	9,00	8,11	8,83	8,80	8,71	8,38
Ítem 53: Creación de una unidad regional para personas con enfermedad mental, cuya especial patología hace difícil su convivencia con otros enfermos en diferentes unidades hospitalarias, rehabilitadoras o residenciales.	9,50	7,90	8,20	8,75	8,50	7,89	8,17	9,00	8,71	8,28

**Medida propuesta 3: Adecuación de los recursos existentes a las necesidades detectadas**

Medida propuesta 3	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 2: Adaptar la ayuda a domicilio a las necesidades sociosanitarias de los individuos, aumentando el número de horas y coordinándola con la atención primaria a domicilio desde el punto de vista de la información, formación y actividades (ejemplo: colaborar con la elaboración de dietas, realizar cambios posturales, informar desde los servicios sanitarios de la enfermedad y los cuidados que requiere...).	9,17	7,60	8,80	9,00	9,00	8,56	7,33	8,29	8,89	8,61
Ítem 9: Crear la figura del “asistente personal” para casos graves de falta de autonomía personal para las actividades de la vida diaria.	7,33	6,67	6,10	7,00	6,83	6,89	6,67	5,60	2,67	6,26
Ítem 13: Crear unidades específicas en los hospitales de agudos, dotadas de personal especializado en geriatría, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales... y con una arquitectura que facilite la movilidad y rehabilitación funcional de las personas dependientes.	7,50	8,22	8,80	9,33	8,57	9,00	6,50	8,57	8,67	8,27
Ítem 16: Distribuir racionalmente los recursos de apoyo a la atención primaria en el ámbito domiciliario (ESAD, hospitalización a domicilio, unidades de cuidados paliativos, equipos de valoración de cuidados geriátricos...) de tal forma que se distribuyan más equitativamente y se eviten duplicidades entre ellos.	8,67	8,50	8,40	9,00	9,00	8,22	7,83	8,29	8,33	8,33
Ítem 34: Incrementar el número de plazas en residencias asistidas mediante reconversión de plazas de válidos en asistidos y conciertos de plazas asistidas y psicogeriátricas.	8,83	8,80	8,40	9,33	9,14	9,00	8,60	9,33	8,78	8,78



Medida propuesta 3	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 41: Potenciar el servicio de prevención y detección de problemas en el anciano en Atención Primaria.	8,17	9,13	8,60	9,00	9,14	9,00	8,40	8,43	9,11	9,96
Ítem 42: Potenciar la atención domiciliaria a menores gravemente afectados.	9,00	8,50	8,67	8,67	8,86	8,56	8,80	8,40	4,89	8,25
Ítem 44: Priorizar la dotación de recursos en el medio rural.	8,67	8,60	8,40	9,33	9,00	8,33	8,67	8,43	9,22	8,65
Ítem 48: Reorientar el papel de enfermería en Atención Primaria, implicándose en la atención a los cuidadores habituales y a los familiares de personas dependientes (atención, información y formación).	9,00	8,63	8,50	9,33	9,33	8,44	7,60	8,71	9,11	8,78
Ítem 50: Ubicación física de los trabajadores sociales de CEAS en los centros de salud.	7,50	4,11	6,50	6,33	3,50	5,63	3,50	4,40	5,56	5,72
Ítem 62: Reestructuración sanitaria.	7,67	7,70	8,40	7,50	8,20	8,43	5,33	8,20	8,29	7,80



Medida propuesta 4: Estrategias de coordinación										
Medida propuesta 4	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 3: Adecuar entre sí los distritos sociales (Zonas de Acción Social) y los sanitarios (Zonas Básicas de Salud).	9,17	8,30	8,00	9,67	8,86	9,11	7,67	8,29	9,67	8,64
Ítem 4: Agilización de interconsultas con los especialistas del INSALUD desde el resto de Administraciones y desde Atención Primaria en pacientes inmovilizados o muy dependientes, propiciando el traslado de especialistas a los centros.	8,00	8,33	8,50	8,67	9,00	7,56	7,83	8,29	8,89	8,34
Ítem 5: Asignar un "responsable" de cada caso complejo que actúe como interlocutor con capacidad reconocida ante todas las Administraciones.	7,67	7,78	7,40	6,67	8,14	7,33	6,17	8,57	9,00	7,79
Ítem 11: Crear una red de atención sociosanitaria específica y con entidad propia, diferenciada de las redes sanitaria y de servicios sociales.	5,33	2,60	5,20	4,33	4,33	5,33	5,00	4,00	2,56	4,29
Ítem 18: Dotación de farmacia y material de curas por parte del INSALUD a las residencias de personas mayores, instituciones dependientes de la Junta o de las Administraciones Locales (p.ej. centros psiquiátricos).	8,50	7,80	7,90	7,33	8,40	7,44	7,83	8,86	7,89	8,05
Ítem 19: Elaborar una guía de recursos sociosanitarios que incluya definición del recurso, perfil del usuario, vía de acceso, capacidad del recurso, demanda existente y financiación de la prestación.	9,33	8,30	8,60	9,33	8,86	9,00	8,50	8,57	9,22	8,81
Ítem 20: Entregar información a los padres a la salida del hospital con un recién nacido sobre signos de alarma de una posible discapacidad y lugares y medios disponibles en atención temprana.	8,00	8,50	9,11	8,00	9,00	9,22	8,33	8,00	9,22	8,65
Ítem 22: Establecer indicadores de evaluación de calidad específicos de la coordinación sociosanitaria.	8,83	8,60	8,10	7,67	9,00	9,11	8,75	8,00	9,22	8,61
Ítem 23: Establecer procedimientos de coordinación para el acceso a consultas y/o ingresos entre Atención Primaria, residencias asistidas, hospitales de INSALUD y hospitales de la Junta.	8,67	8,33	8,60	9,00	9,29	8,67	8,40	9,00	9,56	8,76



Medida propuesta 4	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 24: Establecer un sistema de acceso a los recursos homogéneo en todas las instituciones públicas. Ejemplo: residencias asistidas, aunque dependan de diferentes Administraciones el mecanismo de acceso debería ser idéntico, con procedimientos e informes de valoración únicos.	9,83	8,50	8,50	8,67	9,14	9,00	9,00	9,14	9,33	8,92
Ítem 25: Evitar que el trabajador de ayuda a domicilio tenga que acudir al Centro de Salud a por recetas u otros trámites, responsabilizando al Equipo de Atención Primaria para que solucione estas cuestiones en el domicilio de la persona dependiente.	8,33	8,20	6,60	7,67	8,33	7,89	7,25	7,57	4,67	7,32
Ítem 26: Favorecer la concertación de plazas con centros sociosanitarios de carácter privado.	7,67	6,90	7,50	9,00	7,57	7,00	7,20	7,83	6,22	7,20
Ítem 27: Reuniones periódicas entre profesionales sanitarios y de servicios sociales para fomentar su integración funcional.	9,17	8,70	8,50	9,33	8,86	9,11	9,20	8,83	8,44	8,78
Ítem 28: Firmar convenios de colaboración entre las distintas Administraciones, que aporten estabilidad a las relaciones mutuas.	8,83	8,80	8,30	9,00	9,00	8,78	8,80	8,83	8,22	8,55
Ítem 30: Formalizar los procedimientos de coordinación sociosanitaria, incluyéndolos en manuales específicos.	8,67	7,90	8,40	9,00	8,57	8,56	8,50	8,33	7,44	8,27
Ítem 31: Hacer más permeables las Administraciones e instituciones, posibilitando la participación de otros profesionales en sus comisiones de valoración, concesión de recursos...	7,00	6,67	7,30	7,33	8,43	7,22	6,40	7,33	7,22	7,26
Ítem 32: Impulsar los Consejos de Salud como órgano con competencia para la captación de problemas en el entorno social.	8,50	8,38	7,40	7,33	7,80	7,38	5,83	7,60	8,00	7,57
Ítem 35: Incrementar la capacidad de la Atención Primaria para derivar a diversos recursos sociales de forma directa: centros de día (alzheimer y discapacitados), ayuda a domicilio, residencias asistidas.	7,17	6,90	7,60	8,00	7,71	6,67	6,67	7,29	8,56	7,46



