



P

Planes y Estrategias

PLAN DE ATENCIÓN SANITARIA
GERIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN
2005-2007



Junta de
Castilla y León

**PLAN DE ATENCIÓN
SANITARIA GERIÁTRICA
EN CASTILLA Y LEÓN
2005-2007**

© *Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005-2007*

Edita: Junta de Castilla y León

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación y Ordenación

Maquetación e Impresión: Casa Ambrosio Rodríguez

Depósito Legal: VA-19-2005

PRESENTACIÓN

La atención sanitaria a las personas mayores constituye una prioridad dentro de los ejes de acción de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, sustentada por una parte en la estructura demográfica de nuestra Comunidad, con una clara tendencia al sobreenvjecimiento, y por otra parte, en la importante demanda y consumo de recursos tanto sanitarios como sociales que este grupo poblacional presenta.

Son muchas las referencias normativas, tanto europeas como nacionales y de nuestra propia comunidad autónoma, que insisten en la importancia de abordar la atención a las personas mayores desde una perspectiva integral que ha de conducir de manera obligada a una reordenación de recursos, al desarrollo de nuevas formas de trabajo y al impulso decidido en materia de coordinación entre niveles asistenciales y con el sistema de acción social.

El Plan de Atención Sanitaria Geriátrica 2005-2007, establece prioridades de acción para los diferentes ámbitos de competencia en materia asistencial de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, en un esfuerzo de impulsar y coordinar acciones ya existentes así como establecer nuevas formas de organización y nuevas actuaciones.

En este contexto y tras un detallado análisis de situación, el presente Plan, se estructura en cinco grandes áreas de intervención que comprenden, en primer lugar, la potenciación y el desarrollo de los servicios de atención a la dependencia en las personas mayores desde el nivel de Atención Primaria, en segundo lugar el desarrollo de un programa de atención gerontopsiquiátrica que pretende coordinar esfuerzos en torno al abordaje de las demencias y la depresión en las personas mayores. El tercer área de intervención de este Plan, se corresponde con el impulso de la coordinación en la atención a las personas mayores enmarcado en un escenario de apuesta decidida de la Consejería de Sanidad por reforzar las estructuras de coordinación sociosanitarias existentes y su contenido. La cuarta línea, en consonancia con la anterior, aborda la atención sanitaria en los centros de personas mayores. Por último y como quinta línea de intervención, se incluye una línea de carácter transversal que resulta imprescindible para el desarrollo de las cuatro áreas de intervención anteriores y que se corresponde con el desarrollo de actividades formativas en el campo de la atención a las personas mayores y dirigida a todos aquellos profesionales implicados.

En un Plan como el que en este documento se presenta, es imprescindible destacar la importancia que tiene para la consecución de todos los objetivos recogidos, la implicación de un gran número de profesionales de diferentes niveles asistenciales, a los que quiero agradecer de antemano su colaboración y el esfuerzo que sin duda harán para adaptarse a los requerimientos que el propio Plan implica.

César Antón Beltrán

Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León

1. PRESENTACIÓN	5
2. ÍNDICE	6
3. INTRODUCCIÓN	9
4. JUSTIFICACIÓN (Antecedentes normativos)	13
5. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	19
■ Demografía	21
■ Mortalidad	23
■ Morbilidad	24
■ Consumo farmacéutico	27
■ Dependencia	27
■ Prevalencia de demencias	27
6. RECURSOS SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN CASTILLA Y LEÓN	31
7. OBJETIVO GENERAL Y PRINCIPIOS RECTORES	43
8. ÁREAS DE INTERVENCIÓN	47
■ Área 1: Potenciación y desarrollo de los servicios de atención a la dependencia en las personas mayores desde atención primaria	51
Justificación	53
Objetivo	54
Intervenciones	54
Evaluación	58
■ Área 2: Desarrollo de un programa de atención gerontopsiquiátrica	61
Justificación	63
Objetivo	65

Intervenciones	65
Evaluación	72
■ Área 3: Impulso de la coordinación en la atención a las personas mayores	75
Justificación	77
Objetivo	78
Intervenciones	78
Evaluación	79
■ Área 4: Mejora de la atención sanitaria en Centros de Personas Mayores	83
Justificación	85
Objetivo	86
Intervenciones	86
Evaluación	88
■ Área 5: Promoción y desarrollo de actividades formativas en el campo de atención a las personas mayores	91
Justificación	93
Objetivo	93
Intervenciones	94
Evaluación	95
9. EVALUACIÓN GLOBAL	97
10. FINANCIACIÓN	103
11. BIBLIOGRAFÍA	107

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

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

En Castilla y León las personas de 65 y más años suponen el 23% del total de la población¹ con una tendencia poblacional hacia el sobreenvjecimiento a expensas de las cohortes de los más ancianos. La esperanza de vida en nuestra comunidad es de 80,52 años² una de las más altas de todo el territorio nacional. Este grupo poblacional causó en el año 2002 más del 56% de las estancias hospitalarias en los centros de la Gerencia Regional de Salud y más de un 43% de los ingresos. La tasa de discapacidad de los mayores de 65 años en Castilla y León es de 372,7 (tasa por 1.000 hab.), por encima de la media nacional y sólo por debajo de la que presentan las comunidades andaluza y murciana. Más del 80% del gasto farmacéutico en nuestra comunidad corresponde a los pensionistas.

De acuerdo a los compromisos y actuaciones previstas en este campo y con el objetivo general de garantizar una atención sanitaria de calidad dirigida a las personas mayores, desde los distintos niveles asistenciales, mejorando la accesibilidad y la eficiencia en la prestación de servicios, se plantea este **“Plan de Atención Sanitaria Geriátrica 2005-2007”**. Este plan es un documento estratégico que recoge un conjunto de medidas ya integradas en planes y estrategias regionales recientemente publicadas, que se reflejan en objetivos y actuaciones en algunas ocasiones ya iniciadas o pendientes de concretar en los compromisos anuales de Atención Primaria y/o Especializada y otras actuaciones novedosas en el campo de la asistencia sanitaria geriátrica y al que tenemos que dotar de unidad tanto en su desarrollo temporal como en la determinación de los requisitos de coordinación exigibles para su desarrollo armónico.

Por tanto, este Plan tiene un carácter “especial” por su transversalidad en relación con estrategias y actuaciones recientes o ya previstas en otros planes y su apuesta por defender el principio de la “normalización de actuaciones” que supone impulsar una política general de primacía de utilización de los recursos normalizados (expresada en estrategias de ámbito general), conjugada con el desarrollo de actuaciones específicas (como bien puede ser el caso de este plan) sobre determinados sectores de la población, dirigidas precisamente a garantizar la accesibilidad y la eficiencia de las prestaciones.



JUSTIFICACIÓN
(Antecedentes normativos)

JUSTIFICACIÓN (Antecedentes normativos)

“El envejecimiento está ligado al desarrollo. Las personas mayores saludables son un recurso para sus familias, sus comunidades y la economía”.

Declaración de Brasilia sobre el envejecimiento saludable, OMS 1996.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, mediante Resolución 46/91, de 16 de diciembre, aprobó los **Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad** entre los que se encuentran: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad³.

Del 8 al 12 de abril de 2002 se celebró en Madrid la **II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas**, y en su transcurso la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el documento “Salud y envejecimiento”, que plantea una visión positiva del envejecimiento bajo el concepto de “envejecimiento activo”⁴.

En la **Estrategia Salud 21 de la Oficina Regional Europea de la OMS** se incluye como objetivo 5º, “Envejecer en buena salud”, y se establece que para el año 2020, las personas mayores de 65 años deberán tener la posibilidad de disfrutar de todo su potencial de salud y desempeñar un papel socialmente activo⁵.

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

El 29 de agosto de 2003, el Gobierno aprobó el **Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007**, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, dotado de 1.100 millones de euros, que prevé 135 medidas, entre ellas facilitar ayudas económicas a las familias con mayores a su cargo y potenciar la formación de profesionales especializados en gerontología y la de los cuidadores⁶.

En **Castilla y León el II Plan de Salud**, vigente para el periodo 1998-2007, considera a las personas mayores como grupo de edad de especial prioridad en la Comunidad

Autónoma. El objetivo general del II Plan de Salud en este ámbito es que, “en el año 2007 habrá mejorado la calidad de vida de las personas mayores, su autonomía personal física y psíquica y la permanencia en su medio habitual”. En su formulación inicial se incluían 13 objetivos específicos relacionados con este apartado y referentes a estilos de vida, servicios y recursos sanitarios, coordinación e información⁷.

El Plan Regional Sectorial para las personas mayores (2000-2003), aprobado por Decreto 237/2000, de 16 de noviembre, contempla dentro del área de prevención, el desarrollo de un programa de promoción del envejecimiento satisfactorio y positivo y dentro del área de apoyo en el ámbito familiar y comunitario, programas de prestaciones básicas y recursos generales para las personas mayores y de atención a las personas dependientes con actividades directamente relacionadas con el sector sanitario⁸.

La Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León, insiste en la coordinación del sistema de acción social con el sistema de salud, con el objeto de garantizar una atención integral a las personas mayores dependientes y el apoyo a sus familias⁹.

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

La Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León, aprobada por Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, incluye en la línea estratégica de asistencia psiquiátrica: mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos, el desarrollo de un programa de psicogeriatría que incluya la atención a los problemas crónicos más frecuentes en personas mayores, el apoyo sanitario en centros residenciales y de día de carácter social y actuaciones respecto de las personas con enfermedad mental grave y prolongada que envejecen¹⁰.

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

Cuidados Geriátricos en todos los hospitales de Sacyl o el desarrollo de programas de psicogeriatría¹¹.

Por otra parte y ya en el ámbito de la gestión sanitaria, los actuales **Planes Anuales de Gestión de Sacyl**, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada^{12,13}, así como el **Plan de Formación de Sacyl** referidos todos ellos al periodo 2003-2005, recogen compromisos y actividades dirigidas al colectivo de personas mayores. En ellos destacamos el área de la salud bucodental del anciano, el impulso de programas de diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades que afectan a este grupo poblacional y ponen en peligro su autonomía, el desarrollo de programas de psicogeriatría, la puesta en marcha de Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos en los hospitales y la formación de los profesionales de Atención Primaria en los conocimientos y habilidades en el manejo de la patología de la tercera edad.

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

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

DEMOGRAFÍA

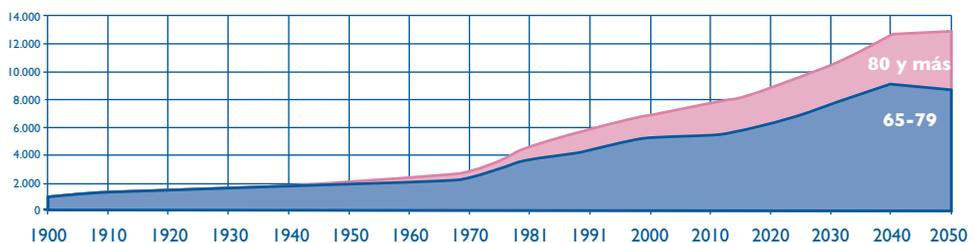
En España, la cifra de mayores ha aumentado siete veces en el siglo XX, mientras que el total de nuestra población nacional se ha doblado; los octogenarios ya son 1.633.040 y se han multiplicado por 13¹⁴.

