

**COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN**

**DECRETO 16/1998, DE 29 DE ENERO, POR EL QUE SE APRUEBA  
EL PLAN DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE  
CASTILLA Y LEÓN**

BOCyL nº 22 de 3-2-98, página 1085

**CORRECIÓN DE ERRORES:**

BOCyL nº 40 de 27-2-98, página 1932

**VALLADOLID, enero 1998**

**DECRETO 16/1998, DE 29 DE ENERO, POR EL QUE SE APRUEBA EL  
PLAN DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN**

Con la aprobación de la Ley 1/1993, de Ordenación del sistema sanitario de Castilla y León se constituyó el Sistema de Salud de Castilla y León, que incluye entre sus actividades y servicios la Atención Sociosanitaria, especialmente a los enfermos crónicos, en coordinación con los Servicios Sociales.

Igualmente, la citada Ley en su artículo 3.<sup>º</sup> establece que corresponde a la Junta de Castilla y León «la planificación, ordenación y evaluación de las actividades, programas y servicios sanitarios y sociosanitarios mediante el Plan de salud de Castilla y León».

Por otra parte, mediante la Ley 18/1988, de 28 de diciembre, se configura el Sistema de Acción Social de la Comunidad, que ha sido desarrollado con la aprobación de la Ley 2/1995, de 6 de abril, de creación de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. De esta forma, se ha unificado y modernizado la gestión de los servicios sociales, incluidos aquellos que fueron traspasados mediante los Reales Decretos 905/1995 y 906/1995.

En la elaboración del Plan de Atención Sociosanitaria, como parte integrante del referido Plan de Salud, se han tenido en cuenta los principios rectores de la Ordenación Sanitaria y del Sistema de Acción Social contenidos en las normas señaladas, así como la situación del Sistema Sanitario de Castilla y León y del Sistema de Acción Social.

Asimismo, en la redacción del Plan se han incorporado las aportaciones de las principales entidades prestadoras de servicios sanitarios, entidades privadas, instituciones y asociaciones relacionadas con el mismo.

Por todo ello, en virtud de lo dispuesto en el artículo 3.<sup>º</sup> de la Ley 1/1993, a propuesta del Consejero de Sanidad y Bienestar Social, previa deliberación de la Junta de Castilla y León en su reunión de 29 de enero de 1998,

**DISPONGO:**

**Artículo 1.<sup>º</sup>**

Se aprueba el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León, cuyo contenido se recoge en el Anexo I al presente Decreto.

**Artículo 2.<sup>º</sup>**

El Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León estará en vigor en el período comprendido entre los años 1998 y 2000, siendo vinculante para todas las Administraciones Públicas y entidades privadas e instituciones que desarrollen actividades en materia de atención sociosanitaria.

**Artículo 3.<sup>º</sup>**

Corresponde a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social el desarrollo de las acciones contempladas en este Plan.

**DISPOSICIONES FINALES**

**Primera.-**

Se autoriza al Consejero de Sanidad y Bienestar Social para dictar las normas necesarias para el desarrollo y ejecución de este Decreto.

**Segunda.-**

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

Valladolid, 29 de enero de 1998.

El Presidente de la Junta de Castilla y León,  
FDO.: JUAN JOSE LUCAS JIMENEZ

El Consejero de Sanidad y Bienestar Social,

DECRETO 16/1998, DE 29 DE ENERO,  
POR EL QUE SE APRUEBA EL PLAN DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

FDO.: JOSE MANUEL FERNANDEZ SANTIAGO

## ANEXO I

### CAPITULO PRIMERO ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

#### I.- Análisis sociodemográfico

En los últimos años se ha ido produciendo en las sociedades desarrolladas un proceso de envejecimiento de la población motivado fundamentalmente por la reducción progresiva de la natalidad (que, en la actualidad, se encuentra por debajo del reemplazo generacional) y por la disminución de la mortalidad (condicionada por la reducción de la mortalidad infantil, el desarrollo científico-sanitario, el incremento del nivel educativo y el desarrollo económico y social).

Las consecuencias culturales, sociales, sanitarias y económicas que conlleva el progresivo envejecimiento de la población constituyen un elemento imprescindible para la fijación de objetivos sectoriales y globales en nuestra Comunidad.

La población de Castilla y León ha experimentado a lo largo del siglo y hasta el último censo un crecimiento del 11%, mientras que el conjunto de la población española crece un 112%.

En nuestra Región la población ha ido creciendo hasta 1959 a un ritmo constante pero menor que el de la población española, año en el que comienza una tendencia divergente con respecto a la de la población nacional; en la década de los 60 se inicia un proceso de regresión demográfica que se mantiene en la actualidad.

Por provincias, Valladolid, León y Salamanca son las únicas que han contenido la tendencia demográfica negativa registrando un leve crecimiento intercensal; sin embargo, la pérdida de población se ha generalizado a todas las provincias, sin excepción si comparamos los Padrones Municipales de habitantes de 1986 y 1996. Las provincias de Ávila y Zamora son las que muestran la tendencia más regresiva, superando el 6% la pérdida de población.

La distribución de la población por grupos de edad, permite constatar el alarmante envejecimiento de la población. Exceptuando Burgos, León, Palencia y Valladolid, en el resto de las provincias los mayores de 65 años, superan, por primera vez, al colectivo de los jóvenes menores de 16 años. Asistimos, por tanto, a un proceso de recesión demográfica, dado que la mortalidad ha superado a la natalidad, y se producen crecimientos vegetativos negativos.

El censo de 1991 (último disponible por grupos de edad) contabiliza en España 5,4 millones de personas mayores de 65 años, lo que supone el 13,8% de la población total. En Castilla y León se inscriben 449.816 personas mayores de 65 años, lo que representa el 17,7% de la población de la Comunidad, teniendo un interés especial para el desarrollo de cualquier política Sociosanitaria el paralelo crecimiento del sobrevejecimiento (población con 80 y más años) sobre el total de personas mayores de 65.

El envejecimiento de la población de Castilla y León ha sido, en términos comparativos, más intenso y acelerado que el producido a nivel nacional. En las próximas décadas y en ausencia de cambios radicales en los factores demográficos, se agudizará esa tendencia que se traducía en una pérdida de población regional; además, el grupo de edad de los mayores aumentará su importancia absoluta y relativa dentro de la estructura demográfica de la región. Tendencia que se confirma con los datos del Padrón Municipal de habitantes de 1996 donde la pérdida de población en los últimos 5 años asciende a 37.430 personas y se estima que los mayores de 65 años representan el 20,09% de la Población total; para el año 2000 esa proporción alcanzará el 21,43% superando las 528.000 personas.

Los resultados del último censo y de la Encuesta de presupuestos familiares, respecto a las condiciones de convivencia de los ancianos indican que el 3% viven en asilos y residencias, el 12,5% de los que residen en viviendas lo hacen solos y el 44,8% viven en hogares de dos personas, si bien, de este porcentaje, más de la mitad conviven con otros ancianos de 70 o más años; por lo tanto, podemos deducir de todo lo anterior, que el 36% de los ancianos de Castilla y León viven solos o con otra persona de más de 70 años.

