



DECRETO 59/2003, DE 15 DE MAYO, POR EL QUE SE APRUEBA EL II PLAN SOCIOSANITARIO DE CASTILLA Y LEÓN.

(BOCyL n.º 95, de 21 de mayo de 2003.

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, pre-

vención 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.

NORMAS GENERALES

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.

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.

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

Artículo 3.

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.

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.

Disposición Final 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.

Disposición Final 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

ANEXO

CAPÍTULO I

Fundamentos

A. 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 cuál

les 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 inmersos. 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 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 perspectiva 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 «socio-sanitario». 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 socio-sanitario 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 socio-sanitario», 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 socio-sanitarios 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 socio-sanitarios 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 socio-sanitarios 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 socio-sanitario» no es unívoco en España. Ante esta falta de univocidad en su regulación, el más claro elemento común a tales «centros socio-sanitarios» 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 «socio-sanitarios».

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 socio-sanitaria», usos que no suelen ser, además, plenamente coincidentes con aquella atención que es prestada en centros o servicios formalmente calificados como «socio-sanitarios». 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 imparable 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.

B. Principios rectores.

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

1. 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:

1.1. 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 englobador 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 trans-

versalidad potenciando las alianzas operativas con otros ámbitos públicos de intervención tales como la Educación, el Empleo, la Vivienda, el Transporte, etc.

1.2. 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.

1.3. 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.

1.4. 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 pro-

duzcan 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.

1.5. 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.

2. 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 presidido 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 conjun-

to 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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 inter-

feridas 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.

C. 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 Organi-

zación 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 adopción 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 periodo 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 designado 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 multidisciplinarios, 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 cuidadores 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.

CAPÍTULO II

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 período 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.

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 multidisciplinarios 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 desinsti-

tucionalización 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 econó-

mica de la Gerencia de Servicios Sociales con las Asociaciones de Sordos, ASPAYM, FEAPS, FEAFES, 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 período 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 Paliativos, 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 Geriatría.

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 periodo 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.

CAPÍTULO III

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 socio-sanitaria 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 prioritizadas de intervención de este II Plan Sociosanitario de Castilla y León que pasa a detallarse:

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 coordi-

nación 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 actuación 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:

1.1. 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 Sis-

tema 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 ser-

vicios 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 Socio-sanitaria.

- 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.

1.2. Crear estructuras de coordinación socio-sanitaria 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 interven-

ción 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 coordi-

nación 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 distinguen 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.

1.3. Desarrollar la gestión de procesos y la gestión de casos.

Identificar con claridad los requisitos bajo los que deben prestarse integralmente 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 sociosanitaria, 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.

1.4. 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 cuali-

tativo, 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 almacenarla 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 establecimiento 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.

1.5. 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 multidis-

ciplinar 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

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 previ-

siones 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:

2.1. 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 Igualdad 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 periodo 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 sobrevejecimiento 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 cui-

dador 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.

2.2. 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 desarro-

llados 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.

2.3. 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 circunstancias 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 sobrenidos 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 dife-

renciación 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.

2.4. 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 puedan ser compartidas por el Sistema 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

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:

3.1. 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.

3.2. 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 socio-demográficos 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:

3.3. 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 sanitarios 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 prestación 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.

3.4. 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 ser-

vicios 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.

3.5. 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

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/coordination 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:

4.1. 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 prestación 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 aquellas 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.

4.2. 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 socio-sanitaria. 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).

4.3. 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.

4.4. 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 deshabituación 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).

4.5. 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.

CAPÍTULO IV

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.

CAPÍTULO V

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.