En definitiva, el siglo ha terminado con unos incrementos netos de personas mayores (personas de 65 y más años menos los fallecidos de esas edades) superiores a 150.000 individuos anuales.

Los octogenarios son ahora el 3,9% de la población (el 23,2% de los mayores). En 2050 serán ya el 10% de toda la población española, casi uno de cada tres mayores.

En el próximo hito histórico 2020, momento aproximado de entrada de las generaciones del baby-boom en edades de jubilación, la población de personas mayores superará los 8,5 millones de personas.

Gráfico 1. Evolución de la población. España. 1900-2050 (miles). Proyecciones de población INE.

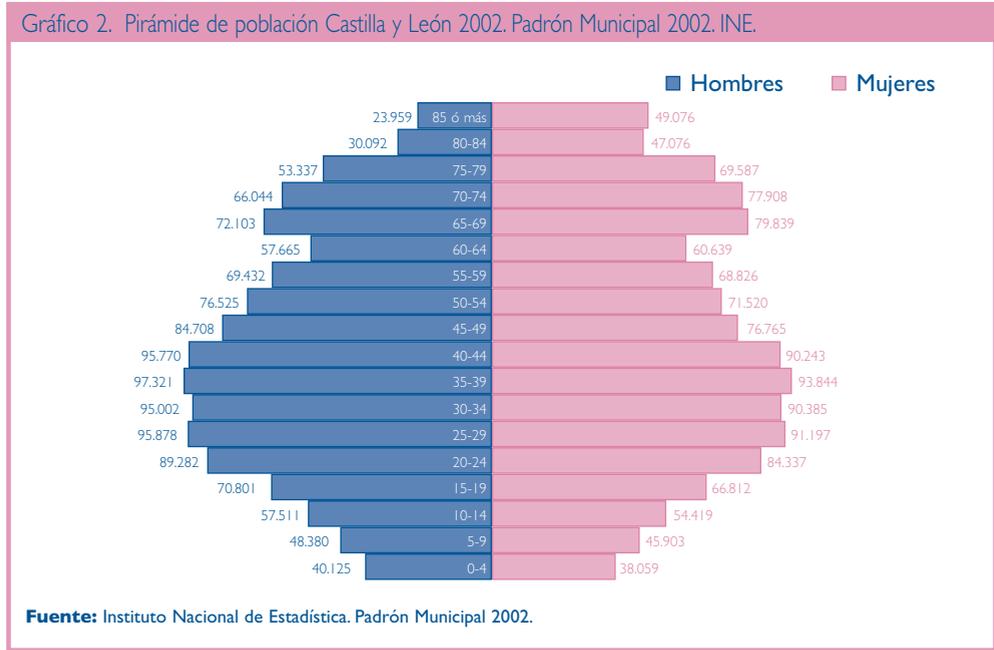


Fuente: Anuario estadístico. INEBASE 2002.

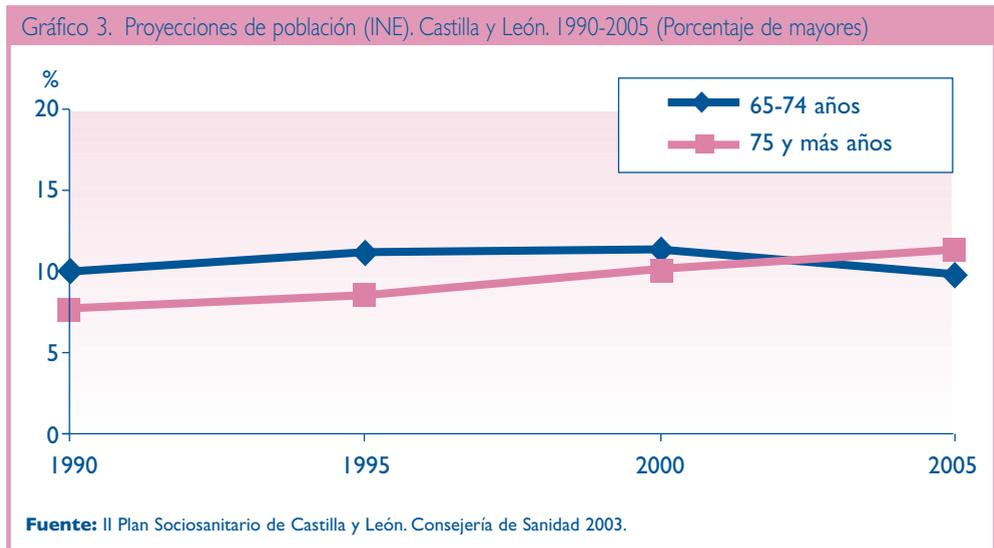
Por otra parte la esperanza de vida al nacer, como otro de los indicadores que reflejan el envejecimiento progresivo de la población, ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años pasando de 73,3 años en 1975 a 78,7 años en 1998.

Castilla y León no ha escapado a este proceso de envejecimiento, siendo una de las cuatro comunidades autónomas más envejecidas. El porcentaje de personas de 65 y más años fue, en el año 2002, del 23%, cifra que se ha elevado en más de 3 puntos en los últimos 6 años y que ha supuesto un incremento de más de 55.000 personas de este grupo de población.

La pirámide de población de Castilla y León en 2002 presentó la siguiente distribución, en la que se observa el ensanchamiento por el vértice, típico de poblaciones que van envejeciendo:



Por otra parte la tendencia poblacional en Castilla y León es hacia el sobre-envejecimiento con un incremento proporcional previsible a expensas de las cohortes de los más ancianos.



De la misma forma que lo que se ha visto a nivel nacional, la esperanza de vida en nuestra comunidad autónoma se ha incrementado considerablemente en los últimos años pasando de una esperanza de vida al nacer de 73,9 años en 1975 a una cifra de 80,5 años en 1999.

MORTALIDAD

Considerando las causas principales de mortalidad por grupos quinquenales de edad, se observa que a partir de los 75 años de edad las enfermedades circulatorias ocupan la primera posición (en los varones es a partir de los 80 años de edad). Sin embargo, en el grupo de edad comprendido entre los 65 y los 75 años son los tumores la primera causa de muerte¹⁵.

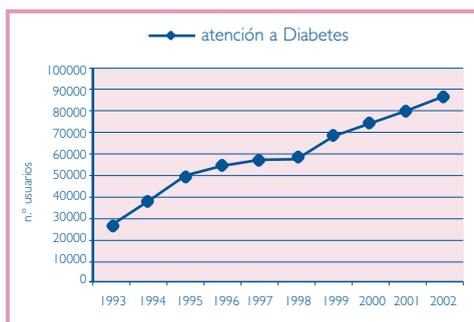
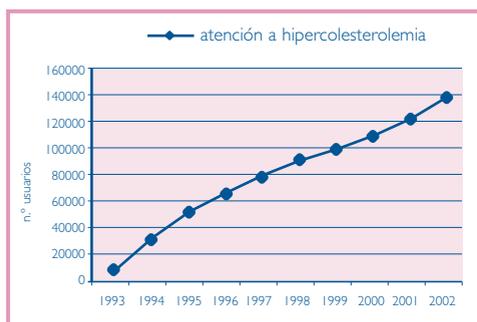
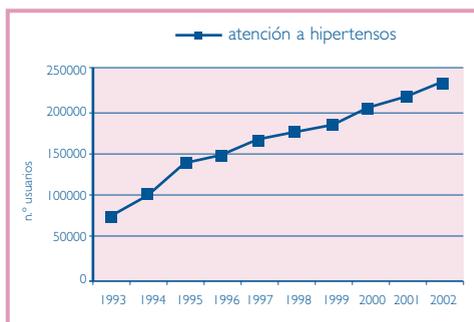
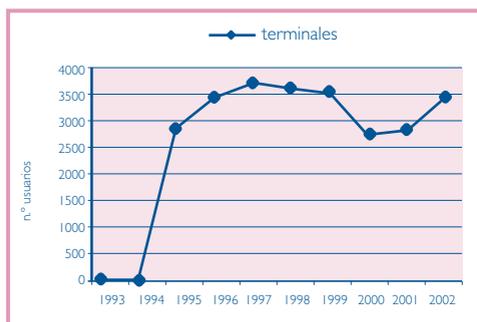
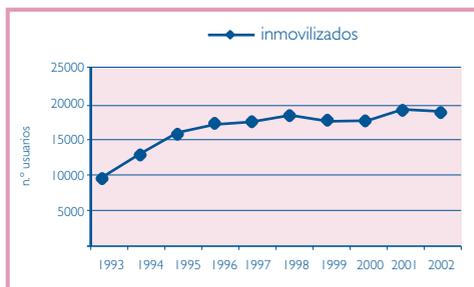
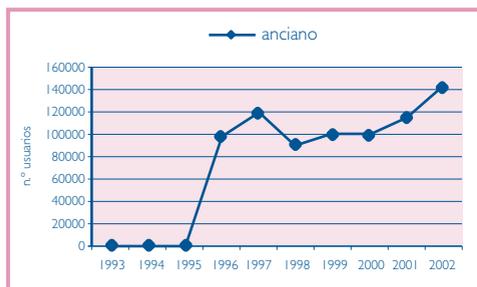
Tabla 1. Distribución de la Mortalidad por causas según sexo y edad en Castilla y León, 2000.

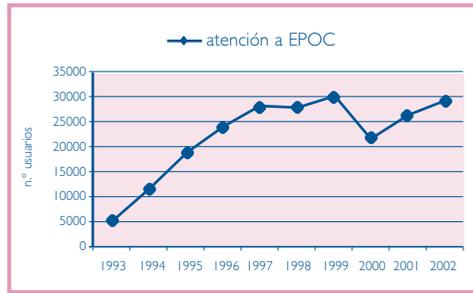
	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES
Todas las edades	Circulatorio	Tumores	Circulatorio
Menores de 1 año	Perinatal	Perinatal	Congénitas
De 1 a 4 años	Externas/ Nervioso-Sent	Nervioso-Sentidos	Congénitas/Externas
De 5 a 9 años	Tumores	Externas/Endocrinas	Tumores
De 10 a 14 años	Causas Externas	Causas Externas	Tumores
De 15 a 19 años	Causas Externas	Causas Externas	Causas Externas
De 20 a 24 años	Causas Externas	Causas Externas	Causas Externas
De 25 a 29 años	Causas Externas	Causas Externas	Causas Externas
De 30 a 34 años	Causas Externas	Causas Externas	Causas Externas
De 35 a 39 años	Causas Externas	Causas Externas	Tumores
De 40 a 44 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 45 a 49 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 50 a 54 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 55 a 59 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 60 a 64 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 65 a 69 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 70 a 74 años	Tumores	Tumores	Tumores
De 75 a 79 años	Circulatorio	Tumores	Circulatorio
De 80 a 84 años	Circulatorio	Circulatorio	Circulatorio
De 85 a 89 años	Circulatorio	Circulatorio	Circulatorio
De 90 a 94 años	Circulatorio	Circulatorio	Circulatorio
De 95 años y más	Circulatorio	Circulatorio	Circulatorio

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Servidor web del INE: <http://www.ine.es>.