Este indicador del aislamiento residencial se puede explicar por el paso de un sistema comunitario a otro individualista con un debilitamiento de las relaciones interpersonales y familiares, la progresiva urbanización de la población con la pérdida de valores tradicionales y la incorporación de la mujer al mundo laboral.

En nuestra región la densidad de población es de 27,02 hab./km<sup>2</sup> siendo una de las más bajas de Europa; el 32% se encuentra en los núcleos rurales, 15% en semiurbanos y el 53% en urbanos. Nos encontramos, por tanto, ante un alto porcentaje de población rural diseminado en pequeños

municipios con una tasa de envejecimiento del 24,8%, más del doble que la de la población urbana.

Además de la configuración territorial del envejecimiento, otro aspecto de gran importancia socioeconómica es su distribución según el sexo: De los mayores de 65 años, el 42,4% son varones y el 57,6% mujeres.

Las distintas proyecciones de población para Castilla y León confirman la tendencia regresiva, con disminución constante de la población en todas las provincias, donde las tasas de mortalidad han superado a las de natalidad.

Desde el punto de vista de la planificación, estas proyecciones nos están situando anticipadamente en escenarios de actuación sobre el que ya se puede y deben plantear estrategias de intervención.

La edad es un elemento relevante en el análisis de la utilización de servicios sanitarios y sociales. También la morbilidad está relacionada en la mayoría de los casos con la edad, el cambio significativo de la estructura de edades de la población va a producir un cambio cualitativo y cuantitativo de la demanda.

El previsible cambio de demanda se traduce en la necesidad de crear servicios personales que atiendan las necesidades de grupos compuestos entre otros por:

- Personas susceptibles de utilización de prótesis u otras tecnologías de apoyo a incapacidades.
- Personas mayores con problemas de autonomía leve.
- Personas mayores con patologías crónicas severas que van a requerir un control sanitario básico y un fuerte componente de cuidados de rehabilitación y atención social.
- Enfermos en fases terminales de patologías graves con un control sanitario básico y un fuerte apoyo psicológico y familiar.
- Personas con discapacidad gravemente afectadas que van a requerir un control sanitario básico y un fuerte componente de cuidados de rehabilitación y atención social.
- Niños con deficiencias o en situación de alto riesgo de padecerla.

Tras el análisis demográfico, es preciso realizar algunas consideraciones sobre las características que introducen en la población determinadas patologías, sobre todo las enfermedades crónicas.

Según la última Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías del INE, en Castilla y León en 1986 había aproximadamente 350.000 personas con una o más limitaciones para el desarrollo de su actividad cotidiana, como consecuencia de discapacidad originada por la enfermedad; esta discapacidad aumenta claramente en ambos sexos con el incremento de la edad.

De acuerdo con el Plan Sectorial para Personas con Discapacidad de Castilla y León el porcentaje de hombres con minusvalía es superior en más de cuatro puntos al de las mujeres, en el total de la región (52,3% de hombres frente a un 47,7% de mujeres), la discapacidad psíquica es un problema que afecta más a la población menor de 65 años, mientras que la sensorial y física se presenta como problema importante en la población mayor de 65 años. Por otra parte, la mitad de los accidentes de tráfico afectan a jóvenes entre 15 y 34 años, y un tercio de los accidentes laborales afectan a los trabajadores entre 20 y 30 años.

Por otra parte se constata que los principales grupos demandantes de rehabilitación son: Los niños con problemas en su desarrollo, debido a una deficiencia congénita o a una inadaptación de origen socio-ambiental; los jóvenes que han sufrido un accidente de tráfico; y los mayores de 45 años que padecen algún tipo de enfermedades crónicas invalidantes.

Según los datos del I.N.E. de 1994, los nacidos en la Comunidad de Castilla y León fueron 18.426; se estima que un 2% de los recién nacidos presentan deficiencias. Alrededor de otro 6-8% de los menores de 6 años presentan déficit o problemas importantes que condicionan el proceso normal de su desarrollo. Son considerados como de alto riesgo y pueden pasar desapercibidos en los primeros años; aparecen como problema social en demanda con retrasos entre los 4 y 6 años; se trata de menores con retrasos parciales significativos en motricidad, lenguaje, perturbaciones emocionales, problemas de conducta, etc, que precisan de una intervención precoz que evite su degeneración en una discapacidad.

La Encuesta Nacional de Salud Española establece que el 81,3% de los varones y el 87,3% de las mujeres mayores de 65 años padece alguna enfermedad crónica; ello supone que en Castilla y León alrededor de 400.000 personas mayores tienen alguna enfermedad crónica, aunque no siempre ocasionen alteraciones en las actividades de la vida diaria.

Siguiendo con datos de la misma Encuesta, pueden establecerse las siguientes estimaciones para Castilla y León: 50.000 personas mayores de 65 años presentan incapacidad moderada,

30.000 severas limitaciones en el desempeño de su actividad cotidiana, y 5.000 estarían completamente inmovilizadas.

En los países desarrollados, las enfermedades degenerativas, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer se han convertido en las principales causas de defunción. En las personas mayores las tres cuartas partes de las muertes son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer.

Entre las enfermedades degenerativas destacan las demencias. Su incidencia aumenta con la edad, lo que unido a la evolución demográfica hace prever que el problema adquiera dimensiones epidémicas en la primera mitad del siglo XXI.

La prevalencia de las demencias moderadas y graves en personas mayores de 65 años, según el análisis global de los resultados de diversos estudios realizados en Europa oscila entre un 6,4% para población mayor de 65 años y un 27,5% en los mayores de 85 años. El índice de crecimiento aumenta con la edad, de forma que el porcentaje se dobla cada cinco años entre los 60 y los 90; en términos globales estos estudios no aprecian diferencias entre varones y mujeres.

Hay que destacar en estos casos, la existencia de una estrecha relación entre diagnóstico y capacidad funcional del enfermo. La afectación del estado mental, la salud física, la salud social y las actividades de la vida cotidiana ocasionan incapacidad de diverso grado en estas personas y generan en ellas grandes necesidades de carácter médico-social o sociosanitario.

Otro tipo de manifestaciones patológicas directamente asociadas al envejecimiento lo constituyen enfermedades como la artrosis, osteoporosis, fracturas de cadera o cuello de fémur, diabetes, etc. Aunque no se encuentran entre los más importantes motivos de defunción en este colectivo de edad, sí alcanzan cifras considerables como causa de hospitalización.

Motivan frequentación hospitalaria elevada, con estancias prolongadas, que superan, en líneas generales, en un 50% la estancia media de los mismos para el resto de los diagnósticos. Asimismo influyen en la capacidad funcional de los afectados, son origen de incapacidad y generan necesidades sanitarias y sociales considerables.

Otro grupo de enfermedades que se caracterizan por su cronicidad y por las necesidades de carácter social y sanitario que generan en la población afectada, son las patologías tumorales. El Cáncer es causa de una de cada cuatro muertes en los países desarrollados; su frecuencia aumenta con la edad y puede llegar a ser 100 veces más frecuente en varones de 75 años que en los de 25 años.