Medida propuesta 4	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 38: Mayor implicación y premura en actuaciones ante la Administración de Justicia y Ministerio Fiscal para evitar abusos y negligencias en el anciano, agilizar los procesos de incapacitación y buscar apoyos en la solución de problemas de urgencia social.	9,17	8,67	8,30	9,33	9,00	9,11	8,17	9,00	9,11	8,74
Ítem 39: Otorgar a las Comisiones de Coordinación de Área capacidad para decidir y asignar recursos en casos de urgencia, pudiendo disponer para ellos de plazas en hospitales de cuidados intermedios o residencias asistidas.	9,00	8,11	8,50	8,67	8,33	8,44	7,33	8,71	9,00	8,35
Ítem 40: Posibilidad de solicitar directamente pruebas de laboratorio, radiología y citas de especializada desde otras Administraciones (centros de atención temprana...), sin perjuicio de informar a Atención Primaria de estas actuaciones.	6,17	5,80	6,22	6,67	8,14	6,57	4,60	6,43	7,11	6,44
Ítem 46: Reforzar la intervención pública sobre las residencias privadas, con controles de calidad más rigurosos y periódicos.	9,00	9,40	9,00	9,33	9,50	9,33	9,33	9,29	9,44	9,23
Ítem 47: Reglamentar un sistema de apoyo al asociacionismo a través de convocatorias específicas de subvenciones para favorecer la colaboración de grupos de ayuda mutua, asociaciones y ONGs.	8,33	7,89	7,30	8,67	8,25	8,44	6,25	7,67	8,67	7,97
Ítem 49: Sistema de información compartido y accesible entre las diferentes Administraciones	8,67	8,60	8,30	9,00	9,00	9,00	7,60	8,86	9,11	8,70
Ítem 54: Definición de una cartera de servicios socio-sanitarios incluyendo niveles de efectividad, calidad y producción.	8,50	7,30	7,60	8,25	8,00	8,00	8,40	7,60	7,86	7,92
Ítem 61: Realización de un mapa socio-sanitario con criterios técnicos de distribución (socio-demográficos, sanitarios, demográficos...)	8,75	7,40	7,20	8,00	8,20	8,38	7,00	8,50	8,14	7,89



Medida propuesta 5: Dotación de Recursos Humanos

Medida propuesta 5	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 33: Incorporar mayor número de profesionales sanitarios (psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas...).	8,33	8,11	8,20	8,67	8,83	8,25	7,80	8,43	8,44	8,12
Ítem 37: Mayor dotación de trabajadores sociales en INSALUD (uno por Equipo de Atención Primaria) y en Servicios Sociales.	8,33	8,20	8,10	9,00	8,43	8,89	7,80	8,29	8,78	8,37

Medida propuesta 6: Formación de los profesionales

Medida propuesta 6	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 29: Formación de los profesionales de Atención Primaria en cuidados paliativos, demencias, trastornos psiquiátricos..., fijando objetivos de conocimientos, actitudes y habilidades que deben adquirir.	9,00	9,30	8,10	9,00	9,14	8,78	8,67	8,57	9,22	8,82
Ítem 45: Actividades de formación conjunta de profesionales sanitarios y de servicios sociales, en el modelo biopsicosocial.	8,33	8,30	8,30	9,00	8,50	9,00	8,33	8,71	7,44	8,39
Ítem 59: Formar específicamente en salud mental a los profesionales de los CEAS.	5,75	6,50	5,80	6,75	7,20	6,13	7,20	5,60	7,29	6,42



Medida propuesta 7: Desarrollo de Programas específicos de Salud Mental										
Medida propuesta 7	AV	BU	LE	PA	SA	SG	SO	VA	ZA	CyL
Ítem 55: Desarrollar programas de rehabilitación psicosocial de enfermos mentales, destinados a la población rural, ejecutados por los CEAS y por los Equipos de Atención Primaria en coordinación con los Centros de Día de referencia.	8,75	7,50	7,20	8,25	7,80	6,89	7,33	8,00	8,14	7,60
Ítem 56: Desarrollar un programa de detección e inserción social a personas indomiciliadas con trastorno mental.	9,00	7,40	8,20	8,00	7,40	7,33	8,67	7,60	8,29	7,92
Ítem 57: Desarrollar un programa de psicoeducación para familiares de personas con esquizofrenia, con capacidad para atender a 300 personas por Área de Salud y año, como principal actividad de prevención terciaria de recaídas.	8,75	7,80	7,20	8,25	8,00	7,71	7,80	8,75	8,00	7,94
Ítem 58: Desarrollar un programa, con recursos asistenciales propios, para personas con trastorno mental severo o persistente.	7,50	8,00	8,00	8,50	8,60	7,50	8,17	8,80	8,71	8,11
Ítem 60: Introducir en la planificación de la Gerencia de Servicios Sociales programas para la inclusión social de las personas con enfermedad mental.	8,25	7,60	7,00	7,75	8,00	6,50	7,60	6,80	8,14	7,36



Conclusiones

Si los resultados del estudio son extrapolables al conjunto de nuestra Comunidad, podríamos señalar que en **Castilla y León existe un interés extraordinario hacia el denominado "espacio sociosanitario"**. Un interés que se muestra tanto en el elevado grado de participación en el estudio (superior al 70%), como en la consideración de la mayor parte de las necesidades y problemas planteados como de importancia "alta".

En el contexto de ese interés y de esa relevancia ampliamente reconocida de la problemática sociosanitaria, destacan dos tipos de necesidades fundamentalmente:

- Por un lado, aquellas necesidades que serían atendibles mediante una mayor dotación de recursos, tanto de carácter institucional (problema "agrupado" más puntuado) como alternativos a la institucionalización (enunciado más valorado).
- Por otro lado, aquellas necesidades que tendrían solución mediante una diferente organización de los recursos existentes, y, particularmente, mediante una mayor conexión entre los sistemas social y sanitario, por ejemplo: un mejor ajuste temporal entre unos y otros recursos cuando éstos deben actuar de forma sucesiva, o, más ampliamente, el establecimiento de cauces formales para la relación entre profesionales sanitarios y sociales.

Es digna de ser destacada la amplia coincidencia en cuanto a la percepción de la problemática sociosanitaria que existe, en Castilla y León, tanto entre ámbitos profesionales como entre Administraciones y ámbitos territoriales.

Prácticamente la única discrepancia detectada en este estudio es de carácter organizativo: en concreto, los profesionales sanitarios no parecen tener tan claro como los sociales cuáles son los interlocutores y vías adecuados para plantear problemas y proyectos sociosanitarios desde los Servicios Periféricos a los Centrales.

Por tanto, **la percepción de la problemática sociosanitaria en Castilla y León tiene una sólida base común, siendo la valoración de las necesidades y problemas muy homogénea**, lo que sin duda supone un buen sustrato inicial para la toma de decisiones planificadoras en esta materia.

En cuanto a las medidas propuestas por los propios participantes en el estudio, hemos distinguido en su valoración dos aspectos: por un lado, la "factibilidad", entendida como facilidad prevista de su hipotética aplicación, y, por otro lado, la "utilidad", en el sentido de los resultados esperados sobre el escenario de necesidades y problemas existente.



Los resultados obtenidos, con una utilidad “alta” para la mayoría de las propuestas, y una factibilidad más reducida (sólo “media”) ponen de manifiesto una importante dosis de realismo. Como hemos señalado, esto no hace sino reflejar, a nuestro juicio, el dilema de tener que satisfacer necesidades tendencialmente infinitas mediante la aplicación de recursos limitados.

Resulta oportuno destacar que entre las medidas percibidas, en su conjunto, como más factibles se encuentra la formación de los profesionales. Además, se percibe también como de fácil aplicación una mayor integración funcional entre profesionales sanitarios y de los servicios sociales, tanto por medio de reuniones periódicas entre ellos, como de convenios de colaboración entre las Administraciones competentes.