MORBILIDAD

La atención a las personas mayores en Atención Primaria consume gran parte del tiempo de los profesionales sanitarios de este nivel asistencial. El porcentaje de mayores de 65 años explica la mayor parte de la variabilidad del índice de frecuentación en Atención Primaria¹⁶. De la misma forma, el porcentaje de mayores de 65 años explica en buena medida la utilización de recursos sanitarios por parte de los profesionales de atención primaria como el uso de medicamentos, la derivación a especialistas o la petición de pruebas diagnósticas¹⁷.





Fuente: II Plan Sociosanitario de Castilla y León.

En los últimos años los servicios de cartera de Atención Primaria relacionados con el adulto y anciano, han experimentado un importante crecimiento tanto en número como en cobertura con un abanico de actividades amplio que va, desde la prevención y diagnóstico precoz, hasta la rehabilitación y coordinación con el sistema de acción social.

En cuanto al nivel de Atención Especializada la edad media de las personas ingresadas en los hospitales de la comunidad autónoma se elevó en más de 10 años en el periodo comprendido entre 1985 y 2000. De la misma forma se ha observado un incremento en el porcentaje de ingresos y de estancias hospitalarias de personas de 65 y más años con respecto al total de ingresos y estancias, incrementándose de forma más acusada en el grupo de edad de los mayores de 75 años.¹⁸

Gráfico 4. Evolución de la edad media de los ingresos. Castilla y León 1985-2000. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE).

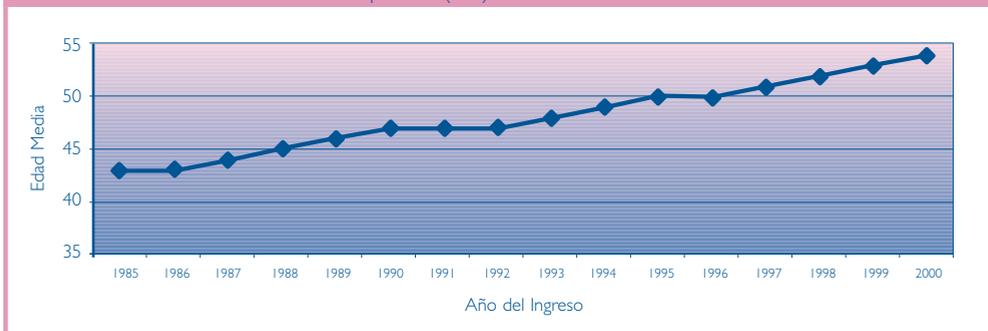


Gráfico 5. % Ingresos de personas de 65 y más años. Castilla y León 1985-2000. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE).

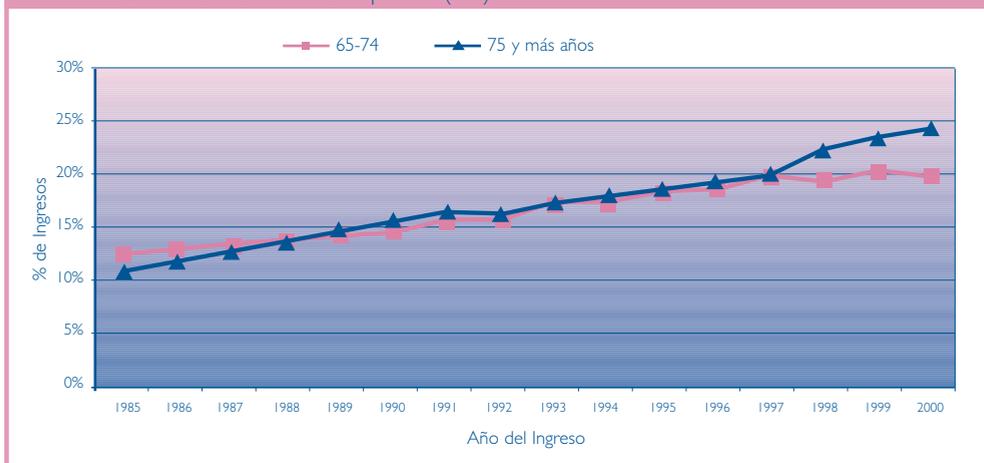
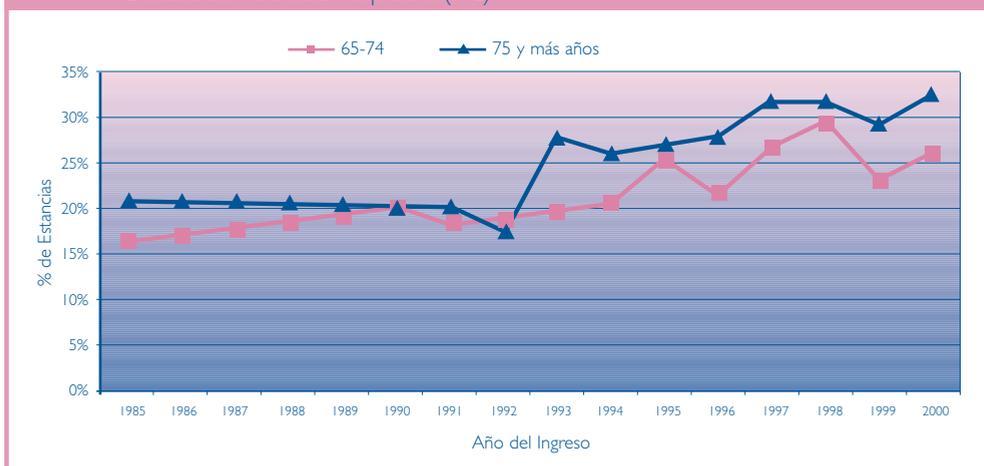


Gráfico 6. % Estancias de personas de 65 y más años. Castilla y León 1985-2000. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE).



La información recogida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Castilla y León durante los años 2001, 2002 y 2003, aporta unas cifras de altas hospitalarias de personas mayores de 65 años que han supuesto el 42,9% en 2001, el 43,4% del total de altas en 2002 y el 44,2% en 2003 (en este último año más del 25% de las altas corresponden a personas de 75 y más años de edad).¹⁹

CONSUMO FARMACÉUTICO

El gasto farmacéutico por pensionista y mes en Castilla y León fue, durante el año 2003, de 47,45 euros, cifra que es casi 9 veces mayor que el gasto por activo. El gasto por pensionista se ha incrementado en los últimos años (37,80 en 2001 y 41,89 en 2002) y de forma más acusada que el gasto por activo.

Los pensionistas generaron un gasto farmacéutico de más de 435 millones de euros durante el año 2003 que supuso un 82,5% del gasto total, dos puntos y medio más que el porcentaje que supuso en el año 2002.²⁰

DEPENDENCIA

Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, las personas mayores de Castilla y León presentaron una tasa de discapacidad de 372,7 por 1.000 habitantes siendo la tercera comunidad autónoma con la tasa más elevada y solo por detrás de la comunidad andaluza y murciana.

De todas las personas mayores que en Castilla y León tenían alguna discapacidad, más de un 64% presentaban un grado de discapacidad que les impedía realizar actividades de la vida diaria y en más de un 33% esta discapacidad era severa o total para realizar estas actividades de la vida diaria.²¹

PREVALENCIA DE DEMENCIAS

Los estudios de prevalencia de demencias que se han realizado en los últimos años apuntan a un crecimiento progresivo de esta patología con el incremento de la edad²². La prevalencia de la demencia ha crecido en los últimos años junto con la expectativa de vida, duplicándose el número de personas con demencia cada 5 años²³.

El estudio EURODEM (Epidemiología de las demencias en Europa) es el estudio de investigación epidemiológica multicéntrico europeo sobre demencias que se ha realizado con una muestra grande de población y en el que ha participado nuestro país. Las cifras de prevalencia de demencias recogidas por grupos de edad se muestran en la tabla y constituyen valores de referencia:

Tabla 2. Prevalencia global de demencias según grupos de edad. Estudio EURODEM.

	Prevalencia Demencia(%)
De 60 a 64 años	1,0
De 65 a 69 años	1,4
De 70 a 74 años	4,1
De 75 a 79 años	5,7
De 80 a 84 años	13,0
De 85 a 89 años	21,6
De 90 a 94 años	32,2

Fuente: Estudio EURODEM I.

Estudios más recientes dentro del proyecto EURODEM II estimaron que unos 3.286.000 de personas de la Unión Europea padecen una demencia y que cada año surgen 824.000 nuevos casos, siendo la prevalencia de demencia en población general de la Unión Europea de 65 y más años de edad, de 6,4%. Las tasas de incidencia aumentaron progresivamente con la edad sin ninguna diferencia sustancial entre hombres y mujeres. El tipo de demencia más frecuente para todas las edades fue la Enfermedad de Alzheimer; siendo este tipo de demencia la más frecuente en las mujeres en los grupos de edad avanzada. Estos pacientes tienen más riesgo de estar institucionalizados, doble riesgo de muerte y una supervivencia considerablemente menor para los hombres^{24,25}.

En Castilla y León y asumiendo estas cifras de prevalencia de demencias según grupos de edad, podemos decir que hay más de 43.500 personas con demencia en nuestra comunidad autónoma y que la tendencia es al incremento importante asociado al envejecimiento de la población.

Tabla 3. Casos estimados de demencias según grupos de edad. Castilla y León. (Prevalencia Estudio EURODEM)

	Población CyL (INE 2002)		Prevalencia Demencia(%) EURODEM	Nº casos estimados demencias
De 65 a 69 años	151.942		1,4	2.127
De 70 a 74 años	143.952		4,1	5.902
De 75 a 79 años	122.924		5,7	7.007
De 80 a 84 años	77.168		13,0	10.032
De 85 a 89 años		47.473	21,6	10.254
De 90 y más años	73.036**	25.563	32,2	8.231
Total 65 y más años	569.022			43.553

Fuente: Elaboración propia. Prevalencia de demencias: estudio EURODEM. Población INE 2002.

** Este grupo de edad que figura como personas de 85 y más años en el padrón del INE, se desglosa en dos grupos poblacionales calculados con porcentajes obtenidos del avance de resultados del censo de población y vivienda de 2001 del propio INE.

Durante el año 2003 y según la información recogida en el CMBD de Castilla y León, se registraron 237 ingresos por demencias en los hospitales de la red asistencial de Sacyl, 114 en hombres y 123 en las mujeres (bajo el epígrafe de demencias se incluyen ingresos por demencia senil, presenil, arterioesclerótica, Alzheimer, degenerativa, alcohólica y otras sin especificar).

Tabla 4. Ingresos por demencia. Red Sacyl (CMBD 2003) Castilla y León.