Es la primera causa de muerte en la Comunidad de Castilla y León en la población con edades comprendidas entre 35 y 74 años y la segunda causa de muerte a partir de los 75 años. Es la sexta causa de ingreso en los hospitales de nuestra Comunidad, con cifras algo superiores a las del resto del Estado, y con mayores períodos de estancia en estos centros que los que originan el resto de las patologías. Su atención, implica de manera directa a otros niveles asistenciales del sistema sanitario y tiene fuerte repercusión sobre la estructura y dinámica de las familias y de la sociedad.

Por otra parte, de los más de 47.698 casos de Sida notificados en España hasta el año 1997, 1.624 corresponden a la Comunidad de Castilla y León. Esta enfermedad y la infección por el virus de la inmuno deficiencia humana constituyen uno de los problemas de Salud Pública más importantes en la actualidad. Es preciso destacar en este caso, junto a sus peculiaridades epidemiológicas, gravedad y alta mortalidad, la necesidad de especialización de los recursos materiales y personales empleados en su tratamiento, y la gran dependencia asistencial que generan estos pacientes por motivos orgánicos y psicológicos, con gran implicación familiar y social.

Las enfermedades del aparato circulatorio son la primera causa de muerte en nuestra Región, con cifras muy similares a las del resto de España. Un 40% de las defunciones ocurridas en 1994 se debieron a estas enfermedades, llegando en Castilla y León a suponer el 52% de las muertes entre las personas mayores de 85 años. Fueron, asimismo, la segunda causa de hospitalización en nuestra Comunidad en ese año, representando aproximadamente un 10% de todos los ingresos hospitalarios.

Si es trascendental la importancia que tienen cuando se habla de mortalidad, no es despreciable el interés que presentan por su morbilidad, por la frequentación hospitalaria que originan y por las necesidades asistenciales que precisan también en el ámbito de la Atención Primaria.

Mención particular precisa la patología cerebrovascular aguda. Esta patología genera una tasa de incidencia en Castilla y León que fue 320 casos por 100.000 habitantes en el período 1989-1990, y que representa un 12% de las muertes por todas las causas en 1994. Suponen la quinta parte de los ingresos hospitalarios por enfermedades del aparato circulatorio, y tiene gran

importancia por la necesidad de instaurar un tratamiento rehabilitador físico y funcional precoz, la adaptación de estos enfermos a su nueva situación y la reinserción sociofamiliar de los mismos. En el año 1994 los trastornos mentales no ocuparon lugar preeminente en Castilla y León, al igual que en el resto de España, en lo que se refiere a cifras de mortalidad. La tasa de mortalidad específica fue de 22,44 por 100.000 habitantes y la mortalidad proporcional fue del 2,14%, ligeramente superiores ambas cifras a las del conjunto del Estado. (Defunciones según la causa de muerte 1994. INE).

Hay que explicitar que en estas estadísticas nacionales dentro de los trastornos mentales se incluyen las psicosis orgánicas senil y presenil (demencias) que suponen el 93% de las causas de fallecimiento en este apartado y sobre todo a partir de los 65 años.

Tampoco llegan a ser definitorias por sí mismas las cifras de morbilidad que por este tipo de trastornos se recogen en el Sistema Regional de Información sobre Asistencia Psiquiátrica de 1996. Se ha venido observando un aumento sostenido estos últimos años del número de consultas de tipo ambulatorio en nuestra Comunidad Autónoma, superando las 200.000 en el año 1996. Esto produce unas cifras de frecuentación de 80,7 consultas por cada 1.000 habitantes.

En cuanto a ingresos hospitalarios, y sólo contabilizando los procesos agudos de las unidades de hospitalización psiquiátrica, se han superado los 4.500 ingresos, con una tasa de hospitalización del 1,76 por 1.000 habitantes.

Pero lo que da realmente trascendencia a esta patología es el largo tiempo de hospitalización que determinados procesos ocasionan al volverse repetitivos o acabar cronicándose. Se llega a multiplicar por diez la estancia media que por esta patología se produce en algunos hospitales.

Estas estancias tan prolongadas se producen fundamentalmente por las psicosis y en pacientes con 55 años y más, relacionando notablemente patología y grupos de edad con necesidades de hospitalización. Las repercusiones sociales y familiares vuelven, en este grupo de pacientes, a ser un factor a tener en cuenta. Asimismo es preciso destacar la necesidad de crear una serie de recursos de protección comunitaria, que junto a los ya existentes como consecuencia de la Reforma Psiquiátrica desarrollada en nuestra Comunidad Autónoma, den respuesta y cobertura asistencial a la problemática sociosanitaria de cierto grupo de pacientes psicóticos con evolución tórpida. Por otra parte, es imprescindible desarrollar programas ocupacionales de integración social que faciliten y mejoren la evolución de este colectivo de pacientes.

## II.- Utilización de recursos

Como ya se ha señalado anteriormente, los cambios demográficos y sociales que se han producido en España, como en otros países desarrollados, están modificando la utilización de los servicios sanitarios y sociales. Por una parte, el incremento en la esperanza de vida y la baja natalidad han modificado substancialmente los patrones de morbi-mortalidad, uno de los principales condicionantes de las necesidades de atención sanitaria; por otra, el aumento paralelo de las discapacidades, las modificaciones de la estructura familiar y la disminución de los mecanismos de soporte social contribuyen a la utilización de recursos hospitalarios y, en la atención social, a la institucionalización.

De otra parte, el desarrollo de los recursos asistenciales no se ha adaptado a las nuevas necesidades de los usuarios. Los centros sanitarios, particularmente los hospitales, continúan diseñándose como centros de alta tecnología o para la atención a pacientes agudos. Por otra, el subdesarrollo relativo de los servicios sociales respecto a los sanitarios, ha condicionado el desarrollo de recursos institucionales, de carácter residencial, de forma que, en la actualidad, asistimos a una reorientación de las políticas de acción social que promueven el desarrollo de recursos comunitarios y de alternativas a la institucionalización.

Uno de los elementos condicionantes de la utilización de servicios sanitarios es la valoración subjetiva y percepción de su estado de salud por los ciudadanos; pues bien, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1995 (publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1996) se deduce que el 18,2 por ciento de los ciudadanos declaran haber padecido dolencias o enfermedades en el año anterior que limitaban su actividad más de 10 días (en el grupo de los mayores de 65 años esta limitación afecta al 28%). Por otra parte, el 34,7% de la población mayor de 16 años declara haber sido diagnosticada de 1 o más enfermedades crónicas ascendiendo este porcentaje hasta el 61,7% entre los mayores de 65 años. En lo que respecta a la utilización de servicios extrahospitalarios, el 23,9% de los adultos consultó a un médico en las «últimas semanas», proporción que aumenta al 36% entre los mayores de 65 años; entre estos últimos, el 77% consultó con su médico general, destacando entre los especialistas más consultados los de cardiología, traumatología, cirugía vascular y oftalmología. El 7,3% de los encuestados declara

haber sido hospitalizado en los últimos meses, frente a un 11,5% de los mayores de 65 años; sin embargo, la utilización de los servicios de urgencia es inferior entre los mayores de 65 años (el 17,3% acudieron a estos servicios en el último año) que en la población adulta (17,7%).