Por el contrario, la creación de una red sociosanitaria diferenciada, o la creación de la figura del “asistente personal” son las medidas consideradas de más difícil aplicación.

El amplio consenso profesional existente, una vez más, en cuanto a la factibilidad de implantar las diferentes medidas propuestas presenta una excepción: la adecuación entre Zonas de Acción Social y Zonas Básicas de Salud. Una medida que, conforme a los resultados obtenidos, se ve de forma bastante distinta en los Servicios Centrales (facilidad “baja”) y en los Periféricos (facilidad “alta”).

En cuanto a la utilidad de las medidas propuestas, conviene destacar que prácticamente todas las medidas se puntúan como de utilidad “alta o media”, con una reveladora excepción: la creación de una red de atención sociosanitaria específica y diferenciada, que se considera de utilidad “baja”.

Se pone de manifiesto, así, un firme consenso en cuanto al propio modelo de desarrollo sociosanitario a seguir, desechándose con rotundidad la configuración como “red separada” y apostándose, en consecuencia, por un modelo basado en la mayor coordinación e integración funcional de las redes existentes.

En función de las propuestas consideradas como de mayor utilidad, se debería hacer hincapié en la atención al anciano prestada por los Equipos de Atención Primaria, en el control de las residencias privadas, en la homogeneización de los mecanismos de acceso a los recursos residenciales, en los programas de respiro familiar o en las unidades de cuidados paliativos, por poner sólo algunos ejemplos.

Dependiendo de su concreto ámbito y contenido, estas y otras propuestas deberán, en su caso, articularse a través de las distintas herramientas planificadoras existentes: Plan de Salud de Castilla y León, Planificación Regional Sectorial de Servicios Sociales, Planes Anuales de Gestión de la Gerencia Regional de Salud, etc., correspondiendo al Plan Sociosanitario la articulación de aquellas medidas específicamente dirigidas a la coordinación entre servicios sociales y servicios de salud.

El amplio consenso entre todos los ámbitos tiene, una vez más, una excepción en cuanto a una propuesta: la ubicación de los trabajadores sociales de los CEAS en los Centros de



Salud, considerada de utilidad “alta” por los profesionales sanitarios y “baja” por los del Sistema de Acción Social.

Por último, nos gustaría resaltar el **elevado grado de coincidencia (en términos generales prácticamente absoluto) entre los miembros de Entidades y Organizaciones externas a las Administraciones directamente implicadas, por una parte, y los profesionales que trabajan en el ámbito institucional de dichas Administraciones, por otra.**

Creemos que resulta muy positivo que la postura de estas organizaciones refuerce el importante grado de consenso detectado entre profesionales sanitarios y sociales que pertenecen a diferentes Administraciones, y que trabajan tanto en los Servicios Centrales como en cada una de las nueve provincias de Castilla y León.

Es cierto, como se señalaba en el Plan de Atención Sociosanitaria, que *“los sistemas Sanitarios y de Acción Social se han desarrollado históricamente en paralelo”*, y sabíamos ya que era una necesidad apremiante, en el contexto actual, que este desarrollo en paralelo fuese sustituido por una integración funcional de ambos sistemas.

Como resultado del presente estudio, ahora sabemos todavía algo más: y es que, afortunadamente, el cambio es posible, sobre la base del amplio consenso detectado entre los distintos profesionales implicados en prestar una mejor atención social y sanitaria a los ciudadanos de Castilla y León.



Anexo 1: ítems

A) Necesidades y problemas:

- Ítem 01: A veces la ayuda a domicilio no se asigna a quien más la necesita, sino a quien presenta antes la solicitud.
- Ítem 02: Atención deficiente en residencias privadas: insuficiente atención sanitaria, escasez de actividades, de personal y de programas rehabilitadores.
- Ítem 03: Ausencia de estructuras de coordinación operativas y con capacidad de decisión.
- Ítem 04: Barreras de comunicación y carencia de sistemas de información para personas con discapacidad sensorial en centros sociales y sanitarios.
- Ítem 05: Carencias en la información y transparencia en el acceso a los recursos sociales.
- Ítem 06: Deficiente atención sanitaria a inmigrantes, transeúntes, mendigos, prostitutas., sobre todo si padecen alguna drogodependencia o alcoholismo.
- Ítem 07: Déficit de camas hospitalarias de media/larga estancia.
- Ítem 08: Demasiada burocracia interna en la gestión de los recursos.
- Ítem 09: Desconocimiento mutuo entre los recursos y procedimientos de los servicios sociales y sanitarios.
- Ítem 10: El personal sanitario no aporta suficiente información a los trabajadores de ayuda a domicilio sobre los cuidados necesarios.
- Ítem 11: El servicio de ayuda a domicilio es escaso.
- Ítem 12: Escasa concienciación del ámbito sanitario para comunicar y denunciar el maltrato infantil en todas sus variantes, incluidas situaciones de riesgo.
- Ítem 13: Escasa cultura de coordinación y participación.
- Ítem 14: Escasa motivación de los profesionales.
- Ítem 15: Escasa preparación técnica de las personas que prestan el servicio de ayuda a domicilio.
- Ítem 16: Escasez de ayudas individuales para remodelación de viviendas en personas con discapacidad.
- Ítem 17: Escasez de fisioterapeutas para tratamientos de rehabilitación.



- Ítem 18: Escasez de recursos sociales alternativos a la institucionalización, tales como centros de día, apartamentos y viviendas tuteladas, estancias temporales...
- Ítem 19: Escasez de trabajadores sociales en el Sistema de Salud.
- Ítem 20: Escasez de unidades hospitalarias de psico-geriatría.
- Ítem 21: Escaso aprovechamiento del voluntariado en la atención sociosanitaria.
- Ítem 22: Estructura hospitalaria inadecuada para la atención a ancianos frágiles.
- Ítem 23: Excesivos trámites burocráticos para la población a la hora de obtener determinados recursos sociales.
- Ítem 24: Falta de ajuste temporal entre recursos sanitarios y sociales cuando deben actuar de forma sucesiva, por ejemplo: la estancia media en psiquiatría es de 15-20 días, plazo para encontrar una plaza de psicogeriatría en personas con demencia grave y trastornos de conducta que no pueden volver al domicilio; sin embargo, Servicios Sociales tarda de 2 a 3 meses en proporcionar el recurso.
- Ítem 25: Falta de ajuste temporal entre recursos sanitarios y sociales cuando deben actuar de forma simultánea, por ejemplo: las estancias temporales por intervención o ingreso del cuidador principal no siempre se producen el mismo día que el cuidador ingresa.
- Ítem 26: Falta de ayudas económicas a los cuidadores de personas dependientes.
- Ítem 27: Falta de ayudas económicas para familias con problemática social, desestructuradas y con menores a su cargo.
- Ítem 28: Falta de coincidencia entre las Zonas Básicas de Salud y las Zonas de Acción Social.
- Ítem 29: Falta de detección y escasa denuncia a los organismos competentes de abusos y maltratos a la población anciana: agresiones físicas, abuso emocional o psicológico, abuso sexual, manipulación económica o negligencia.
- Ítem 30: Falta de formación continuada específica en materias sociosanitarias.
- Ítem 31: Falta de funcionamiento o funcionamiento inadecuado de los Consejos de Salud.
- Ítem 32: Falta de indicadores e instrumentos de medida de calidad en servicios sociales.
- Ítem 33: Falta de seguimiento adecuado a nivel domiciliario por parte de Atención Primaria de pacientes con enfermedad terminal, pluripatología, polifarmacia, deterioro cognitivo... con la consiguiente sobrecarga en los hospitales.
- Ítem 34: Falta de transmisión de la información entre los distintos profesionales sanitarios que atienden a un paciente.
- Ítem 35: Falta de un enfoque multidisciplinar en la atención por parte de los profesionales que la prestan.