Hospital	Hombres	Mujeres	Total
Complejo Asistencial de Ávila	4	8	12
Complejo Asistencial de Burgos	28	28	56
Hospital Santiago Apóstol (Miranda de Ebro)	2	0	2
Hospital Santos Reyes (Aranda de Duero)	2	2	4
Hospital del Bierzo (León)	10	10	20
Complejo Hospitalario de León	10	13	23
Hospital Río Carrión (Palencia)	7	11	18
Complejo Asistencial de Salamanca	9	10	19
Complejo Asistencial de Segovia	11	6	17
Complejo Asistencial de Soria	5	4	9
Hospital del Río Hortega (Valladolid)	8	10	18
Hospital Clínico Universitario (Valladolid)	8	7	15
H. Comarcal de Medina del Campo (Valladolid)	0	1	1
Complejo Asistencial de Zamora	10	13	23
Total	114	123	237

Fuente: CMBD. Dirección General de Desarrollo Sanitario. Gerencia Regional de Salud. 2003

Por otro lado, el análisis de la base de datos de reconocimiento de minusvalía de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, muestra que la discapacidad psíquica afecta a un 23% de las personas con reconocimiento de minusvalía, siendo esta causa la segunda en frecuencia. Si estudiamos la distribución de casos, vemos que las demencias son, en nuestra comunidad, la tercera causa responsable de discapacidad psíquica por trastorno mental.²⁶

**RECURSOS SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN A
LAS PERSONAS MAYORES EN CASTILLA Y LEÓN**



RECURSOS SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN CASTILLA Y LEÓN

ATENCIÓN PRIMARIA

La región está dividida en 11 Áreas de Salud (una en cada provincia de la Comunidad Autónoma y dos en Valladolid y León) y 244 Zonas Básicas de Salud, en el ámbito de estas zonas desarrollan su trabajo **240 Equipos de Atención Primaria**.

Tabla 5. Recursos en Atención Primaria. Castilla y León, 2003.

Provincias	Zonas Básicas de Salud	Equipos Atención Primaria	Centros de Salud	Consultorios Locales
Ávila	22	21	21	331
Burgos	35	35	30	550
León	38	37	34	689
Palencia	21	20	19	309
Salamanca	35	35	31	401
Segovia	16	16	15	294
Soria	14	14	13	332
Valladolid	41	40	35	286
Zamora	22	22	21	339
Castilla y León	244	240	219	3.531

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud (Sacyl), 2003.

Los Equipos de Atención Primaria abordan la prevención y tratamiento de los problemas sanitarios de las personas mayores a través de una serie de servicios específicamente dirigidos a personas mayores (Servicio de prevención y detección de problemas en el anciano, Servicio de atención al cuidador familiar, Servicio de atención domiciliaria al paciente inmovilizado, Servicio de atención al enfermo terminal, Vacunación antigripal y antineumocócica a mayores de 65 años) y de otros que sin ser exclusivos de los mismos son sus principales beneficiarios (Atención a pacientes crónicos, Actividades preventivas en el adulto sano, Tratamientos fisioterapéuticos básicos, Salud bucodental...).

Los recursos humanos con los que cuentan los Equipos de Atención Primaria se reflejan en la tabla adjunta.

Tabla 6. Recursos humanos en Atención Primaria. Castilla y León, 2003.

	Nº de profesionales	Ratio (Nºprofesionales/ 100.000 habitantes)
Médicos de familia	2.295	95,70
Otros facultativos	433	18,06
Enfermería	2.214	92,32
Auxiliares de enfermería	209	8,72
Otros sanitarios	164	6,84
Psicólogos	19	0,79
Trabajadores sociales	72	3,00
Otros no sanitarios	1.327	55,33
TOTAL	6.733	280,76

Fuente:Dirección Técnica de Relaciones Laborales y personal. Dirección General de Recursos Humanos. Gerencia Regional de Salud (Sacyl), Plantilla orgánica 2003.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La atención especializada se gestiona por la Gerencia Regional de Salud (Sacyl) en las 11 Áreas de Salud de Castilla y León y se presta en **14 Hospitales y Complejos Hospitalarios**.

Tabla 7. Hospitales Generales y Complejos Asistenciales dependientes de la Gerencia Regional de Salud (Sacyl).

Área de Salud	Complejo Asistencial/Hospital	Camas instaladas	Camas en funcionamiento
Ávila	Complejo Asistencial de Ávila	464	419
Burgos	Complejo Asistencial de Burgos	678	670
	H. Santiago Apóstol	116	108
	H. Santos Reyes	123	101
Ponferrada	H. Bierzo	367	355
León	Complejo Asistencial de León	953	893
Palencia	H. Río Carrión	390	380
Salamanca	Complejo Asistencial de Salamanca	1.159	1.039
Segovia	Complejo Asistencial de Segovia	375	339
Soria	Complejo Asistencial de Soria	390	328
Valladolid-Este	H. Clínico Universitario	777	685
	H. Medina del Campo	111	101
Valladolid-Oeste	H. Río Hortega	530	508
Zamora	Complejo Asistencial de Zamora	510	476
TOTAL	14 centros	6.943	6.402

Fuente:Dirección General de Asistencia Sanitaria, Gerencia Regional de Salud (Sacyl), 2003.

En lo que se refiere a la red de Atención Especializada, los servicios que participarán de alguna forma en el desarrollo del presente Plan, bien porque las personas mayores sean los principales usuarios o porque son servicios responsables de desarrollar algún área específica de intervención, se resumen a continuación:

EQUIPOS DE VALORACIÓN Y CUIDADOS GERIÁTRICOS

Existen 11 especialistas en geriatría en 8 centros de la red de Sacyl en las provincias de Ávila, León, Segovia, Soria y Valladolid. En el Hospital Río Hortega de Valladolid el geriatra forma parte del Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos. Está previsto que haya especialistas en Geriatría en todas las Áreas de Salud.

UNIDADES-SERVICIOS DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

De todos los recursos de la Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, los que pueden tener una relación más estrecha con las personas mayores son los Equipos de Salud Mental, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, Hospitales de Día y Programas de Hospitalización Parcial.

- Equipos de Salud Mental:

Los Equipos de Salud Mental, que son 37 en nuestra comunidad, prestan servicios asistenciales psiquiátricos en cada Área de Salud. Se trata de equipos multidisciplinares que asumen una serie de funciones²⁷ entre las que destacamos: seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización o dispositivos de hospitalización parcial, desarrollo de programas de reinserción de los pacientes, prestación de asistencia domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieren, apoyar y asesorar a los Equipos de Atención Primaria y otros profesionales sanitarios, atender a las consultas urgentes y derivación de los pacientes que precisan tratamiento en régimen de ingreso a las unidades de hospitalización parcial o total.

Tabla 8. Recursos humanos en los Equipos de Salud Mental de Castilla y León, 2002.

	Nº de profesionales	Ratio (Nºprofesionales/ 100.000 habitantes)
Psiquiatras	83	3,32
Psicólogos	50	2
Enfermería	39,5	1,58
Trabajadores Sociales	14	0,56
Auxiliares de Enfermería	19	0,76
TOTAL	205,5	8,22

Fuente:Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2002.

- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP):

Son elementos asistenciales integrados en los hospitales generales, destinados al ingreso de aquellos pacientes cuya sintomatología así lo requiera y que precisen un tratamiento en régimen de hospitalización. Existen un total de 12 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Castilla y León, con un total de 248 camas.

Tabla 9. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Castilla y León.
Distribución por Áreas de Salud, N.º de plazas y Ratio por 100.000 habitantes.

Área de Salud	Complejo Asistencial/Hospital	N.º de camas	Ratio (N.º camas/ 100.000 hab.)
Ávila	CA de Ávila (H. Ntra. Sra. Sonsoles)	12	7,77
Burgos	CA de Burgos (H. Divino Vallés)	42	12,26
León	CA de León (H. de León)	20	5,98
Ponferrada	H. del Bierzo	15	10,06
Palencia	H. Río Carrión	8	9,49
	H. San Telmo	8	
Salamanca	CA de Salamanca (H. Clínico Universitario)	30	8,93
Segovia	CA de Segovia (H. Policlínico San Agustín)	19	13,90
Soria	CA de Soria (H. Institucional)	20	22,35
Valladolid-Este	H. Clínico Universitario	26	9,86
Valladolid-Oeste	H. Dr. Villacián	22	9,29
Zamora	CA de Zamora (H. Rodríguez Chamorro)	26	13,99
CASTILLA Y LEÓN	12 unidades	248	10,34

Fuente: Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental,
Dirección Técnica de Atención Especializada, Dirección General de Asistencia Especializada, 2003.

- Hospitales de Día Psiquiátricos (HDP) y Programas de Hospitalización Parcial (PHP):

Los Hospitales de Día Psiquiátricos y los Programas de Hospitalización Parcial son recursos asistenciales intermedios entre la comunidad y las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los Hospitales Generales a los que están adscritos.

Tabla 10. Hospitales de Día Psiquiátricos y Programas de Hospitalización Parcial en Castilla y León. Distribución por Áreas de Salud, N.º de plazas y Ratio por 100.000 habitantes.

Área de Salud	Centro	N.º de plazas	Ratio (N.º plazas/100.000 hab.)
Ávila	PHP Complejo Asistencial de Ávila (H. Nuestra Sra. Sonsoles)	10	6,47
Burgos	PDP Complejo Asistencial de Burgos (H. Divino Vallés)	25	7,30
Salamanca	HDP Complejo Asistencial de Salamanca (H. Clínico Universitario)	15	4,47
Valladolid-Este	HDP – H. Clínico Universitario	20	3,99
Valladolid-Oeste			
CASTILLA Y LEÓN	4 dispositivos	70	2,92

Fuente: Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, Dirección Técnica de Atención Especializada, Dirección General de Asistencia Especializada, 2003.

(*) HDP = Hospital de Día Psiquiátrico; PHP = Programa de Hospitalización Parcial.

SERVICIOS DE NEUROLOGÍA

Existen servicios o unidades de neurología en las 11 Áreas de Salud, aunque no en cada uno de los centros hospitalarios de la red. El número total de facultativos especialistas en los centros hospitalarios o complejos asistenciales de la red de Sacyl es de 54, lo que supone una tasa de 2,25 por cada 100.000 habitantes.

Tabla 11. Facultativos especialistas en servicios y unidades de neurología en Complejos Asistenciales u hospitales generales de Sacyl. Castilla y León, 2003.

Área de Salud	Complejo Asistencial/Hospital	N.º Facultativos	Tasa por 100.000 hab.
Ávila	Complejo Asistencial de Ávila (H. Ntra. Sra. Sonsoles)	4	2,59
Burgos	Complejo Asistencial de Burgos (H. General Yagüe)	8	2,33
León	Complejo Asistencial de León (H. León)	6	1,79
Ponferrada	H. del Bierzo	4	2,68
Palencia	H. Río Carrión	3	1,78
Salamanca	Complejo Asistencial de Salamanca	7	2,08
Segovia	Complejo Asistencial de Segovia (H. General)	5	3,66
Soria	Complejo Asistencial de Soria (H. General)	2	2,23
Valladolid-Este	H. Clínico Universitario	6	2,27
Valladolid-Oeste	H. Río Hortega	5	2,11
Zamora	Complejo Asistencial de Zamora (H. Virgen de la Concha).	4	2,15

Fuente: Dirección Técnica de Relaciones Laborales y Personal. Dirección General de Recursos Humanos, Gerencia Regional de Salud (Sacyl), 2003.

SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

Existen servicios o unidades de medicina interna en los 14 hospitales o Complejos Asistenciales de la red de Sacyl en Castilla y León. El número total de facultativos especialistas con que cuentan estos servicios es de 178, lo que supone una tasa de 7,42 por cada 100.000 habitantes.