La Encuesta Nacional de Salud aporta, asimismo, algunas informaciones relevantes sobre el autovalimiento en actividades de la vida cotidiana, en particular los referidos a los mayores de 75 años. Más del 16% de este grupo declara tener dificultades para acostarse y levantarse de la cama o precisa ayuda para hacerlo; el 22,4% no puede ducharse o bañarse sólo o necesita ayuda para ello; más del 14% de los mayores de 75 años tiene dificultades para vestirse y desnudarse o sólo puede hacerlo con ayuda.

Estos datos confirman los resultados provisionales del Registro de «Fragilidad en el anciano» realizado por la red de Médicos centinelas de Castilla y León. A partir de las primeras 3.134 entrevistas se deduce que el 21,6% de los mayores de 65 años precisan ayuda para lavarse, el 15,8% para vestirse y el 7,6% para su alimentación.

La Encuesta de Morbilidad hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística nos aporta algunos datos que confirman los señalados por la Encuesta Nacional de Salud. La frecuentación hospitalaria en 1994 en España (último año disponible) era de 105 altas por mil habitantes; en Castilla y León de 103; sin embargo, para el grupo de 65 a 74 años fue de 181 en España y de 162 en Castilla y León; para los mayores de 75 años la frecuentación ascendió a 249 y a 217 respectivamente. Una primera conclusión nos permite afirmar que la frecuentación hospitalaria de los mayores de 65 años es 2,3 veces superior a la de los restantes ciudadanos.

También las estancias causadas por las personas mayores son sensiblemente superiores a las de otros grupos de edad: La tasa de estancias causadas para la población general de Castilla y León fue en 1994 de 1.631 por mil habitantes; las de los grupos de 65 a 75 años y mayores de 75 fueron 2.835 y 5.022 respectivamente. Las estancias generadas en nuestros hospitales por los mayores de 65 años son, por tanto, 3,3 veces superiores a las del resto de población.

Conclusiones similares pueden deducirse del análisis de los sistemas de información de los tres Hospitales Públicos de Valladolid. Más del 36% de los ingresos hospitalarios producidos en Valladolid son realizados por mayores de 65 años; el 44,5% de las estancias consumidas corresponden a este grupo etario; en consecuencia, la estancia media de las personas mayores es entre un 22 y un 27,2% superior a la del conjunto de la población vallisoletana. Similares circunstancias se producen en el conjunto de hospitales de la Comunidad Autónoma.

Con frecuencia se ha destacado la importancia del gasto farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud Español, que representa una quinta parte del gasto sanitario público. En Castilla y León el gasto farmacéutico del sistema público ascendió en 1996 a 47.327 millones de pesetas; del mismo, un 77% (es decir, 36.441 millones de pesetas) corresponden al gasto de los pensionistas (jubilados o enfermos crónicos o incapacitados). El consumo de recetas por activo y año fue en nuestra región de 5,4; el de pensionistas 30,6.

Por último, distintos estudios inciden sobre la cuantía del gasto sanitario de las personas mayores y su relación con los datos correspondientes al conjunto de la población. Recientes estudios de la O.C.D.E. estiman que en los países desarrollados, el gasto de las personas mayores de 65 años es entre 3,5 y 5 veces el del conjunto de la población.

## **CAPÍTULO SEGUNDO OBJETIVOS**

### **I.- Objetivos generales**

I.1.- Delimitar y definir un modelo específico de atención, desde un enfoque integral y globalizado, para los colectivos de personas con enfermedad y dependencia; personas discapacitadas, pacientes con enfermedades degenerativas, pacientes que presentan ciertas patologías crónicas y pacientes con enfermedades crónicas en fase terminal.

I.2.- Desarrollar una red de asistencia sociosanitaria, dotada de recursos ambulatorios, hospitalarios y residenciales de media y larga estancia, y fomentar la creación de nuevas alternativas asistenciales.

I.3.- Adecuar y reordenar el Sistema Sanitario y el Sistema de Acción Social, para responder a las demandas y necesidades sociosanitarias de la población de forma racional y eficiente.

I.4.- Alcanzar una suficiente integración del Sistema de Acción Social y el Sistema Sanitario, que garantice la continuidad de los servicios sociosanitarios entre los distintos dispositivos y niveles de atención.

- I.5.- Impulsar programas de apoyo a las familias de los usuarios, así como promover la colaboración de las asociaciones de autoayuda y del voluntariado social, con el fin de crear una red de cuidados informales.
- I.6.- Fomentar en el espacio sociosanitario la investigación, docencia y formación continuada de los profesionales del Sistema Sanitario y del Sistema de Acción Social.
- I.7.- Definir, antes de que se produzcan las transferencias de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, un modelo de financiación de la atención sociosanitaria que garantice la equidad y la solidaridad.
- I.8.- Promover en la población general un mayor conocimiento sobre los beneficios de la atención domiciliaria en el colectivo de usuarios incluidos en este Plan.
- I.9.- Impulsar programas para la detección y atención precoz de los niños con deficiencias o con problemas de desarrollo.

## II.- Objetivos específicos

- II.A.- Objetivos específicos comunes a todos los programas del Plan.
- II.A.1.- En 1998 se crearán los diferentes dispositivos de coordinación.
- II.A.2.- En 1998 los Centros Base de Atención a Minusválidos tendrán la consideración de Unidades de Referencia para personas con discapacidad.
- II.A.3.- En 1998 se elaborará el mapa sociosanitario.
- II.A.4.- En 1998 se aprobará la normativa que regule la autorización de centros y servicios sociosanitarios.
- II.A.5.- En 1998 se habrá elaborado un manual de acreditación de recursos sociosanitarios.
- II.A.6.- En 1998 se habrá establecido el contenido del Sistema de Información de la Atención Sociosanitaria.
- II.A.7.- En 1999 en todos los hospitales de referencia de Área de Salud existirá un equipo pluriprofesional de gestión de casos.
- II.A.8.- En 1999 los Centros Base de Atención a Minusválidos desarrollarán programas de atención e información sobre ayudas técnicas para personas con discapacidad.
- II.A.9.- En 1999 se establecerá con carácter general para el sistema sanitario público un protocolo para el informe de alta hospitalaria, donde se recoja la información necesaria para el cuidado y tratamiento domiciliario de los pacientes incluidos en este Plan.
- II.A.10.-En 1999 se establecerá con carácter general para el Sistema de Acción Social un protocolo donde se recoja la información necesaria para el cuidado y tratamiento domiciliario de las personas mayores y con discapacidad.
- II.A.11.- En 2000 se habrán implantado en todas las Áreas de Salud programas de nuevas tecnologías de la información aplicadas al campo sociosanitario.
- II.A.12.- En 2000 se habrán implantado los instrumentos necesarios para la evaluación de la calidad asistencial en los centros sociosanitarios.
- II.A.13.- En 2000 se habrá distribuido información estandarizada sobre el «apoyo a la familia» entre los profesionales implicados en la atención sociosanitaria.
- II.B.- Programa de enfermedades crónicas en fase terminal.
- II.B.1.- A partir de 1998 se potenciará el apoyo técnico y financiero a las ONGs que realicen programas de cuidados paliativos.
- II.B.2.- En 1998 la Unidad del dolor del Hospital Martínez Anido de Salamanca se constituirá en Centro Regional de Referencia (en relación con la asistencia, formación, investigación, etc.) para cuidados paliativos.
- II.B.3.- En 1999 se habrán creado, en todas las Áreas de Salud, Unidades Hospitalarias de cuidados paliativos (5 camas por 100.000 habitantes).
- II.B.4.- En 1999 se creará un teléfono regional de información y consulta para los profesionales, en la Unidad del Dolor del Hospital Martínez Anido de Salamanca.
- II.B.5.- En 1999 se habrán constituido en todas las Áreas de Salud equipos de atención domiciliaria coordinados con las Unidades Hospitalarias de cuidados paliativos.
- II.B.6.- En 1999, se iniciará, en colaboración con las Universidades de la región un Master Universitario en Cuidados Paliativos.
- II.B.7.- En 2000 al menos el 50% de los Equipos de Atención Primaria de Salud, habrán participado en actividades de formación y entrenamiento básico en cuidados paliativos.
- II.B.8.- En 2000 existirán Programas de cuidados paliativos en Atención Primaria implantados en todas las Áreas de Salud.