- Ítem 36: Falta de un sistema de información único y accesible para las distintas Administraciones, que dificulta el seguimiento de los casos e impide valorar adecuadamente las necesidades en cada momento.
- Ítem 37: Gran dificultad para tener acceso a recursos sociales desde el sistema sanitario y viceversa.
- Ítem 38: Hipertrofia del modelo residencial.
- Ítem 39: Incertidumbre sobre la regulación estatal del seguro de dependencia.
- Ítem 40: Indefinición de lo que es “sociosanitario”.
- Ítem 41: Insuficiente cobertura por el sistema de salud de determinados recursos que terminan repercutiendo inadecuadamente en el sistema de servicios sociales (aparatos ortopédicos, prótesis dentarias...)
- Ítem 42: Insuficiente información por parte de los Servicios Centrales a los periféricos en materia de atención sociosanitaria.
- Ítem 43: La distribución de los recursos sociales es desigual, existiendo una menor dotación en el medio rural.
- Ítem 44: Los ingresos hospitalarios en personas dependientes se prolongan de forma indebida por rechazo de la familia para atenderles en su domicilio.
- Ítem 45: Los ingresos hospitalarios en personas dependientes se prolongan de forma indebida por ausencia de otros recursos cuando existe escaso soporte familiar.
- Ítem 46: No existe ningún centro público de rehabilitación integral para abordar problemas de daño cerebral (tumores, patología derivada de accidente cerebro vascular...)
- Ítem 47: No existe una relación formal entre profesionales sanitarios y sociales, basándose las relaciones en la buena voluntad de tenerlas.
- Ítem 48: No existen recursos para algunas personas que no se ajustan al perfil para entrar en otros dispositivos, por ejemplo: menores de 60 años con demencia, jóvenes con conductas antisociales graves o drogodependencia.
- Ítem 49: No hay suficientes plazas residenciales para personas mayores asistidas.
- Ítem 50: No hay suficientes unidades hospitalarias de cuidados paliativos.
- Ítem 51: No se conocen los interlocutores y vías adecuados para plantear problemas y proyectos sociosanitarios desde los Servicios periféricos a los Servicios Centrales.
- Ítem 52: Carencia de estructuras de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental.
- Ítem 53: No existe ningún programa en marcha para la prevención de enfermedades mentales.



B) Medidas propuestas:

- Ítem 01: Abrir el sistema de Servicios Sociales, posibilitando su utilización por parte de los enfermos mentales
- Ítem 02: Adaptar la ayuda a domicilio a las necesidades sociosanitarias de los individuos, aumentando el número de horas y coordinándola con la atención primaria a domicilio desde el punto de vista de la información, formación y actividades (ejemplo: colaborar con la elaboración de dietas, realizar cambios posturales, informar desde los servicios sanitarios de la enfermedad y los cuidados que requiere...)
- Ítem 03: Adecuar entre sí los distritos sociales (Zonas de Acción Social) y los sanitarios (Zonas Básicas de Salud).
- Ítem 04: Agilización de interconsultas con los especialistas del INSALUD desde el resto de Administraciones y desde Atención Primaria en pacientes inmovilizados o muy dependientes, propiciando el traslado de especialistas a los centros.
- Ítem 05: Asignar un "responsable" de cada caso complejo que actúe como interlocutor con capacidad reconocida ante todas las Administraciones.
- Ítem 06: Aumentar el número de plazas de estancias temporales en residencias de personas mayores, con mayor flexibilidad en el tiempo de permanencia según cada caso
- Ítem 07: Creación de recursos específicos para menores, especialmente en lo que se refiere a la Red de Salud Mental
- Ítem 08: Creación de unidades de atención temprana en el ámbito hospitalario.
- Ítem 09: Crear la figura del "asistente personal" para casos graves de falta de autonomía personal para las actividades de la vida diaria.
- Ítem 10: Crear nuevos programas de respiro para las familias de las personas dependientes, tales como estancias de fin de semana o estancias nocturnas.
- Ítem 11: Crear una red de atención sociosanitaria específica y con entidad propia, diferenciada de las redes sanitaria y de servicios sociales.
- Ítem 12: Crear unidades de larga estancia y camas de cuidados paliativos para terminales
- Ítem 13: Crear unidades específicas en los hospitales de agudos, dotadas de personal especializado en geriatría, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales... y con una arquitectura que facilite la movilidad y rehabilitación funcional de las personas dependientes
- Ítem 14: Desarrollar un programa de psicogeriatría en cada una de las Áreas de Salud, a través de un equipo de psicogeriatría que se desplace a los centros y realice programas de diagnóstico de demencias, de racionalización del consumo de psicofármacos, etc.
- Ítem 15: Desarrollar una red de recursos de convalecencia institucionalizados sin tener en cuenta la edad



- Ítem 16: Distribuir racionalmente los recursos de apoyo a la atención primaria en el ámbito domiciliario (ESAD, hospitalización a domicilio, unidades de cuidados paliativos, equipos de valoración de cuidados geriátricos...) de tal forma que se distribuyan más equitativamente y se eviten duplicidades entre ellos
- Ítem 17: Dotación de camas de convalecencia o plazas residenciales con finalidad rehabilitadora y de reinserción al medio en personas carentes de estructura social adecuada (previsión de ocupación máxima de 90 días)
- Ítem 18: Dotación de farmacia y material de curas por parte del INSALUD a las residencias de personas mayores, instituciones dependientes de la Junta o de las Administraciones Locales (p.ej. centros psiquiátricos).
- Ítem 19: Elaborar una guía de recursos sociosanitarios que incluya definición del recurso, perfil del usuario, vía de acceso, capacidad del recurso, demanda existente y financiación de la prestación.
- Ítem 20: Entregar información a los padres a la salida del hospital con un recién nacido sobre signos de alarma de una posible discapacidad y lugares y medios disponibles en atención temprana.
- Ítem 21: Establecer ayudas para la conciliación de la vida laboral y familiar de las mujeres cuidadoras de familiares en situación de dependencia
- Ítem 22: Establecer indicadores de evaluación de calidad específicos de la coordinación sociosanitaria.
- Ítem 23: Establecer procedimientos de coordinación para el acceso a consultas y/o ingresos entre Atención Primaria, residencias asistidas, hospitales de INSALUD y hospitales de la Junta.
- Ítem 24: Establecer un sistema de acceso a los recursos homogéneo en todas las instituciones públicas. Ejemplo: residencias asistidas, aunque dependan de diferentes Administraciones el mecanismo de acceso debería ser idéntico, con procedimientos e informes de valoración únicos.
- Ítem 25: Evitar que el trabajador de ayuda a domicilio tenga que acudir al Centro de Salud a por recetas u otros trámites, responsabilizando al Equipo de Atención Primaria para que solucione estas cuestiones en el domicilio de la persona dependiente.
- Ítem 26: Favorecer la concertación de plazas con centros sociosanitarios de carácter privado.
- Ítem 27: Reuniones periódicas entre profesionales sanitarios y de servicios sociales para fomentar su integración funcional.
- Ítem 28: Firmar convenios de colaboración entre las distintas Administraciones, que aporten estabilidad a las relaciones mutuas.
- Ítem 29: Formación de los profesionales de Atención Primaria en cuidados paliativos, demencias, trastornos psiquiátricos..., fijando objetivos de conocimientos, actitudes y habilidades que deben adquirir