Tabla 12. Facultativos especialistas en servicios y unidades de medicina interna en hospitales o Complejos Asistenciales de la red de Sacyl. Castilla y León, 2003.

Área de Salud	Complejo Asistencial/Hospital	N.º Facultativos	Tasa por 100.000 hab.
Ávila	Complejo Asistencial de Ávila	10	6,47
Burgos	Complejo Asistencial de Burgos (H. General Yagüe)	11	4,37
	H. Santiago Apóstol	6	14,07
	H. Santos Reyes	6	12,44
León	Complejo Asistencial de León	18	5,38
Ponferrada	H. del Bierzo	9	6,03
Palencia	H. Río Carrión	11	6,53
Salamanca	Complejo Asistencial de Salamanca	36	10,72
Segovia	Complejo Asistencial de Segovia (H. General)	14	10,24
Soria	Complejo Asistencial de Soria	7	7,82
Valladolid-Este	H. Clínico Universitario	20	9,60
	H. Comarcal de Medina del Campo	6	10,84
Valladolid-Oeste	H. Río Hortega	13	5,49
Zamora	Complejo Asistencial de Zamora	11	5,92
TOTAL	14 centros	178	7,42

Fuente: Dirección Técnica de Relaciones Laborales y Personal. Dirección General de Recursos Humanos, Gerencia Regional de Salud (Sacyl), 2003.

■ UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) tienen como finalidad la prestación de asistencia multidisciplinar para los enfermos oncológicos y sus familias cuando la expectativa se dirige hacia un proceso terminal; son tanto domiciliarias como hospitalarias.

En los últimos años se han creado **Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)** en distintos hospitales y Complejos Asistenciales del Sistema de Salud de Castilla y León: en el Complejo Asistencial de Ávila (Hospital Provincial), en Burgos (concertada con el Centro de San Juan de Dios), en el Complejo Asistencial de León (una unidad propia en el Hospital Monte San Isidro y dos unidades concertadas con el Centro San Juan de Dios y la Asociación Española Contra el Cáncer), en el Complejo Asistencial de Salamanca (una unidad en el Hospital de los Montalvos que constituye el Centro Regional de referencia en medicina paliativa y otra unidad en el Hospital Universitario), en el Complejo Asistencial de Soria (Hospital Institucional) y en Valladolid (unidad concertada con el Centro Benito Meni).

Mediante convenio con la Asociación Española Contra el Cáncer se han desarrollado UCP domiciliarias en las provincias de Ávila, Burgos, León, Segovia, Salamanca (dos unidades) y Valladolid (dos unidades). El convenio de 2004 con la AECC ha previsto poner en funcionamiento en el último trimestre del año las Unidades de Cuidados Paliativos de las provincias de Soria y Zamora y en el primer trimestre de 2005 en Palencia.

■ 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.

■ UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (UHD)

Existen 5 Unidades de Hospitalización a Domicilio en Castilla y León, dependientes de los Hospitales General Yagüe de Burgos, Hospital del Bierzo, Clínico y Río Hortega de Valladolid y Virgen de la Concha de Zamora. 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 hospitalarios en una unidad de agudos, constituyendo por tanto una alternativa al ingreso hospitalario tradicional. Dentro de las UHD se incluyen una 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.

**OBJETIVO GENERAL Y
PRINCIPIOS RECTORES**



OBJETIVO GENERAL Y PRINCIPIOS RECTORES

OBJETIVO GENERAL

Garantizar una atención sanitaria de calidad dirigida a las personas mayores desde los diferentes niveles asistenciales mejorando la accesibilidad y la eficiencia en la prestación de servicios.

PRINCIPIOS RECTORES

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

1. Atención integrada e integral:

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

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

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

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

2. Transversalidad y normalización de actuaciones:

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

ÁREAS DE INTERVENCIÓN



ÁREAS DE INTERVENCIÓN

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

- **Área 1: Potenciación y desarrollo de los Servicios de Atención a la dependencia en las personas mayores desde Atención Primaria.**
- **Área 2: Desarrollo de un Programa de Atención Gerontopsiquiátrica.**
- **Área 3: Impulso de la coordinación en la atención a las personas mayores.**
- **Área 4: Mejora de la atención sanitaria en los centros de personas mayores.**
- **Área 5: Promoción y desarrollo de actividades formativas en el campo de atención a las personas mayores.**

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

ÁREA 1:
**Potenciación y desarrollo de los Servicios de
Atención a la Dependencia en las personas
mayores desde Atención Primaria**

■ **ÁREA 1: Potenciación y desarrollo de los Servicios de Atención a la Dependencia en las personas mayores desde Atención Primaria.**

El progresivo crecimiento del número de personas mayores, especialmente relevante en nuestra comunidad, tiene sus repercusiones en Atención Primaria, tanto desde el punto de vista cuantitativo (la mayor parte de la actividad de los Equipos de Atención Primaria la ocupa la atención a mayores de 65 años), como desde el punto de vista cualitativo (necesidad de adaptar sus intervenciones a las demandas de este sector de población).

En el transcurso del envejecimiento se van produciendo alteraciones y cambios fisiológicos en el funcionamiento de distintos órganos y aparatos, por lo que una adecuada atención de prevención, promoción, educación y entrenamiento o rehabilitación, no sólo va a minimizar estas alteraciones sino que además puede devolver capacidades funcionales perdidas en casos de aparente deterioro²⁸⁻³³.

La mejora de las condiciones sociales unidas a los avances científico-técnicos de la sanidad han originado un incremento en la esperanza de vida y una mayor supervivencia a determinados procesos crónicos y degenerativos. Como consecuencia, se produce un aumento de pluripatología, enfermedades terminales y situaciones de dependencia en general, que van a requerir intervenciones específicas del sistema de salud.

Las necesidades de tipo sanitario en las personas mayores, van asociadas generalmente a necesidades de tipo social que hacen imprescindible la intervención de un equipo multidisciplinar:

La mayoría de las personas mayores viven en sus casas y además es su deseo y el de su familia permanecer en ellas, por consiguiente, la Atención Primaria debe colaborar en el mantenimiento de la persona en su domicilio durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de calidad de vida.

En el momento actual, el cuidador familiar, constituye uno de los recursos más importantes en la atención al mayor dependiente. Esta figura, en nuestra Comunidad Autónoma, corresponde en un 87% a mujeres y que además presentan una edad media de 63 años. La responsabilidad que adquiere en muchas ocasiones genera alteraciones físicas, psíquicas y económicas (agotamiento, tensión, insomnio, alteraciones de la dinámica familiar y laboral...) que pueden desembocar en la claudicación del cuidador familiar y consecuentemente la institucionalización de la persona que recibe los cuidados. Una adecuada atención al cuidador, una coordinación con los servicios sociales y el establecimiento de medidas de conciliación de la vida familiar y laboral, contribuyen a prevenir o paliar lo que se ha denominado "síndrome

del cuidador enfermo", aumentando su autoestima y calidad de vida, mejorando los cuidados a la persona dependiente y evitando la institucionalización de la misma.

En este sentido, la Atención Primaria ha ido incluyendo y desarrollando dentro de su oferta asistencial una serie de servicios que pretenden dar respuesta a las necesidades de este colectivo.

OBJETIVO

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

INTERVENCIONES

1. Impulsar el Servicio de Prevención y Detección de problemas en el anciano.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

ACTIVIDADES:

- 1.- Actividades de promoción y prevención: consejos sobre nutrición, ejercicio físico, higiene personal, utilización adecuada de los medicamentos, manejo y uso de las prótesis dentales, prevención de accidentes domésticos, vacunación de gripe, neumococo y tétanos-difteria.
- 2.- Valoración clínica dirigida a identificar áreas de deficiencia y ancianos de riesgo:
 - Anamnesis sobre incontinencia urinaria, antecedentes de caídas, consumo de fármacos (atención a pacientes polimedicados, interacciones, efectos secundarios), agudeza visual, agudeza auditiva, ingresos hospitalarios, con quién vive, hábitos alimentarios.
 - Exploración física que incluya toma de tensión arterial, exploración del canal auditivo y exploración bucodental, en este sentido, los profesionales de Atención

Primaria incluirán en su práctica diaria las actividades específicas que se contemplan en el Artículo 4º del Decreto 142/2003, de 18 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones de salud bucodental del Sistema de Salud de Castilla y León³⁴ y que comprende, además de las prestaciones básicas previstas en el Capítulo II, el contenido específico de la atención bucodental destinado a las personas de 75 o más años:

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

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

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

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

- Valoración clínica que incluya diagnóstico de los problemas de salud relevantes del anciano.
- Valoración de la capacidad funcional para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
- Valoración de la función emocional y cognitiva.
- Valoración social, en cuanto a la red de apoyo familiar y social, situación económica y de vivienda, cambios de domicilio y utilización del ocio y tiempo libre.

4.- Establecimiento de un plan de cuidados en función de los problemas identificados dirigido a prevenir la incapacidad y fomentar la independencia en el anciano.

2. Impulsar el Servicio de Atención Domiciliaria al paciente inmovilizado.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

Población diana: Personas inmovilizadas, que son aquellas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo puede abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) independientemente de la causa, y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses.

ACTIVIDADES:

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

3. Impulsar el Servicio de Atención al enfermo terminal.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

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

ACTIVIDADES:

- 1.- Valoración clínica que incluya: dolor, estreñimiento, insomnio, anorexia, estado de conciencia, síntomas de ansiedad/depresión, control de esfínteres, estado de piel y mucosas, deambulaci3n/encamamiento.

2.- Valoración sociofamiliar dirigida a:

- Identificar la persona/s cuidadora/s del paciente.
- Valorar la situación sociofamiliar.
- Investigar el grado de información y la actitud que tienen sobre la enfermedad, el enfermo y su familia.

3.- Plan de cuidados dirigido a:

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

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

4. Impulsar el Servicio de Atención al cuidador familiar.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

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

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

ACTIVIDADES:

1.- Valoración anual que incluya:

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

2.- Plan de cuidados que comprenda:

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

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

- Evolución.
- Revisión del plan de cuidados.

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

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

EVALUACIÓN

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

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

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

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

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

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



ÁREA 2:
Desarrollo de un Programa de
Atención Gerontopsiquiátrica

ÁREA 2: Desarrollo de un Programa de Atención Gerontopsiquiátrica.

Como ya se ha comentado el envejecimiento poblacional supone un importante impacto en las necesidades de salud y en los patrones de enfermedad, al contribuir a incrementar las tasas de enfermedades crónicas y discapacidades asociadas, así como la institucionalización. La OMS estimó que para el año 2050, el país más envejecido del mundo sería España, con 3-6 personas mayores de 60 años por cada menor de 15 y dentro de España, Castilla y León es una de las más envejecidas.

La OMS en su propuesta de debate para la II Asamblea Mundial para el envejecimiento establece como una prioridad política el “reconocer y apoyar la importancia de la salud mental y la espiritualidad en la vejez”.

En este contexto, los Servicios de Salud Mental deben formar parte de los cuidados de larga duración y tener una participación muy directa en la atención al anciano siendo una prioridad establecer un plan de atención a los trastornos más frecuentes en este grupo poblacional como el deterioro cognitivo/demencias y la depresión.