II.B.9.- En 2000 la hospitalización a domicilio de los enfermos con patología crónica terminal se habrá incrementado en un 30%.

II.B.10.- En 2000 se habrá evaluado la necesidad de disponer de equipos especiales de apoyo en la Atención Primaria de Salud, para reforzar la atención domiciliaria en este colectivo de pacientes.

II.B.11.- En 2000 al menos el 50% de los enfermos con patología crónica terminal permanecerán en su domicilio con una aceptable calidad de vida.

II.C.- Programa de enfermedades degenerativas.

II.C.1.- A partir de 1998 se realizará apoyo técnico y financiero a las ONGs para impulsar el voluntariado en este campo.

II.C.2.- En 1998 se establecerá la financiación e inicio de las inversiones para el centro residencial de Enfermos de Alzheimer en Salamanca, que se constituirá como uno de los Centros de Referencia Regional.

II.C.3.- En 1998 se pondrá en marcha un Centro Regional de referencia para la atención a las demencias, investigación y formación de profesionales, en el Hospital «Fuente Bermeja» de Burgos.

II.C.4.- En 2000 al menos el 80% de los Equipos de Atención Primaria de Salud habrán participado en actividades de formación y entrenamiento básico en la atención a las demencias.

II.C.5.- En 2000 se habrá creado una red de servicios para el desarrollo de los programas de estancias diurnas para la atención de personas con enfermedades degenerativas.

II.C.6.- En 2000 se habrán incrementado al menos en un 15% las plazas residenciales para personas asistidas potenciando la acción concertada.

II.C.7.- En 2000 en las Residencias para personas mayores válidas, gestionadas por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, se habrán puesto en marcha unidades para personas asistidas, de atención preferente a las demencias.

II.D.- Programa de patologías asociadas al envejecimiento.

II.D.1.- En 1998 se establecerán criterios generales para homogeneizar la cobertura y establecer las condiciones de acceso y las prestaciones del servicio de ayuda a domicilio.

II.D.2.- En 1998 se promoverá una relación estable con los recursos de Atención Primaria de Salud y de Servicios Sociales, para resolver la Atención Sanitaria en las residencias de la tercera edad de menos de 50 plazas.

II.D.3.- En 1999 se realizará un estudio sobre la utilización de recursos sanitarios del colectivo de personas mayores de 65 años.

II.D.4.- En 2000 la cobertura del servicio de teleasistencia se realizará de forma homogénea potenciando la coordinación interinstitucional.

II.D.5.- En 2000 la hospitalización a domicilio para los enfermos con pluripatología derivada del envejecimiento se habrá incrementado en un 15%.

II.D.6.- En 2000 en todas las Áreas de Salud existirán Unidades Hospitalarias de convalecencia (de 10 camas por cada 100.000 habitantes) para el colectivo de personas mayores de 65 años.

II.D.7.- En 2000 se habrá incrementado en un 10% el servicio de ayuda domiciliaria.

II.D.8.- En 2000 se determinará la posible reorientación de camas de agudos en los hospitales de la Red Hospitalaria pública.

II.D.9.- En 2000 se evaluará la necesidad de crear unidades de atención geriátrica de agudos.

II.D.10.- En 2000 todo el personal que preste la ayuda a domicilio habrá recibido formación para el adecuado desarrollo de esta prestación básica.

II.E.- Programa de patología psiquiátrica de larga evolución y mal pronóstico.

II.E.1.- En 1998 existirán partidas presupuestarias específicas en el Presupuesto de la Comunidad Autónoma, para el desarrollo de actividades de apoyo psico-social, dirigidas a la Federación de Asociaciones de Autoayuda de familiares de enfermos psiquiátricos.

II.E.2.- En 1998 se realizará un estudio para conocer las características socio-familiares, clínicas y funcionales del colectivo de usuarios potenciales.

II.E.3.- En 1998 se establecerán Programas de Formación Ocupacional en centros especializados que permitan la posterior incorporación de este colectivo al mundo laboral ordinario, protegido o con apoyo.

II.E.4.- En 1999 se habrá creado una Unidad Regional de larga estancia.

II.E.5.- En 2000 se habrá creado, en todas las Áreas de Salud, una red de unidades de protección comunitaria (pisos protegidos, hogares tutelados... etc.).

II.F.- P. patologías crónicas no asociadas al envejecimiento.

II.F.1.- En 2000 en todas las Áreas de Salud existirán Unidades Hospitalarias de convalecencia (10 camas por cada 100.000 habitantes) para completar la recuperación en este colectivo de pacientes.

II.F.2.- En 2000 se habrá producido un incremento de un 50% en la hospitalización a domicilio de este colectivo de pacientes.

II.F.3.- En 2000 se habrá producido una disminución de un 10% en la estancia media hospitalaria de este colectivo de pacientes.

II.F.4.- En 2000 existirá una red de hospitales de día que de respuesta a las necesidades de rehabilitación funcional o convalecencia en régimen ambulatorio a este tipo de pacientes.

II.F.5.- En 2000 existirán dos Unidades Hospitalarias de ámbito regional de 5 plazas cada una para atender a personas con discapacidad gravemente afectadas en períodos de convalecencia.

II.G.- Programa de prevención, identificación y atención temprana de grupos de alto riesgo.

II.G.1.- En 1999 se habrá puesto en marcha un programa para la detección y atención precoz de niños menores de 6 años con problemas en el desarrollo por causa de una deficiencia o por factores socio-ambientales.

II.G.2.- En 1999 se habrá desarrollado un modelo de respuesta rápida que actúe en los momentos más críticos, iniciando el tratamiento dentro del primer mes de detección.