- Ítem 30: Formalizar los procedimientos de coordinación sociosanitaria, incluyéndolos en manuales específicos.
- Ítem 31: Hacer más permeables las Administraciones e instituciones, posibilitando la participación de otros profesionales en sus comisiones de valoración, concesión de recursos..
- Ítem 32: Impulsar los Consejos de Salud como órgano con competencia para la captación de problemas en el entorno social.
- Ítem 33: Incorporar mayor número de profesionales sanitarios (psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas..)
- Ítem 34: Incrementar el número de plazas en residencias asistidas mediante reconversión de plazas de válidos en asistidos y conciertos de plazas asistidas y psicogerítricas
- Ítem 35: Incrementar la capacidad de la Atención Primaria para derivar a diversos recursos sociales de forma directa: centros de día (alzheimer y discapacitados), ayuda a domicilio, residencias asistidas.
- Ítem 36: Introducir el servicio de catering a domicilio.
- Ítem 37: Mayor dotación de trabajadores sociales en INSALUD (uno por Equipo de Atención Primaria) y en Servicios Sociales
- Ítem 38: Mayor implicación y premura en actuaciones ante la Administración de Justicia y Ministerio Fiscal para evitar abusos y negligencias en el anciano, agilizar los procesos de incapacitación y buscar apoyos en la solución de problemas de urgencia social.
- Ítem 39: Otorgar a las Comisiones de Coordinación de Área capacidad para decidir y asignar recursos en casos de urgencia, pudiendo disponer para ellos de plazas en hospitales de cuidados intermedios o residencias asistidas.
- Ítem 40: Posibilidad de solicitar directamente pruebas de laboratorio, radiología y citas de especializada desde otras Administraciones (centros de atención temprana...), sin perjuicio de informar a Atención Primaria de estas actuaciones.
- Ítem 41: Potenciar el servicio de prevención y detección de problemas en el anciano en Atención Primaria.
- Ítem 42: Potenciar la atención domiciliaria a menores gravemente afectados.
- Ítem 43: Priorizar la creación de estructuras intermedias alternativas a la institucionalización, por encima de la creación de plazas residenciales
- Ítem 44: Priorizar la dotación de recursos en el medio rural.
- Ítem 45: Actividades de formación conjunta de profesionales sanitarios y de servicios sociales, en el modelo biopsicosocial
- Ítem 46: Reforzar la intervención pública sobre las residencias privadas, con controles de calidad más rigurosos y periódicos.



- Ítem 47: Reglamentar un sistema de apoyo al asociacionismo a través de convocatorias específicas de subvenciones para favorecer la colaboración de grupos de ayuda mutua, asociaciones y ONGs.
- Ítem 48: Reorientar el papel de enfermería en Atención Primaria, implicándose en la atención a los cuidadores habituales y a los familiares de personas dependientes (atención, información y formación)
- Ítem 49: Sistema de información compartido y accesible entre las diferentes Administraciones
- Ítem 50: Ubicación física de los trabajadores sociales de CEAS en los centros de salud
- Ítem 51: Contar con plazas residenciales para personas con problemas graves de salud mental y necesidades residenciales en miniresidencias, residencias asistidas, residencias de mayores y pisos protegidos (proporción de una plaza por cada 1000 hab.)
- Ítem 52: Creación de Centros ocupacionales, talleres formativos y centros especiales de empleo que contribuyeran a la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental que por su cronificación tienen mayores dificultades para su integración plena en la sociedad
- Ítem 53: Creación de una unidad regional para personas con enfermedad mental, cuya especial patología hace difícil su convivencia con otros enfermos en diferentes unidades hospitalarias, rehabilitadoras o residenciales.
- Ítem 54: Definición de una cartera de servicios socio-sanitarios incluyendo niveles de efectividad, calidad y producción.
- Ítem 55: Desarrollar programas de rehabilitación psicosocial de enfermos mentales, destinados a la población rural, ejecutados por los CEAS y por los Equipos de Atención Primaria en coordinación con los Centros de Día de referencia.
- Ítem 56: Desarrollar un programa de detección e inserción social a personas indomiciliadas con trastorno mental.
- Ítem 57: Desarrollar un programa de psicoeducación para familiares de personas con esquizofrenia, con capacidad para atender a 300 personas por Area de Salud y año, como principal actividad de prevención terciaria de recaídas.
- Ítem 58: Desarrollar un programa, con recursos asistenciales propios, para personas con trastorno mental severo o persistente.
- Ítem 59: Formar específicamente en salud mental a los profesionales de los CEAS
- Ítem 60: Introducir en la planificación de la Gerencia de Servicios Sociales programas para la inclusión social de las personas con enfermedad mental.
- Ítem 61: Realización de un mapa sociosanitario con criterios técnicos de distribución (socio-demográficos, sanitarios, demográficos...)
- Ítem 62: Reestructuración sanitaria.



Anexo II: consensos



CONSENSO



NO CONSENSO

Importancia de los problemas

Ítems	CONSENSOS				
	Ámbito profesional	Administraciones	Pleno	Territorial	Externo
Ítem 1					
Ítem 2					
Ítem 3					
Ítem 4					
Ítem 5					
Ítem 6					
Ítem 7					
Ítem 8					
Ítem 9					
Ítem 10					
Ítem 11					
Ítem 12					
Ítem 13					
Ítem 14					
Ítem 15					
Ítem 16					
Ítem 17					
Ítem 18					
Ítem 19					
Ítem 20					
Ítem 21					
Ítem 22					
Ítem 23					
Ítem 24					
Ítem 25					
Ítem 26					
Ítem 27					
Ítem 28					
Ítem 29					
Ítem 30					
Ítem 31					



Importancia de los problemas (Continuación)

Ítems	CONSENSOS				
	Ámbito profesional	Administraciones	Pleno	Territorial	Externo
Ítem 32					
Ítem 33					
Ítem 34					
Ítem 35					
Ítem 36					
Ítem 37					
Ítem 38					
Ítem 39					
Ítem 40					
Ítem 41					
Ítem 42					
Ítem 43					
Ítem 44					
Ítem 45					
Ítem 46					
Ítem 47					
Ítem 48					
Ítem 49					
Ítem 50					
Ítem 51					
Ítem 52					
Ítem 53					



Facilidad de las medidas propuestas

Ítems	CONSENSOS				
	Ámbito profesional	Administraciones	Pleno	Territorial	Externo
Ítem 1					
Ítem 2					
Ítem 3					
Ítem 4					
Ítem 5					
Ítem 6					
Ítem 7					
Ítem 8					
Ítem 9					
Ítem 10					
Ítem 11					
Ítem 12					
Ítem 13					
Ítem 14					
Ítem 15					
Ítem 16					
Ítem 17					
Ítem 18					
Ítem 19					
Ítem 20					
Ítem 21					
Ítem 22					
Ítem 23					
Ítem 24					
Ítem 25					
Ítem 26					
Ítem 27					
Ítem 28					
Ítem 29					
Ítem 30					
Ítem 31					
Ítem 32					
Ítem 33					
Ítem 34					
Ítem 35					
Ítem 36					



Facilidad de las medidas propuestas (Continuación)

Ítems	CONSENSOS				
	Ámbito profesional	Administraciones	Pleno	Territorial	Externo
Ítem 37					
Ítem 38					
Ítem 39					
Ítem 40					
Ítem 41					
Ítem 42					
Ítem 43					
Ítem 44					
Ítem 45					
Ítem 46					
Ítem 47					
Ítem 48					
Ítem 49					
Ítem 50					
Ítem 51					
Ítem 52					
Ítem 53					
Ítem 54					
Ítem 55					
Ítem 56					
Ítem 57					
Ítem 58					
Ítem 59					
Ítem 60					
Ítem 61					
Ítem 62					



Utilidad de las medidas propuestas

Ítems	CONSENSOS				
	Ámbito profesional	Administraciones	Pleno	Territorial	Externo
Ítem 1					
Ítem 2					
Ítem 3					
Ítem 4					
Ítem 5					
Ítem 6					
Ítem 7					
Ítem 8					
Ítem 9					
Ítem 10					
Ítem 11					
Ítem 12					
Ítem 13					
Ítem 14					
Ítem 15					
Ítem 16					
Ítem 17					
Ítem 18					
Ítem 19					
Ítem 20					
Ítem 21					
Ítem 22					
Ítem 23					
Ítem 24					
Ítem 25					
Ítem 26					
Ítem 27					
Ítem 28					
Ítem 29					
Ítem 30					
Ítem 31					
Ítem 32					
Ítem 33					
Ítem 34					
Ítem 35					
Ítem 36					



Utilidad de las medidas propuestas (Continuación)

Ítems	CONSENSOS				
	Ámbito profesional	Administraciones	Pleno	Territorial	Externo
Ítem 37					
Ítem 38					
Ítem 39					
Ítem 40					
Ítem 41					
Ítem 42					
Ítem 43					
Ítem 44					
Ítem 45					
Ítem 46					
Ítem 47					
Ítem 48					
Ítem 49					
Ítem 50					
Ítem 51					
Ítem 52					
Ítem 53					
Ítem 54					
Ítem 55					
Ítem 56					
Ítem 57					
Ítem 58					
Ítem 59					
Ítem 60					
Ítem 61					
Ítem 62					