La demencia senil se ha convertido en el tercer problema de salud en los países desarrollados, tras los accidentes vasculares y el cáncer. Estamos asistiendo a un incremento en la incidencia de esta patología asociado al envejecimiento de la población. Como se ha comentado, el estudio EURODEM estimó en más de tres millones de personas de la Unión Europea la prevalencia de la demencia. Otros estudios sobre el total de población europea estiman que el número de casos de Demencias en el año 2000 era de 7,1 millones de personas. Las proyecciones para el año 2050 calculan un incremento de esta cifra hasta los 16,2 millones. La incidencia anual aumentará de los 1,9 millones en el año 2000 a los 4,1 millones en el 2050. La principal causa de demencia es la Enfermedad de Alzheimer, que constituye un 50-70% de todas las demencias. La atención a los pacientes con demencias recae en parte en los profesionales sanitarios y en parte sobre los cuidadores que en su mayoría son los familiares. En el momento actual, y en los países del Sur de Europa, la razón de personas con demencia en relación a la población activa es de 69,4 personas en edad activa por paciente. En el año 2050 se estima que esta ratio disminuirá a 21,1³⁵.

El curso evolutivo de estos trastornos, su carácter crónico y altamente invalidante, repercute en la estructura familiar y social, y además genera un elevado número de intervenciones asistenciales tanto desde el nivel de Atención Especializada como de Primaria.

Desde el nivel de Atención Especializada son varios profesionales los que en este momento diagnostican y tratan a las personas con demencias como son el psiquiatra, el neurólogo y el geriatra, principalmente. En la práctica existe cierta variabilidad en los usos locales, siendo la derivación al nivel especializado distinta según las provincias. Esto genera una heterogeneidad de los procesos asistenciales, según que la atención la realicen distintos especialistas, que subrayan aspectos distintos del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución natural del proceso y de sus consecuencias sociales. Por ello y para garantizar una atención integral e integrada al paciente es preciso fomentar y garantizar la coordinación de los especialistas implicados.

Desde el nivel de Atención Primaria es imprescindible lograr la implicación de los Equipos de Atención Primaria para facilitar la accesibilidad a lo largo del proceso evolutivo y la coordinación con los distintos especialistas que intervienen en la atención a las demencias. En este ámbito, los Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos del nivel de Atención Especializada y la figura del Coordinador de Atención Geriátrica del Equipo de Atención Primaria constituirán un nexo que garantice la atención asistencial y la continuidad entre ambos niveles.

Es importante reseñar en la cadena asistencial el papel del cuidador, generalmente un familiar, sobre el que recae el soporte emocional de un proceso de larga duración, tanto de la demencia como de la depresión, quien forma parte activa del mismo y debe recibir atención específica.

Por otra parte, la OMS³⁶ reconoce que, algunos trastornos mentales como la depresión en el anciano están infradiagnosticados en el sistema sanitario. Todo ello a pesar de que los índices de suicidio en esta población son altos.

En cuanto a los trastornos afectivos que presentan las personas mayores vemos que un grupo de trastornos afectivos tienen origen en la vida adulta, arrastrando en la ancianidad las consecuencias psicosociales de la misma. Otro grupo de depresiones en el anciano aparecen asociadas a los riesgos psicosociales propios del envejecimiento: la jubilación, la pérdida del cónyuge y de miembros de la cohorte poblacional, las enfermedades, la pérdida de facultades físicas, etc.

En los mayores de 55 años la prevalencia de trastornos del ánimo que han encontrado diversos estudios³⁷ es del 3,4%. La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos cuya forma de presentación más grave es la depresión mayor que afecta aproximadamente al 1% de las personas mayores de 65 años. Su presencia disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la expectativa de vida³⁸. Se eleva el riesgo de muerte prematura no solo por el incremento posible de suicidios, sino por enfermedades somáticas asociadas a una disminución de las defensas^{39,40}. Prolonga las estancias hospitalarias y obtiene un peor grado de funcionalidad⁴¹.

OBJETIVO

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

INTERVENCIONES

I. Mejorar la coordinación en el proceso de atención a las demencias.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

ACTIVIDADES:

I. Diagnóstico Precoz en Atención Primaria y Especialidades Médicas.

I.1 Detección de síntomas de sospecha:

- a) Actitud de alerta e inicio del proceso diagnóstico ante la aparición de cambios cognitivos y/o cambios de conducta y/o pérdidas funcionales.
- b) Detección Temprana: Ante la sospecha de una demencia se realizarán las siguientes actividades utilizando un documento específico de historia clínica para registrar los resultados:
 - I. Anamnesis al paciente y entrevista al informador sobre antecedentes familiares: demencia, enfermedad cerebrovascular; enfermedades psiquiátricas.
 - II. Antecedentes personales: Factores de riesgo cardiovascular; causas de demencia secundaria, visión y audición, consumo de fármacos y hábitos tóxicos, nivel educativo y capacidad funcional y social previa.
 - III. Enfermedad actual: Inicio de los síntomas, forma de instauración, progresión de la enfermedad, síntomas asociados, conciencia de enfermedad por parte del enfermo.

- IV. Exploración física que incluye la búsqueda de datos orientativos de demencia secundaria.
- V. Valoración de la capacidad funcional, valorando la repercusión del deterioro en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.
- VI. Exploración psicopatológica dirigida a investigar alteraciones del comportamiento, estado afectivo, alucinaciones, ideas delirantes, curso del pensamiento. La exploración incluirá la realización de un screening mediante el Minexamen Cognoscitivo de Folstein en la versión española de Lobo y cols.
- VII. Estudio analítico, incluyendo determinaciones adicionales según sospecha.
- VIII. Identificación del cuidador principal.
- IX. Valoración de riesgo social con derivación al trabajador social, si procede, para valoración del caso, diagnóstico social y propuesta de intervención temprana.

1.2 Derivación para confirmación diagnóstica en Atención Especializada:

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

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

- a) Anamnesis.
- b) Exploración neurológica.
- c) Exploraciones complementarias: Valorará la conveniencia y/o necesidad de realizar pruebas de neuroimagen y otras.
- d) Diagnóstico diferencial con demencias reversibles y demencias secundarias:
 - I. Si es una demencia reversible o demencia secundaria:
 - I. Elaboración del inicio del Plan Individualizado de Tratamiento:
 - Tratamiento farmacológico.
 - Tratamiento no farmacológico.

- Otro tipo de tratamiento, interconsulta si se precisa con otras especialidades.
2. Remisión a Atención Primaria, del paciente y de la historia o el informe, para llevar a cabo el seguimiento, siendo el médico responsable que coordina el proceso, el médico de Atención Primaria.
- II. En caso de haberse descartado demencia reversible, demencias secundarias, etc: se solicitará interconsulta con el Servicio de Psiquiatría para la valoración de los aspectos conductuales, neuropsicológicos, psicopatológicos y para descartar pseudodemencia.

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

- a) Anamnesis.
- b) Exploración psicopatológica y exploración neuropsicológica.
- c) Diagnóstico de confirmación, descartando pseudodemencia.
- d) Elaboración del inicio del Plan Individualizado de Tratamiento integrando las aportaciones de Atención Especializada y de Atención Primaria:
 - Tratamiento farmacológico.
 - Tratamiento no farmacológico.
- e) Remisión a Atención Primaria del paciente y de la historia, para llevar a cabo el seguimiento a través de visitas periódicas, con una frecuencia mínima de cuatro anuales, siendo estas visitas alternadas por el Psiquiatra y el facultativo de Atención Primaria que será el responsable que coordina el proceso.

2. Seguimiento.

2.1. Elaboración de un Plan de Seguimiento que especifique como mínimo:

- a) Calendario de visitas programadas del médico de Atención Primaria y del médico de Atención Especializada (mínimo de cuatro, dos por el médico de Atención Primaria y dos por el especialista).
- b) Tratamiento farmacológico completo.
- c) Tratamiento no farmacológico.
- d) Identificación del cuidador principal y actuaciones a realizar.
- e) Detección de riesgo social, y actuaciones a realizar.
- f) Actuación domiciliaria si se precisa.

- g) Valoración de enfermería de los patrones funcionales y programación del plan de cuidados.
- 2.2. En situaciones de crisis, con descompensación aguda de sintomatología:
- a) Consulta en Atención Primaria.
 - b) Interconsulta de los profesionales vía telefónica al Equipo de Salud Mental del nivel de Atención Especializada.
 - c) Cuando sea preciso, derivación a Atención Especializada, o ingreso hospitalario.
- 2.3. Información a la familia sobre la sospecha diagnóstica, pasos a seguir; actividades de rehabilitación cognitiva y técnicas de estimulación que se pueden realizar para fomentar la autonomía e independencia del enfermo y paliar, en lo posible, la progresión del deterioro cognitivo.
- 2.4. Orientación a la familia sobre recursos, cuestiones económicas, médico-legales y de seguridad del paciente, teléfonos de información.

2. Mejorar la coordinación en el proceso de atención a la depresión.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

ACTIVIDADES:

I. Diagnóstico Precoz en Atención Primaria y Especialidades Médicas.

I.1. Detección de síntomas de sospecha:

- a) Actitud de alerta e inicio del proceso diagnóstico ante la aparición de cambios afectivos y/o cambios de conducta y/o pérdidas funcionales.
- b) Detección Precoz: Ante la sospecha de una depresión se realizarán las siguientes actividades:
 - I. Anamnesis al paciente y entrevista al informador sobre antecedentes familiares especificando los referentes a trastornos afectivos e intentos o consumación de suicidio.

- II. Antecedentes personales: Existencia de episodios depresivos y/o maníacos con anterioridad. Estado interepisódico. Historia de tratamientos en el pasado. Factores de riesgo, acontecimientos vitales, experiencias de pérdida, respuesta a las transiciones del ciclo vital, enfermedades somáticas, abuso de alcohol, aislamiento social, aislamiento sensorial, consumo de fármacos, nivel educativo, capacidad funcional y social previa, etc.
 - III. Enfermedad actual: Inicio de los síntomas, forma de instauración, progresión de la enfermedad, síntomas asociados, conciencia de enfermedad.
 - IV. Exploración física que permita descartar factores orgánicos en la etiología.
 - V. Exploración psicopatológica dirigida a investigar la existencia de ansiedad, ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones en el curso del pensamiento, síntomas catatónicos, síntomas atípicos (aumento del sueño, el apetito y el peso, notable reactividad del estado de ánimo, hipersensibilidad al rechazo, síntomas fóbicos, fatiga intensa, etc.). La exploración incluirá la aplicación de una prueba de screening como la Escala de Depresión Geriátrica.
 - VI. Valoración del riesgo suicida y adopción de medidas de protección para el paciente.
 - VII. Estudio analítico, incluyendo determinaciones adicionales según criterio médico.
 - VIII. Identificación del cuidador principal.
 - IX. Valoración de la capacidad funcional, valorando la repercusión del síndrome depresivo en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.
 - X. Valoración de riesgo social con derivación al trabajador social, si procede, para valoración del caso, diagnóstico social y propuesta de intervención temprana.
 - XI. Determinar el contexto apropiado para el tratamiento: en régimen ambulatorio, de hospitalización total, hospital de día, etc.
- I.2. Derivación para confirmación diagnóstica y tratamiento en el Servicio de Psiquiatría:

El diagnóstico de confirmación se realizará en el Servicio de Psiquiatría. Una vez detectada la sospecha de síndrome depresivo el médico de Atención

Primaria y/o el Especialista solicitarán una interconsulta al Servicio de Psiquiatría, acompañando un informe en el que se incluirán los resultados de las pruebas y exploraciones efectuadas hasta el momento.