II.G.3.- En 1999 se establecerá un protocolo donde se recoja la información necesaria para el tratamiento de los niños incluidos en este programa.

II.G.4.- En 1999 se habrán puesto en marcha programas de formación e información sobre atención a la familia.

### **CAPÍTULO TERCERO CRITERIOS BÁSICOS DE ACTUACIÓN**

El sistema sanitario público presenta un modelo implícito de atención al colectivo de pacientes con patologías crónico-degenerativas, de carácter evolutivo e invalidante y pacientes terminales, en el marco de las prestaciones preestablecidas para el conjunto de la población.

Desde una visión general de las necesidades y demandas que generan este tipo de pacientes, además de plantear problemas de tipo sanitario, presentan necesidades de orden psicológico, económico, social, etc. La demanda de atenciones se caracteriza por aparecer de manera cambiante y requieren de la actuación en distintos niveles: Atención primaria, servicios de salud mental, atención especializada y servicios sociales, provocando la necesidad de una provisión de cuidados continuados y, en algunas ocasiones, permanentes. Sin embargo, las respuestas de los diferentes servicios suelen ser parciales y puntuales, actuando sobre la sintomatología y olvidándose de la necesaria intervención sobre la multiplicidad de causas que a menudo originan y determinan el problema a tratar.

Como características más relevantes que conforman el modelo actual de atención a estos pacientes, podemos destacar las siguientes:

- El modelo de atención es fundamentalmente curativo y no responde adecuadamente a las necesidades de estos enfermos.
- El modelo de atención primaria «a demanda» no es el más correcto para atender a pacientes crónicos, donde sin duda las necesidades superan a las demandas.
- Faltan recursos para la atención de personas mayores con enfermedad y dependencia, y personas con discapacidad. El índice de recursos institucionales asistidos es bajo, especialmente para enfermos con demencia, y los «recursos de apertura» como hospitales de día y programas de conexión, atención especializada y atención primaria, no están suficientemente desplegados.
- Los recursos institucionales existentes no están suficientemente definidos en los diferentes tipos de necesidades. Esto, junto con la carencia de recursos, produce confusión; en la ubicación de los usuarios, en los mecanismos de financiación y en la delimitación de competencias entre los servicios sociales y sanitarios.
- En algunos centros residenciales del Sistema de Acción Social, concebidos en muchas ocasiones para atender a personas mayores sin enfermedad ni dependencia, se produce un empeoramiento gradual de la situación de los mismos que origina un importante aumento de atención sanitaria.
- No existe una suficiente conexión entre, los diferentes recursos sociales y sanitarios. También es insuficiente la conexión y coordinación entre atención especializada y atención primaria.
- Otras deficiencias detectadas se refieren a aspectos relacionados con el modelo de atención, como son formación de los profesionales y déficit de algunos profesionales considerados como necesarios.

De lo anterior se desprende la necesidad de diseñar y aplicar un modelo de atención específico a los colectivos referidos, un modelo de organización de los recursos que incluya medidas en todos los ámbitos, establecimiento de prioridades en su implementación, y programas de formación de profesionales y medidas de evaluación y seguimiento.

Existe un consenso generalizado por parte de los expertos y organizaciones que han trabajado en este campo sobre los aspectos básicos del modelo específico de atención, que deben ser:

- Integral: Tiene en cuenta las diferentes necesidades de atención de las personas enfermas y con discapacidad (física, emocionales, sociales y espirituales) y de sus familias.
  - Interdisciplinar: Con participación de los diferentes profesionales que deberán intervenir para prestar una atención integral y continuada. Es preciso disponer de equipos multiprofesionales para obtener los máximos estándares de calidad y eficacia en la valoración y detección de las necesidades, en la prevención de complicaciones, en la planificación de las actividades y en la evaluación de los resultados obtenidos.
  - Rehabilitador activo: Para disminuir el impacto físico de la enfermedad y discapacidad o medidas para mantener los mejores niveles en la calidad de vida.
- En cuanto al modelo de organización de los recursos, se propone que este sea:
- Global: Aplicando medidas en cada uno de los diferentes ámbitos de atención (sistema sanitario y sistema de acción social).
  - Sectorizado, permeable y flexible: Para crear recursos comunicados y con flexibilidad en los primeros momentos de implantación, cuando resulta difícil conseguir una ubicación adecuada de los pacientes, estableciendo circuitos de derivación y las adecuadas interrelaciones de los profesionales.
  - La implantación deberá ser gradual y armónica.

Por otra parte y desde una concepción comunitaria de los cuidados, estos se han de estructurar en tres apartados:

- I.- Autocuidados. Enseñándoles a los usuarios normas sencillas de prevención y tratamiento.
- II.- Atención informal. A cargo de familiares, y/o voluntariado.
- III.- Atención formal:
  - Prestaciones a nivel de Atención Primaria de Salud.
  - Unidades específicas en Hospitales Generales y centros y servicios de carácter sociosanitario.
  - Servicios sociales básicos y específicos.

Por último, al objeto de obtener la máxima eficacia se requiere la implicación directa de los ciudadanos y usuarios en el desarrollo y evaluación de las actividades y programas.

## CAPITULO CUARTO PROGRAMAS

Son evidentes las dificultades que entraña delimitar nítidamente el espacio sociosanitario, como se ha señalado reiteradamente a lo largo de los diferentes capítulos del Plan; pero al mismo tiempo, los profundos cambios sociodemográficos, así como los nuevos patrones de morbilidad que se observan en nuestra Comunidad Autónoma, hacen necesario delimitar para el período de vigencia del Plan las grandes áreas sobre las que se pretende intervenir.

Los Programas que configurarán el Plan Sociosanitario de Castilla y León para el período 1998-2000 son:

1. Programa de enfermedades degenerativas: Fundamentalmente el programa va dirigido a mejorar la atención a las demencias.
2. Programa de enfermedades crónicas en fase terminal: Dirigido básicamente a conseguir mejorar los cuidados que precisan las personas que padecen enfermedades en fase terminal.
3. Programa de patologías crónicas asociadas al envejecimiento: El objetivo último es dar una respuesta integral a la variada patología asociada a la tercera edad.
4. Programa de patologías crónicas no asociadas al envejecimiento: Pretende mejorar y adecuar los cuidados que contribuyen a completar el alta terapéutica después de una agudización de un proceso crónico.

5. Programa de patologías psiquiátricas crónicas de larga evolución y mal pronóstico: Dirigido al colectivo de pacientes psiquiátricos crónicos que como consecuencia de un cuadro psicopatológico que evoluciona produciendo un profundo y progresivo deterioro psicosocial, requiere una atención especial en ciertos dispositivos de protección comunitaria.

6. Programa de prevención, identificación y atención temprana de grupos de alto riesgo: Dirigido a menores de 6 años con alteraciones en el desarrollo por causa de una deficiencia o por factores socio-ambientales, que requieren una atención especial para su desarrollo integral.