Importancia de los problemas agrupados

	CONSENSOS				
Agrupaciones	Ámbito profesional	Administraciones	Pleno	Territorial	Externo
Problema 1					
Problema 2					
Problema 3					
Problema 4					
Problema 5					
Problema 6					
Problema 7					

Facilidad de las medidas propuestas agrupadas

	CONSENSOS				
Agrupaciones	Ámbito profesional	Administraciones	Pleno	Territorial	Externo
Medida 1					
Medida 2					
Medida 3					
Medida 4					
Medida 5					
Medida 6					
Medida 7					

Utilidad de las medidas propuestas agrupadas

	CONSENSOS				
Agrupaciones	Ámbito profesional	Administraciones	Pleno	Territorial	Externo
Medida 1					
Medida 2					
Medida 3					
Medida 4					
Medida 5					
Medida 6					
Medida 7					



Anexo III: ítems agrupados

Importancia de los problemas

Problema 1: "Ineficiencia en la gestión y asignación de recursos: Falta de información y transparencia, excesiva burocracia, duplicidades, inadecuación y/o desigualdad en la distribución de los recursos, ..."

Problema 1	Media	%Votación
Ítem 1: A veces la ayuda a domicilio no se asigna a quien más la necesita, sino a quien presenta antes la solicitud.	4,60	95,29
Ítem 5: Carencias en la información y transparencia en el acceso a los recursos sociales.	5,86	100,00
Ítem 8: Demasiada burocracia interna en la gestión de los recursos.	7,82	98,82
Ítem 23: Excesivos trámites burocráticos para la población a la hora de obtener determinados recursos sociales.	7,55	100,00
Ítem 24: Falta de ajuste temporal entre recursos sanitarios y sociales cuando deben actuar de forma sucesiva, por ejemplo: la estancia media en psiquiatría es de 15-20 días, plazo para encontrar una plaza de psicogeriatría en personas con demencia grave y trastornos de conducta que no pueden volver al domicilio; sin embargo, Servicios Sociales tarda de 2 a 3 meses en proporcionar el recurso.	8,96	100,00
Ítem 25: Falta de ajuste temporal entre recursos sanitarios y sociales cuando deben actuar de forma simultánea, por ejemplo: las estancias temporales por intervención o ingreso del cuidador principal no siempre se producen el mismo día que el cuidador ingresa.	8,42	98,82
Ítem 38: Hipertrofia del modelo residencial.	6,99	92,94
Ítem 41: Insuficiente cobertura por el sistema de salud de determinados recursos que terminan repercutiendo inadecuadamente en el sistema de servicios sociales (aparatos ortopédicos, prótesis dentarias...)	7,46	100,00
Ítem 43: La distribución de los recursos sociales es desigual, existiendo una menor dotación en el medio rural.	8,45	100,00
Ítem 44: Los ingresos hospitalarios en personas dependientes se prolongan de forma indebida por rechazo de la familia para atenderles en su domicilio.	7,91	100,00
Ítem 45: Los ingresos hospitalarios en personas dependientes se prolongan de forma indebida por ausencia de otros recursos cuando existe escaso soporte familiar.	8,67	98,82



Problema 2: Deficiente atención social y/o sanitaria

Problema 2	Media	%Votación
Ítem 2: Atención deficiente en residencias privadas: insuficiente atención sanitaria, escasez de actividades, de personal y de programas rehabilitadores.	7,60	100,00
Ítem 4: Barreras de comunicación y carencia de sistemas de información para personas con discapacidad sensorial en centros sociales y sanitarios.	4,60	95,29
Ítem 6: Deficiente atención sanitaria a inmigrantes, transeúntes, mendigos, prostitutas., sobre todo si padecen alguna drogodependencia o alcoholismo.	5,92	96,47
Ítem 10: El personal sanitario no aporta suficiente información a los trabajadores de ayuda a domicilio sobre los cuidados necesarios.	5,89	95,29
Ítem 33: Falta de seguimiento adecuado a nivel domiciliario por parte de Atención Primaria de pacientes con enfermedad terminal, pluripatología, polifarmacia, deterioro cognitivo... con la consiguiente sobrecarga en los hospitales.	6,93	97,65
Ítem 53: No existe ningún programa en marcha para la prevención de enfermedades mentales.	7,85	97,26

**Problema 3: Falta de estrategias de coordinación: Ausencia de estructuras, de procedimientos, canales de información...**

Problema 3	Media	%Votación
Ítem 3: Ausencia de estructuras de coordinación operativas y con capacidad de decisión.	8,59	100,00
Ítem 13: Escasa cultura de coordinación y participación.	7,81	98,82
Ítem 21: Escaso aprovechamiento del voluntariado en la atención sociosanitaria.	6,35	97,65
Ítem 28: Falta de coincidencia entre las Zonas Básicas de Salud y las Zonas de Acción Social.	7,66	100,00
Ítem 31: Falta de funcionamiento o funcionamiento inadecuado de los Consejos de Salud.	7,16	90,59
Ítem 32: Falta de indicadores e instrumentos de medida de calidad en servicios sociales.	7,55	94,12
Ítem 34: Falta de transmisión de la información entre los distintos profesionales sanitarios que atienden a un paciente.	7,50	96,47
Ítem 36: Falta de un sistema de información único y accesible para las distintas Administraciones, que dificulta el seguimiento de los casos e impide valorar adecuadamente las necesidades en cada momento.	8,08	98,82
Ítem 37: Gran dificultad para tener acceso a recursos sociales desde el sistema sanitario y viceversa.	7,46	97,65
Ítem 40: Indefinición de lo que es "sociosanitario".	7,21	98,82
Ítem 42: Insuficiente información por parte de los Servicios Centrales a los periféricos en materia de atención sociosanitaria.	7,20	96,47
Ítem 47: No existe una relación formal entre profesionales sanitarios y sociales, basándose las relaciones en la buena voluntad de tenerlas.	8,63	98,82
Ítem 51: No se conocen los interlocutores y vías adecuados para plantear problemas y proyectos sociosanitarios desde los Servicios periféricos a los Servicios Centrales.	7,84	97,65



Problema 4: Escasez de recursos humanos

Problema 4	Media	%Votación
Ítem 17: Escasez de fisioterapeutas para tratamientos de rehabilitación.	7,79	98,82
Ítem 19: Escasez de trabajadores sociales en el Sistema de Salud.	7,34	97,65

Problema 5: Escasez de recursos comunitarios

Problema 5	Media	%Votación
Ítem 11: El servicio de ayuda a domicilio es escaso.	7,17	97,65
Ítem 16: Escasez de ayudas individuales para remodelación de viviendas en personas con discapacidad.	6,80	98,82
Ítem 18: Escasez de recursos sociales alternativos a la institucionalización, tales como centros de día, apartamentos y viviendas tuteladas, estancias temporales...	8,99	98,82
Ítem 26: Falta de ayudas económicas a los cuidadores de personas dependientes.	6,55	100,00
Ítem 27: Falta de ayudas económicas para familias con problemática social, desestructuradas y con menores a su cargo.	6,28	97,65
Ítem 52: Carencia de estructuras de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental.	8,25	97,26

**Problema 6: Escasez de recursos institucionales**

Problema 6	Media	%Votación
Ítem 7: Déficit de camas hospitalarias de media/larga estancia.	8,63	98,82
Ítem 20: Escasez de unidades hospitalarias de psico-geriatría.	8,46	97,65
Ítem 22: Estructura hospitalaria inadecuada para la atención a ancianos frágiles.	7,27	98,82
Ítem 46: No existe ningún centro público de rehabilitación integral para abordar problemas de daño cerebral (tumores, patología derivada de accidente cerebro vascular...)	8,51	98,82
Ítem 48: No existen recursos para algunas personas que no se ajustan al perfil para entrar en otros dispositivos, por ejemplo: menores de 60 años con demencia, jóvenes con conductas antisociales graves o drogodependencia.	8,76	100,00
Ítem 49: No hay suficientes plazas residenciales para personas mayores asistidas.	8,76	98,82
Ítem 50: No hay suficientes unidades hospitalarias de cuidados paliativos.	8,54	100,00