En el Servicio de Psiquiatría se realizará:

- a) Anamnesis.
- b) Exploración psicopatológica. Valoración del riesgo suicida.
- c) Exploración neurológica.
- d) Exploración somática.
- e) Exploraciones complementarias: Se valorará la conveniencia y/o necesidad de realizar pruebas de neuroimagen, etc.
- f) Diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales y neurológicos: demencias, accidentes cerebrovasculares, Enfermedad de Parkinson, otras enfermedades neurológicas, etc.
- g) Diagnóstico de comorbilidad con otros trastornos mentales: trastornos de angustia, abuso o dependencia de alcohol o de otras sustancias, trastornos de la personalidad, etc.
- h) Elección de una modalidad de tratamiento inicial:
 - Tratamiento farmacológico.
 - Tratamiento no farmacológico.
 - Otro tipo de tratamiento e interconsulta si se precisa con otras especialidades.
- i) Establecimiento y mantenimiento de un vínculo terapéutico.
- j) Información sobre las características del tratamiento, administración de la medicación, etc.
- k) Consejo a los familiares.
- l) Adopción de las medidas necesarias para garantizar la seguridad del paciente durante el tratamiento.

2. Seguimiento.

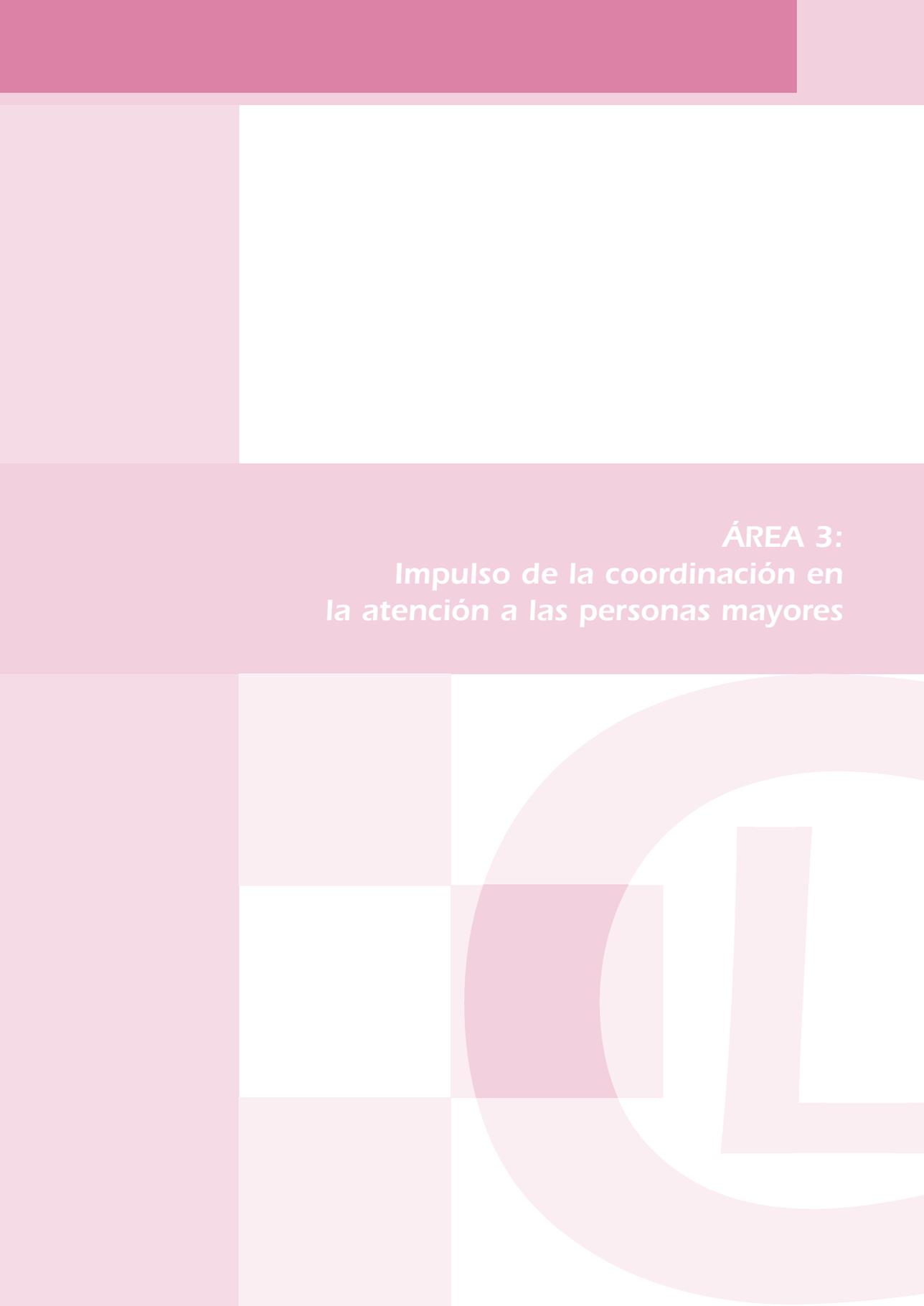
2.1. Completar un Plan de Seguimiento, integrando las aportaciones de Atención Especializada y de Atención Primaria, que incluya como mínimo:

- a) Calendario de visitas programadas al Equipo de Salud Mental.

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

EVALUACIÓN

- Porcentaje de Equipos de Atención Primaria que utilizan un documento específico de registro de atención temprana de demencia y/o depresión, que recoja las actuaciones previstas en el presente plan.
- Porcentaje de casos de sospecha de demencia y/o depresión derivados a Atención Especializada por Equipo de Atención Primaria y demora en la primera consulta.
- Porcentaje de casos de demencia y/o depresión confirmados desde Atención Especializada.
- Porcentaje de enfermos diagnosticados de demencia y/o depresión con Plan de Seguimiento establecido.



ÁREA 3:
**Impulso de la coordinación en
la atención a las personas mayores**

ÁREA 3: Impulso de la coordinación en la atención a las personas mayores.

Asistimos a 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 prestación de servicios sanitarios y sociales coincidentes. Esta situación se hace patente de forma prioritaria en los pacientes geriátricos.

El abordaje de estos pacientes (y sus familias) debería realizarse de forma integral a fin de garantizar la máxima efectividad en la resolución de su problema. Esto supone la valoración del problema de salud, enmarcado en el contexto clínico global del paciente, sus posibles repercusiones en el área afectiva, así como la evaluación de la repercusión del mismo en su contexto sociofamiliar.

Tal y como se expone en el primer área de actuación del presente Plan, los Equipos de Atención Primaria (EAP), incluyen dentro de su Cartera de Servicios, algunos relacionados con la dependencia, dirigidos básicamente a la población anciana (los ya mencionados: Prevención y detección de problemas en el anciano, Atención al cuidador familiar, Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y Atención a pacientes terminales).

Estos servicios, precisamente por su vinculación al problema de la dependencia, requieren en su desarrollo de la adecuada integración funcional con los servicios sociales y, por tanto, implican la exigencia de su desarrollo en el ámbito de la coordinación sociosanitaria a través de los Equipos de Coordinación de Base (ECB).

Por otro lado, dado que también están relacionados con situaciones de cronicidad, pluripatología y necesidad de cuidados continuados, precisan de la garantía de la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales, potenciando la coordinación con Atención Especializada a través de las Unidades de Continuidad Asistencial Sociosanitaria (UCASS) en general, y de los Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos (EVCG) en el caso particular de los ancianos “frágiles” o con pluripatología.

Normativamente se acaba de incluir la figura del representante sanitario de los EAP⁴² en los ECB, con la misión de colaborar en la garantía de la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios a las personas que lo precisan (siendo éstas, como hemos comentado antes, en su gran mayoría personas ancianas y en situación de dependencia), mediante la metodología de gestión compartida de casos, propuestas de mejora de procesos de atención y/o de adecuación de recursos o servicios.

En relación con todo lo expuesto, se propone por una parte, **crear la figura del Coordinador de Atención Geriátrica de los Equipos de Atención Primaria** que integre las responsabilidades derivadas de la prestación del bloque de servicios relacionados con la dependencia (colaborando con el responsable de Cartera del EAP), y de la representación sanitaria del equipo en los ECB, incluyendo la garantía de la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales en coordinación con las UCASS y los EVCG. Por otra parte se propone **impulsar de forma específica el funcionamiento de los Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos**, que constituyen dentro del hospital una unidad multidisciplinar responsable de la detección precoz de riesgo social en ancianos ingresados, gestión del alta en situaciones complejas y garante de la continuidad de cuidados sanitarios y sociales de los mismos.

■ OBJETIVO

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

- Desde Atención Primaria, **(Coordinador de Atención Geriátrica del Equipo de Atención Primaria)** para garantizar la coordinación intra e interinstitucional (sociosanitaria) en el abordaje de los problemas de salud del anciano en el ámbito de la comunidad.
- Desde Atención Especializada, **(Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos)** para mejorar la atención integral y la continuidad de los cuidados de los pacientes ancianos en el ámbito de la atención especializada.

■ INTERVENCIONES

- I. La puesta en marcha del Coordinador de Atención Geriátrica del Equipo de Atención Primaria.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

ACTIVIDADES:

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

- Garantizar la integración funcional de los servicios sanitarios y sociales en su ámbito de actuación.
- Definir, impulsar y garantizar el funcionamiento de los procesos de coordinación y continuidad de cuidados entre niveles asistenciales en relación con las personas mayores y/o dependientes.

2. Impulso del Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos (EVCG).

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

ACTIVIDADES:

- Detectar situaciones de riesgo social durante el ingreso hospitalario.
- Utilizar correctamente los recursos y niveles asistenciales de los servicios sanitarios, asesorando a los Equipos de Atención Primaria y Atención Especializada sobre los mismos, en función del momento evolutivo de la historia natural de la enfermedad.
- Realizar una valoración multiaxial, mediante un Plan Individualizado de Intervención en el hospital y garantizando la continuidad de cuidados a través de Atención Primaria y Servicios Sociales.
- Realizar un análisis periódico de la atención a pacientes con demencia del área sanitaria a su cargo.
- Atención a las interconsultas procedentes de Atención Primaria.