## CAPÍTULO QUINTO COORDINACIÓN

La implantación y desarrollo del Plan de Atención Sociosanitaria exige un importante esfuerzo de coordinación. La relevancia de las estrategias de coordinación deriva del objetivo explícito de crear un nuevo espacio de atención; de la necesidad de impulsar la corresponsabilidad y cooperación entre los Servicios Sanitarios y Sociales en sus distintos niveles de atención; de la participación de distintas administraciones y entidades en el desarrollo del Plan; y, finalmente de la necesaria colaboración entre las administraciones públicas, las organizaciones no gubernamentales y el voluntariado.

Los sistemas Sanitarios y de Acción Social se han desarrollado históricamente en paralelo, de acuerdo con sus regulaciones específicas; las escasas experiencias de coordinación, limitadas en el tiempo y en los recursos, no han conseguido superar el funcionamiento en paralelo de ambos sistemas. Por otra parte, las características específicas de la atención sociosanitaria (habitualmente casos de elevada complejidad) y la necesidad de utilizar de forma eficiente los recursos existentes y los de nueva creación, justifican la creación de distintos dispositivos de coordinación, tanto en el ámbito de la dirección y planificación como en el de la atención directa a los usuarios.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, y para el desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Atención Sociosanitaria, por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social se creará y regulará la composición y funcionamiento de las siguientes estructuras de coordinación:

El Consejo de Dirección del Plan, órgano superior que, presidido por el Consejero de Sanidad y Bienestar Social, estará integrado por los titulares de los distintos Centros Directivos del Departamento, así como por un representante del Insalud con rango, al menos, de Director Provincial.

El Consejo de Dirección se responsabilizará de impulsar las acciones necesarias para la ejecución del Plan, establecer los criterios generales de ordenación y coordinación de los recursos y determinar las prioridades de actuación.

En cada una de las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma, se creará una Comisión de Dirección que, bajo la presidencia del Delegado Territorial de la Junta de Castilla y León, ejercerá las funciones de coordinación interinstitucional, análisis y ordenación de recursos y realizará las propuestas necesarias para el cumplimiento de los objetivos del Plan.

Formarán parte de esta Comisión los responsables de los Servicios Territoriales de Sanidad, de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, de la Dirección Provincial del Insalud, así como representantes de la Diputación Provincial y Ayuntamiento de la capital. Asimismo, contará con dos representantes de las Organizaciones No Gubernamentales vinculadas a las actividades del Plan, cuya representación se establecerá reglamentariamente.

Por otra parte, se constituirá una Comisión de Coordinación de la Atención Sociosanitaria en cada una de las Áreas de Salud de la que formarán parte profesionales de los distintos centros y servicios integrados en el Plan (Equipos de gestión de casos, unidades de convalecencia, atención primaria de salud, servicios sociales básicos, etc.). Entre sus funciones se incluirán las siguientes: elaboración de catálogo de recursos del Área, valoración y gestión de casos, determinación de los procedimientos de utilización de los recursos etc.

Finalmente, se creará la figura del Coordinador del Plan de Atención Sociosanitaria en cada una de las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma, cuyas funciones incluirán el impulso, coordinación y asesoramiento técnico en el desarrollo del Plan.

## CAPÍTULO SEXTO SERVICIOS Y FUNCIONES

**Comisión de coordinación de la atención sociosanitaria.**

Existirá una por cada una de las Áreas de Salud, formarán parte de ella profesionales de los distintos centros y servicios sociosanitarios existentes en cada Área. Sus funciones más relevantes serán la elaboración del catálogo de recursos sociosanitarios del Área, determinación de los procedimientos para su utilización y la valoración y gestión de casos.

**Coordinador Sociosanitario de Área de Salud.**

Existirá uno por cada una de las Áreas de Salud, será responsable de la coordinación y el asesoramiento técnico, en su demarcación territorial.

**Equipos de Gestión de casos.**

Existirá uno en cada Hospital General de referencia del Área de Salud, tendrán una composición interdisciplinar (médico, enfermería, trabajador social), y estarán adscritos a los servicios de medicina interna. Entre sus funciones se incluirán: La atención hospitalaria de los casos más complejos, gestión de las altas y la conexión con el resto de los recursos y profesionales ajenos al Hospital General.Unidades Hospitalarias de cuidados paliativos.

Existirá una en cada Área de Salud, su función es ofrecer tratamiento paliativo y de apoyo a pacientes con enfermedades en fase terminal. Los principales objetivos que debe perseguir son: El control de síntomas, el confort y el apoyo emocional al enfermo y a la familia. Las unidades deberán contar con servicio médico y de enfermería, asistentes sociales y psicólogo. La estancia media no deberá ser superior a 20 días.

**Centros Regionales de Referencia.**

Realizan actividades de apoyo a las diferentes unidades sociosanitarias de las Áreas de Salud y coordinan e impulsan actividades de formación e investigación.

**Unidades Hospitalarias de convalecencia.**

Existirán dos en cada Área de Salud, una destinada 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 otra destinada a pacientes con patologías crónicas no ligadas al envejecimiento (enfermos crónicos con frecuentes descompensaciones). El objeto de estas unidades es restablecer las funciones o actividades que han quedado afectadas, total o parcialmente por distintas patologías. La procedencia de los pacientes será mayoritariamente del Hospital de referencia del Área de Salud, la estancia media no deberá superar los 80 días. Las unidades deberán contar con servicios médicos, fisioterapéuta, y personal de enfermería.

**Unidad de larga estancia.**

Será de ámbito regional y estará destinada a pacientes con patología psiquiátrica crónica de larga evolución y mal pronóstico. Los objetivos fundamentales serán de soporte, mantenimiento, rehabilitación y mejora de la calidad de vida.

**Unidades de Asistidos para las demencias.**

Existirá al menos una por Área de Salud, sus funciones incluirán el tratamiento rehabilitador, paliativo, de cuidados, de prevención de complicaciones, y de apoyo y promoción de la autonomía a personas con enfermedades degenerativas crónicas. El personal de enfermería será la pieza clave en la atención directa.

**Hospital de Día.**

Existirá uno en cada Área de Salud y se tenderá a que estén ubicados en la red hospitalaria del Sistema de Salud. Tendrá una dimensión de no más de 30 plazas. Los objetivos fundamentales que persigue son: Ofrecer atención integral mientras que el paciente sigue viviendo en su domicilio, disminuir el peso de la carga familiar, facilitar el alta hospitalaria y retrasar o evitar la hospitalización.

**Centros de Día.**

Existirá al menos uno en cada Área de Salud y se tenderá a que estén ubicados en la red de residencias para la tercera edad. Tendrán una dimensión de no más de 30 plazas. Destinados a pacientes con enfermedades degenerativas crónicas.

Los objetivos básicos que persigue son: evitar la institucionalización prematura, disminuir el peso de la carga familiar, mejora de la calidad de vida del paciente, la terapia ocupacional y la promoción de la autonomía.

**Equipos de Atención Primaria de Salud.**

Existirá uno en cada Zona Básica de Salud. Por su situación estratégica tendrán un papel fundamental en el desarrollo de los diferentes programas que configuran el Plan Sociosanitario y garantizarán tres aspectos básicos de atención: La detección precoz y valoración de las situaciones de riesgo y de enfermedad, la de puerta de entrada en el sistema sanitario y la mayor posibilidad de coordinación con los demás recursos, a la luz de las necesidades que se detecten.