Problema 7: Falta de formación y motivación en los profesionales

Problema 7	Media	%Votación
Ítem 9: Desconocimiento mutuo entre los recursos y procedimientos de los servicios sociales y sanitarios.	8,09	100,00
Ítem 12: Escasa concienciación del ámbito sanitario para comunicar y denunciar el maltrato infantil en todas sus variantes, incluidas situaciones de riesgo.	5,70	94,12
Ítem 14: Escasa motivación de los profesionales.	7,25	100,00
Ítem 15: Escasa preparación técnica de las personas que prestan el servicio de ayuda a domicilio.	5,64	97,65
Ítem 29: Falta de detección y escasa denuncia a los organismos competentes de abusos y maltratos a la población anciana: agresiones físicas, abuso emocional o psicológico, abuso sexual, manipulación económica o negligencia.	7,61	97,65
Ítem 30: Falta de formación continuada específica en materias sociosanitarias.	7,90	98,82
Ítem 35: Falta de un enfoque multidisciplinar en la atención por parte de los profesionales que la prestan.	7,75	98,82



Facilidad y utilidad de las medidas propuestas

Medida propuesta 1: Dotación de Recursos Comunitarios

Medida propuesta 1	Facilidad		Utilidad	
	Media	%Votación	Media	%Votación
Ítem 7: Creación de recursos específicos para menores, especialmente en lo que se refiere a la Red de Salud Mental	6,09	88,24	8,63	91,76
Ítem 10: Crear nuevos programas de respiro para las familias de las personas dependientes, tales como estancias de fin de semana o estancias nocturnas.	6,64	98,82	8,91	100,00
Ítem 14: Desarrollar un programa de psicogeriatría en cada una de las Areas de Salud, a través de un equipo de psicogeriatría que se desplace a los centros y realice programas de diagnóstico de demencias, de racionalización del consumo de psicofármacos, etc.	6,02	96,47	7,30	97,65
Ítem 21: Establecer ayudas para la conciliación de la vida laboral y familiar de las mujeres cuidadoras de familiares en situación de dependencia	6,58	97,65	8,86	98,82
Ítem 36: Introducir el servicio de catering a domicilio.	5,52	96,47	7,20	97,65
Ítem 43: Priorizar la creación de estructuras intermedias alternativas a la institucionalización, por encima de la creación de plazas residenciales	6,58	92,94	8,40	95,29
Ítem 52: Creación de Centros ocupacionales, talleres formativos y centros especiales de empleo que contribuyeran a la integración social y laboral de las personas con enfermedad mental que por su cronificación tienen mayores dificultades para su integración plena en la sociedad	6,49	98,63	8,56	100,00

**Medida propuesta 2: Dotación de Recursos Institucionales**

Medida propuesta 2	Facilidad		Utilidad	
	Media	%Votación	Media	%Votación
Ítem 1: Abrir el sistema de Servicios Sociales, posibilitando su utilización por parte de los enfermos mentales	5,52	92,94	7,39	94,12
Ítem 6: Aumentar el número de plazas de estancias temporales en residencias de personas mayores, con mayor flexibilidad en el tiempo de permanencia según cada caso	6,76	97,65	8,87	100,00
Ítem 8: Creación de unidades de atención temprana en el ámbito hospitalario.	6,26	89,41	7,27	90,59
Ítem 12: Crear unidades de larga estancia y camas de cuidados paliativos para terminales	6,27	96,47	8,91	100,00
Ítem 15: Desarrollar una red de recursos de convalecencia institucionalizados sin tener en cuenta la edad	4,75	94,12	7,16	95,29
Ítem 17: Dotación de camas de convalecencia o plazas residenciales con finalidad rehabilitadora y de reinserción al medio en personas carentes de estructura social adecuada (previsión de ocupación máxima de 90 días)	6,07	97,65	8,60	98,82
Ítem 51: Contar con plazas residenciales para personas con problemas graves de salud mental y necesidades residenciales en miniresidencias, residencias asistidas, residencias de mayores y pisos protegidos (proporción de una plaza por cada 1000 hab.)	5,64	98,63	8,38	100,00
Ítem 53: Creación de una unidad regional para personas con enfermedad mental, cuya especial patología hace difícil su convivencia con otros enfermos en diferentes unidades hospitalarias, rehabilitadoras o residenciales.	6,18	97,26	8,28	98,63



Medida propuesta 3: Adecuación de los recursos existentes a las necesidades detectadas

Medida propuesta 3	Facilidad		Utilidad	
	Media	%Votación	Media	%Votación
Ítem 2: Adaptar la ayuda a domicilio a las necesidades sociosanitarias de los individuos, aumentando el número de horas y coordinándola con la atención primaria a domicilio desde el punto de vista de la información, formación y actividades (ejemplo: colaborar con la elaboración de dietas, realizar cambios posturales, informar desde los servicios sanitarios de la enfermedad y los cuidados que requiere...)	6,55	98,82	8,61	100,00
Ítem 9: Crear la figura del “asistente personal” para casos graves de falta de autonomía personal para las actividades de la vida diaria.	4,40	95,29	6,26	95,29
Ítem 13: Crear unidades específicas en los hospitales de agudos, dotadas de personal especializado en geriatría, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales... y con una arquitectura que facilite la movilidad y rehabilitación funcional de las personas dependientes	5,37	97,65	8,27	98,82
Ítem 16: Distribuir racionalmente los recursos de apoyo a la atención primaria en el ámbito domiciliario (ESAD, hospitalización a domicilio, unidades de cuidados paliativos, equipos de valoración de cuidados geriátricos...) de tal forma que se distribuyan más equitativamente y se eviten duplicidades entre ellos	6,60	100	8,33	100,00
Ítem 34: Incrementar el número de plazas en residencias asistidas mediante reconversión de plazas de válidos en asistidos y conciertos de plazas asistidas y psicogeríatras	6,51	96,47	8,78	97,65
Ítem 41: Potenciar el servicio de prevención y detección de problemas en el anciano en Atención Primaria.	7,35	95,29	9,96	96,47
Ítem 42: Potenciar la atención domiciliaria a menores gravemente afectados.	7,06	94,12	8,25	95,29
Ítem 44: Priorizar la dotación de recursos en el medio rural.	5,76	96,47	8,65	98,82
Ítem 48: Reorientar el papel de enfermería en Atención Primaria, implicándose en la atención a los cuidadores habituales y a los familiares de personas dependientes (atención, información y formación)	6,93	95,29	8,78	95,29
Ítem 50: Ubicación física de los trabajadores sociales de CEAS en los centros de salud	5,11	92,94	5,72	91,76
Ítem 62: Reestructuración sanitaria	5,19	94,52	7,80	94,52

**Medida propuesta 4: Estrategias de coordinación: creación de estructuras, procedimientos, canales de información, indicadores de evaluación,...**