Serán los responsables en gran medida de la atención domiciliaria. Los profesionales de enfermería tendrán una relevancia especial en la identificación de necesidades, provisión de cuidados y educación del paciente y la familia.

**Centros de Acción Social.**

Existe uno en cada zona básica de acción social, como servicios básicos que son tienen un carácter polivalente y sus funciones se concretan en: Informar, orientar y asesorar sobre los derechos y recursos existentes, la atención domiciliaria en coordinación con los equipos de atención primaria de salud, gestionar las prestaciones de ayudas económicas y desarrollar programas de reinserción social en coordinación con el resto de los recursos del Plan Sociosanitario. Al ser la puerta de entrada del Sistema de Acción Social tienen un papel relevante en todas las acciones y actividades encaminadas a mantener al usuario informado de los recursos sociosanitarios en su medio habitual.

**Centro Base de Atención a Minusválidos.**

Existe uno en cada provincia, que dispone de un equipo pluriprofesional, y actuará como Unidad de Referencia para las personas con discapacidad.

**Unidades de Coordinación para la Atención Temprana.** Serán las encargadas de la coordinación interinstitucional y de derivar a las personas susceptibles de atención temprana a los diferentes servicios de atención.

## **CAPITULO SEPTIMO RECURSOS**

El Plan Sociosanitario incluye un conjunto de acciones e iniciativas cuyo desarrollo corresponde e implica a distintas y diversas Administraciones Públicas y entidades privadas colaboradoras de la Comunidad Autónoma, todas ellas dotadas de un considerable número de recursos humanos, materiales y económicos para cumplir las responsabilidades y funciones que les asigna el Plan.

Por otra parte, las fuentes de financiación del Plan son diversas y abarcan no sólo las aportaciones propias de las Administraciones Públicas y entidades privadas colaboradoras con cargo a sus presupuestos, sino también créditos procedentes de la Unión Europea, subvenciones de la Administración General del Estado, etc.

La participación de varias administraciones y los condicionantes derivados de las técnicas de programación presupuestaria de las administraciones públicas condicionan la metodología y el análisis de la financiación del Plan Sociosanitario. En la práctica se ha optado por incluir únicamente el gasto sociosanitario de la Junta de Castilla y León.

En lo concerniente a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, los recursos económicos destinados a contribuir al desarrollo del Plan Sociosanitario, se consignan en los diferentes programas presupuestarios de los distintos centros directivos que configuran la Consejería; Dirección General de Salud Pública y Asistencia, Gerencia Regional de Servicios Sociales y Gerencia Regional de Salud. Y se estiman en una previsión de 50.000 millones de pesetas para el período comprendido entre los años 1998-2000, distribuyéndose anualmente según las previsiones del Plan y las necesidades detectadas, en los diferentes programas de la Sección 05 de los presupuestos de la Comunidad de Castilla y León.

## **CAPITULO OCTAVO EVALUACIÓN**

Tradicionalmente la evaluación ha sido considerada como una fase del proceso de planificación, particularmente en los casos en los que se opta por la planificación por programas. La escasa adaptación del Sistema Sanitario y el de Acción Social a aquellas situaciones en las que concurren necesidades de carácter sanitario y social tiene importantes repercusiones para la evaluación del Plan de atención sociosanitaria.

Por una parte, los sistemas de información sanitaria apenas contemplan aspectos que han de ser nucleares en la atención sociosanitaria; por otra, el incipiente desarrollo de los sistemas de información en materia de atención social, contribuye a dificultar la evaluación de las medidas contempladas en este Plan.

Asimismo, el carácter innovador de este Plan, en relación con las escasas experiencias existentes en nuestro país, supone que el propio Plan incluya objetivos que trasladan la decisión acerca de la creación de algunos recursos al momento de realizar la primera evaluación del Plan en el año 2000 (p.ej. la creación de unidades de atención geriátrica en Hospitales Generales o de equipos de apoyo a la Atención Primaria); debe señalarse a este respecto que, en la medida en que se

crea un nuevo espacio de atención, algunas decisiones han de adoptarse una vez evaluado el funcionamiento de los nuevos servicios que se crean.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, uno de los objetivos iniciales propone definir el contenido del sistema de información sociosanitaria en el primer año de vigencia del Plan. En este sentido, las estrategias de evaluación han de incidir en los distintos ámbitos de actuación que participan en la atención sociosanitaria, concretándose en los siguientes aspectos:

**Atención Primaria de Salud.**

La evaluación deberá orientarse a la comprobación de la formación y el entrenamiento recibido por los Equipos de Atención Primaria en materia de cuidados paliativos y de atención a las demencias; a la implantación de programas de cuidados paliativos en todas las Áreas de Salud; a la coordinación establecida con los Centros de Acción Social; y a su participación en la atención sanitaria de las residencias de menos de 50 plazas.

**Red Hospitalaria Pública.**

En este ámbito la evaluación ha de realizarse, en primer lugar, sobre la creación de los nuevos recursos previstos en el Plan, y más concretamente: Equipos de gestión de casos en los Hospitales de referencia; Unidades Hospitalarias de cuidados paliativos y de convalecencia, con la razón de camas propuesta; Equipos de Atención domiciliaria; otras unidades específicas (Unidad de larga estancia para pacientes psiquiátricos crónicos, unidad de atención a personas discapacitadas, etc.); y red de hospitales de día.

Asimismo, deberá procederse a la evaluación de la actividad desarrollada por los recursos existentes y los de nueva creación, en relación con el incremento de la hospitalización a domicilio o la disminución de la estancia media de algunos colectivos.

**Servicios Sociales Básicos.**

La evaluación se orientará a la comprobación de la atención prestada por los Centros de Acción Social a los potenciales usuarios de la atención sociosanitaria; su coordinación con los Equipos de Atención Primaria; y el incremento de la atención domiciliaria y de la teleasistencia.

**Servicios Sociales Específicos.**

Su contribución al desarrollo del Plan se evaluará de acuerdo con el incremento de plazas residenciales para personas asistidas; la creación de unidades para personas con demencias en las residencias gestionadas por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social; la implantación y desarrollo de los programas de estancias diurnas; y otras actuaciones específicas dirigidas al sector de personas con discapacidad y de pacientes psiquiátricos crónicos.

**Participación y apoyo al voluntariado.**

En esta materia la evaluación ha de considerar el apoyo técnico y financiero establecido para las ONGs generales y específicas; su participación en las actividades programadas; y el grado de participación en las estructuras de coordinación establecidas.

**Planificación y ordenación de la Atención Sociosanitaria.**

En las primeras fases del Plan las actividades de ordenación adquieren una relevancia especial. Su evaluación habrá de orientarse a la comprobación de la creación de las estructuras de coordinación previstas; la elaboración del Mapa de atención sociosanitaria; del sistema de información específico; de la normativa sobre autorización de centros y servicios; y de otros aspectos específicos.