Medida propuesta 4	Facilidad		Utilidad	
	Media	%Votación	Media	%Votación
Ítem 3: Adecuar entre sí los distritos sociales (Zonas de Acción Social) y los sanitarios (Zonas Básicas de Salud).	7,08	98,82	8,64	100,00
Ítem 4: Agilización de interconsultas con los especialistas del INSALUD desde el resto de Administraciones y desde Atención Primaria en pacientes inmovilizados o muy dependientes, propiciando el traslado de especialistas a los centros.	5,23	94,12	8,34	96,47
Ítem 5: Asignar un "responsable" de cada caso complejo que actúe como interlocutor con capacidad reconocida ante todas las Administraciones.	5,70	97,65	7,79	98,82
Ítem 11: Crear una red de atención sociosanitaria específica y con entidad propia, diferenciada de las redes sanitaria y de servicios sociales.	3,30	97,65	4,29	97,65
Ítem 18: Dotación de farmacia y material de curas por parte del INSALUD a las residencias de personas mayores, instituciones dependientes de la Junta o de las Administraciones Locales (p.ej. centros psiquiátricos).	6,75	95,29	8,05	96,47
Ítem 19: Elaborar una guía de recursos sociosanitarios que incluya definición del recurso, perfil del usuario, vía de acceso, capacidad del recurso, demanda existente y financiación de la prestación.	7,47	100	8,81	100,00
Ítem 20: Entregar información a los padres a la salida del hospital con un recién nacido sobre signos de alarma de una posible discapacidad y lugares y medios disponibles en atención temprana.	8,31	97,65	8,65	97,65
Ítem 22: Establecer indicadores de evaluación de calidad específicos de la coordinación sociosanitaria.	6,70	96,47	8,61	97,65
Ítem 23: Establecer procedimientos de coordinación para el acceso a consultas y/o ingresos entre Atención Primaria, residencias asistidas, hospitales de INSALUD y hospitales de la Junta.	6,65	96,47	8,76	97,65
Ítem 24: Establecer un sistema de acceso a los recursos homogéneo en todas las instituciones públicas. Ejemplo: residencias asistidas, aunque dependan de diferentes Administraciones el mecanismo de acceso debería ser idéntico, con procedimientos e informes de valoración únicos.	6,48	96,47	8,92	97,65



Medida propuesta 4	Facilidad		Utilidad	
	Media	%Votación	Media	%Votación
Ítem 25: Evitar que el trabajador de ayuda a domicilio tenga que acudir al Centro de Salud a por recetas u otros trámites, responsabilizando al Equipo de Atención Primaria para que solucione estas cuestiones en el domicilio de la persona dependiente.	5,85	95,29	7,32	95,29
Ítem 26: Favorecer la concertación de plazas con centros sociosanitarios de carácter privado.	6,84	95,29	7,20	97,65
Ítem 27: Reuniones periódicas entre profesionales sanitarios y de servicios sociales para fomentar su integración funcional.	7,67	97,65	8,78	97,65
Ítem 28: Firmar convenios de colaboración entre las distintas Administraciones, que aporten estabilidad a las relaciones mutuas.	7,62	95,29	8,55	96,47
Ítem 30: Formalizar los procedimientos de coordinación sociosanitaria, incluyéndolos en manuales específicos.	7,34	92,94	8,27	95,29
Ítem 31: Hacer más permeables las Administraciones e instituciones, posibilitando la participación de otros profesionales en sus comisiones de valoración, concesión de recursos...	5,85	94,12	7,26	95,29
Ítem 32: Impulsar los Consejos de Salud como órgano con competencia para la captación de problemas en el entorno social.	6,90	90,59	7,57	90,59
Ítem 35: Incrementar la capacidad de la Atención Primaria para derivar a diversos recursos sociales de forma directa: centros de día (alzheimer y discapacitados), ayuda a domicilio, residencias asistidas.	6,14	98,82	7,46	100,00
Ítem 38: Mayor implicación y premura en actuaciones ante la Administración de Justicia y Ministerio Fiscal para evitar abusos y negligencias en el anciano, agilizar los procesos de incapacitación y buscar apoyos en la solución de problemas de urgencia social.	5,20	94,12	8,74	95,29
Ítem 39: Otorgar a las Comisiones de Coordinación de Área capacidad para decidir y asignar recursos en casos de urgencia, pudiendo disponer para ellos de plazas en hospitales de cuidados intermedios o residencias asistidas.	5,72	96,47	8,35	97,65



Medida propuesta 4	Facilidad		Utilidad	
	Media	%Votación	Media	%Votación
Ítem 40: Posibilidad de solicitar directamente pruebas de laboratorio, radiología y citas de especializada desde otras Administraciones (centros de atención temprana...), sin perjuicio de informar a Atención Primaria de estas actuaciones.	5,32	95,29	6,44	95,29
Ítem 46: Reforzar la intervención pública sobre las residencias privadas, con controles de calidad más rigurosos y periódicos.	7,58	97,65	9,23	98,82
Ítem 47: Reglamentar un sistema de apoyo al asociacionismo a través de convocatorias específicas de subvenciones para favorecer la colaboración de grupos de ayuda mutua, asociaciones y ONGs.	6,77	91,76	7,97	91,76
Ítem 49: Sistema de información compartido y accesible entre las diferentes Administraciones	6,23	96,47	8,70	97,65
Ítem 54: Definición de una cartera de servicios socio-sanitarios incluyendo niveles de efectividad, calidad y producción.	7,26	98,63	7,92	98,63
Ítem 61: Realización de un mapa sociosanitario con criterios técnicos de distribución (socio-demográficos, sanitarios, demográficos...)	6,69	97,26	7,89	97,26



Medida propuesta 5: Dotación de Recursos Humanos

Medida propuesta 5	Facilidad		Utilidad	
	Media	%Votación	Media	%Votación
Ítem 33: Incorporar mayor número de profesionales sanitarios (psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas...).	5,35	94,12	8,12	95,29
Ítem 37: Mayor dotación de trabajadores sociales en INSALUD (uno por Equipo de Atención Primaria) y en Servicios Sociales.	6,14	97,65	8,37	98,82

Medida propuesta 6: Formación de los profesionales

Medida propuesta 6	Facilidad		Utilidad	
	Media	%Votación	Media	%Votación
Ítem 29: Formación de los profesionales de Atención Primaria en cuidados paliativos, demencias, trastornos psiquiátricos..., fijando objetivos de conocimientos, actitudes y habilidades que deben adquirir	7,49	98,82	8,82	100,00
Ítem 45: Actividades de formación conjunta de profesionales sanitarios y de servicios sociales, en el modelo biopsicosocial	7,01	97,65	8,39	98,82
Ítem 59: Formar específicamente en salud mental a los profesionales de los CEAS	6,26	95,89	6,42	97,26

**Medida propuesta 7: Desarrollo de Programas específicos de Salud Mental**

Medida propuesta 7	Facilidad		Utilidad	
	Media	%Votación	Media	%Votación
Ítem 55: Desarrollar programas de rehabilitación psicosocial de enfermos mentales, destinados a la población rural, ejecutados por los CEAS y por los Equipos de Atención Primaria en coordinación con los Centros de Día de referencia.	5,73	100	7,60	100,00
Ítem 56: Desarrollar un programa de detección e inserción social a personas indomiciliadas con trastorno mental.	5,64	100	7,92	100,00
Ítem 57: Desarrollar un programa de psicoeducación para familiares de personas con esquizofrenia, con capacidad para atender a 300 personas por Área de Salud y año, como principal actividad de prevención terciaria de recaídas.	6,25	94,52	7,94	93,15
Ítem 58: Desarrollar un programa, con recursos asistenciales propios, para personas con trastorno mental severo o persistente.	6,07	95,89	8,11	97,26
Ítem 60: Introducir en la planificación de la Gerencia de Servicios Sociales programas para la inclusión social de las personas con enfermedad mental.	6,04	93,15	7,36	95,89

El diseño técnico y elaboración del presente estudio de percepción de necesidades socio-sanitarias y propuestas de actuación en la Comunidad de Castilla y León han sido realizados por Manuel Franco Martín, Inmaculada Yepes Recio, M^a Angeles Guzmán Fernández y José Luis García García.

El análisis estadístico ha sido efectuado por Ana Dorado Díaz y Pilar Martín Pérez.

La gestión administrativa de los cuestionarios fue realizada por Lorenza de la Torre Santos y Lourdes Domínguez Ferrero.

Queremos agradecer la participación de todos los profesionales que han aportado su experiencia y visión personal en el presente estudio, tanto en el ámbito de los Servicios Centrales como en el de las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria establecidas en Castilla y León.

Especialmente agradecemos la participación en el presente estudio de representantes de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, de la Asociación Española contra el Cáncer y de la Federación Castellano-Leonesa de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales; de los Colegios Profesionales de Asistentes Sociales y de Diplomados Universitarios de Enfermería; y de las Sociedades Científicas de Geriátrica y Gerontología, de Medicina Familiar y Comunitaria, de Medicina General y de Neurología de Castilla y León.