EVALUACIÓN

- De las actividades relacionadas con los **servicios de atención a la dependencia**: seguirá el procedimiento de seguimiento y evaluación ya definidos en el área de intervención primera del presente Plan y que resumimos en indicadores de cobertura y de cumplimiento de Normas Técnicas para cada uno de los servicios.
- De las actividades en relación con la **coordinación sociosanitaria**: estará sujeta al procedimiento y sistema de información específico de Coordinación Sociosanitaria,

segregando la información específica para este segmento de población junto con el seguimiento de los compromisos derivados del Plan Anual de Gestión. Básicamente se centra en las áreas de:

- Gestión de casos complejos (número de casos gestionados e indicadores de calidad en proceso y resultados de los mismos), por parte de los Equipos de Coordinación de Base y de los EVCG - UCASS.
 - Propuestas de mejora de procesos y/o de recursos (número de ellas, ajuste a los requisitos de calidad establecidos y resultado de las mismas).
- De las actividades de **coordinación entre niveles asistenciales**: los indicadores de seguimiento y evaluación se derivarán de los protocolos de coordinación - continuidad de cuidados que se establezcan. Se centrarán en las siguientes áreas de evaluación:
- Continuidad de cuidados de casos complejos entre los EVCG y los EAP (cobertura, requisitos de calidad...).
 - Continuidad y calidad de la información clínica tras el alta hospitalaria en ancianos.
 - Prestación de servicios de atención a la dependencia en Atención Primaria (cobertura...).
 - Prestación de servicios de los EVCG (incluyendo los procedimientos de valoración e interconsulta para Atención Primaria).

Los sistemas de información utilizados serán los procedimientos y soportes ya existentes en cada Área (indicadores de actividad de los EVCG, cartera de servicios en Atención Primaria, evaluaciones de continuidad de cuidados entre Atención Primaria y Atención Especializada).

ÁREA 4:
**Mejora de la atención sanitaria y
de protección de la salud en los centros
de personas mayores (CPM)**

ÁREA 4: Mejora de la atención sanitaria y de protección de la salud en los centros de personas mayores (CPM).

Nuestra Comunidad Autónoma se encuentra en una situación de privilegio respecto al número de plazas residenciales en centros de personas mayores. No en vano, en los últimos cuatro años se han puesto en funcionamiento más de 5.000 nuevas plazas, de modo que actualmente se hallan en funcionamiento más de 32.000 plazas residenciales en Castilla y León, esto supone un índice de cobertura en torno al 6% de las personas mayores de 65 años, superando no sólo las recomendaciones del Plan Gerontológico sino también las más exigentes formuladas por la Organización Mundial de la Salud. Del total de plazas residenciales aproximadamente un tercio son de titularidad pública (3.367 en centros de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales) y otro tercio de centros de naturaleza privada sin ánimo de lucro.

Además del incremento en el número de plazas residenciales, estamos asistiendo a un progresivo incremento del nivel de dependencia de las personas mayores residentes, motivado entre otros factores por el establecimiento de una mayor prioridad en el acceso para el criterio de dependencia a las plazas de carácter público. En este sentido, la Orden de 2 de abril de 2001, por la que se aprueban los baremos para la valoración de las solicitudes de ingreso y de traslados⁴³, concede 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 del año 1986⁴⁴.

En materia de calidad, cabe destacar la aprobación del Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores⁴⁵. Con dicha norma se pretendió dar un nuevo paso en el proceso de adaptación del Sistema de Acción Social a los actuales patrones sociodemográficos 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.

El avance en las prestaciones sanitarias a las personas mayores ha de alcanzar a todos los usuarios del Sistema de Salud independientemente de la ubicación de su domicilio. Esta apreciación inspira el objetivo de la presente línea estratégica dirigido a favorecer una mayor coordinación a este respecto.

Por ello, la respuesta adaptativa del Sistema de Acción Social a los mayores requerimientos de cuidados por parte de las personas mayores 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.

■ OBJETIVO

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

■ INTERVENCIONES

1. Análisis y promoción de experiencias de colaboración a nivel local entre EAP y profesionales sanitarios de los CPM de titularidad pública y privada (vinculados por el Decreto 14/2001, de 18 de enero).

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

ACTIVIDADES:

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

En cualquier caso, deberán poderse verificar los siguientes aspectos:

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

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

2. Establecimiento de programas de mejora de la atención farmacéutica a residentes en centros para personas mayores de titularidad pública.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

ACTIVIDADES:

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

3. Diseño y desarrollo de programas relacionados con la protección de la salud en los centros de personas mayores.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

Mejorar la protección de la salud centrada en la seguridad alimentaria y medioambiental en los centros de personas mayores.

ACTIVIDADES:

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

EVALUACIÓN

1.- De las actividades de colaboración entre profesionales:

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

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

- Número de centros en los que se implantan procedimientos de mejora de la atención farmacéutica.

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

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

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

ÁREA 5:
**Promoción del desarrollo de actividades
formativas en el campo de atención
a las personas mayores**

ÁREA 5: Promoción del desarrollo de actividades formativas en el campo de atención a las personas mayores.

Los cambios impuestos por el progreso científico y tecnológico, los nuevos perfiles epidemiológicos y sociales de la población, los cambios producidos en los sistemas de información y en los modelos de organización sanitaria, las exigencias de la sociedad y las expectativas de los usuarios respecto a los servicios de salud, el contexto relacional profesional-paciente que tiende hacia un mayor protagonismo y participación en las decisiones en salud del paciente, hacen necesaria la actualización y adaptación de profesionales y organizaciones a este escenario.

En este nuevo panorama, la garantía de la competencia profesional es una necesidad incuestionable, sentida como tal, tanto por los profesionales de la salud, como por las organizaciones responsables de la provisión de estos servicios, y exigida por los ciudadanos. La herramienta para cubrir esta necesidad es, sin duda, la **formación**.

La Formación Continuada es un proceso que tiene como objetivo mantener y mejorar la competencia de los profesionales, de manera que sean capaces de responder eficazmente a las necesidades de los pacientes, a las demandas del sistema sanitario, a los cambios y exigencias sociales y asimismo contribuir al desarrollo y a la satisfacción profesional. Su fin último es contribuir a la mejora de la calidad de los servicios sanitarios y del nivel de salud de la población.

Los objetivos formativos, en el contexto del presente Plan, tienen que estar en consonancia con los objetivos asistenciales de la institución y con el perfil profesional de los implicados. Por tanto, la formación se dirigirá hacia la mejora de la calidad de la asistencia (científico-técnica y humana) y a la mejora de la competencia profesional.⁴⁶

Durante el año 2002 se realizaron un total de 23 actividades formativas relacionadas con la atención al anciano organizadas por las Gerencias de Atención Primaria y alguna de Especializada de la Gerencia Regional de Salud. Se dedicaron más de 200 horas de formación en diferentes actividades dirigidas al personal sanitario. Las solicitudes de formación en este campo se han incrementado durante el año 2003 y se han centrado principalmente en la formación en el abordaje de las demencias, atención al cuidador familiar, detección de problemas de salud mental del anciano y cuidados al anciano inmovilizado o dependiente.

OBJETIVO

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

INTERVENCIONES

1. Detección de necesidades formativas.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

ACTIVIDADES:

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

2. Formación específica sobre las líneas institucionales del presente plan.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN:

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

ACTIVIDADES:

- Formación de los profesionales de Atención Primaria en relación con los servicios de atención a la dependencia en las personas mayores: Prevención y detección de problemas en el anciano, Atención domiciliaria al paciente inmovilizado, Atención al paciente terminal y Atención al cuidador principal, a través del impulso de actividades de formación continuada en relación con las necesidades detectadas.
- Formación relacionada con el modelo de coordinación sociosanitaria para la prestación de cuidados integrales: gestión compartida de casos y mejora de procesos de coordinación sanitaria y social, formación en el modelo de coordinación al personal directivo y de equipos de coordinación de base.

- Formación del personal de los diferentes niveles asistenciales en la atención de procesos clínicos integrados relacionados con el paciente geriátrico: metodología para la elaboración de guías de práctica clínica conjuntas y consensuadas, modelo integrado de cuidados, intercambios formativos entre Atención Primaria y hospitales, gestión de casos, procesos de continuidad de cuidados entre Atención Primaria / Atención Especializada, Unidades multidisciplinares de valoración y continuidad de cuidados, Coordinador de atención geriátrica en Atención Primaria.
- Desarrollo de un programa de formación en Gerontopsiquiatría y de forma específica de atención a la demencia en los diferentes ámbitos: Atención Primaria, Atención Especializada y Coordinación Sociosanitaria.
- Desarrollo de un programa de formación específica del personal que trabaja en centros de personas mayores en materia de seguridad alimentaria, así como de los Inspectores de Salud Pública que supervisan los comedores colectivos de dichos centros.

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

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

EVALUACIÓN

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

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

**EVALUACIÓN
GLOBAL**



EVALUACIÓN GLOBAL

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

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

Área 1: Potenciación y desarrollo de los servicios de atención a la dependencia en las personas mayores desde Atención Primaria.

- Cobertura del Servicio de prevención y detección de problemas en el anciano.
- Cobertura del Servicio de atención domiciliaria al paciente inmovilizado.
- Cobertura del Servicio de atención al paciente terminal.
- Cobertura del Servicio de atención al cuidador familiar.

Área 2: Desarrollo de un programa de atención gerontopsiquiátrica.

- Porcentaje de Equipos de Atención Primaria que utilizan un documento específico de registro de atención temprana de demencia y/o depresión, que recoja las actuaciones previstas en el presente plan.
- Porcentaje de enfermos diagnosticados de demencia y/o depresión con Plan de Seguimiento establecido.

Área 3: Impulso de la coordinación en la atención a las personas mayores.

- Número de casos complejos gestionados por los Equipos de Coordinación de Base y los Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos.

- Número de propuestas de mejora de procesos y/o de recursos de coordinación sociosanitaria relacionados con el presente Plan.
- Porcentaje de casos complejos gestionados por los EVCG que tienen seguimiento en Atención Primaria.
- Número de interconsultas de Atención Primaria realizadas por los EVCG.

Área 4: Mejora de la atención sanitaria en los Centros de Personas Mayores.

- Cobertura de los protocolos de colaboración.
- Evaluación de la actividad de forma específica sobre las personas mayores residentes en los centros.
- Número de centros en los que se implantan nuevos procedimientos de mejora de la atención farmacéutica.
- Cobertura de Centros en los que se han realizado actuaciones de sanidad alimentaria y medioambiental.

Área 5: Promover el desarrollo de actividades formativas en el campo de atención a las personas mayores.

- Resultados del análisis de áreas de competencia de puestos de trabajo.
- Resultados del estudio de necesidades de formación.
- Cobertura de las actividades formativas.
- Puntuación media en las encuestas de calidad percibida y adecuación de las actividades de formación por parte de los profesionales sanitarios.

FINANCIACIÓN



FINANCIACIÓN

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

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

Tabla 13. Previsión de Gasto Sanitario Público de la Junta de Castilla y León en Asistencia Sanitaria Geriátrica para el periodo 2005-2007 (en millones de Euros).

	Proyecto 2005	Proyección 2006	Proyección 2007	TOTAL
Atención Primaria	167,58	172,61	177,79	517,98
Atención Especializada	600,88	618,91	637,48	1.857,27
Gasto Farmacéutico	512,10	553,07	597,32	1.662,49
TOTAL	1.280,56	1.344,59	1.412,59	4.037,74

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Instituto Nacional de Estadística. INE 2002. Revisión del padrón municipal.
- ² Mortalidad en Castilla y León 1999. Junta de Castilla y León.
- ³ Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad. Sección de la Tecnología de Información, Departamento de Información Pública - Naciones Unidas 2001.
- ⁴ Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, celebrada en Madrid del 8 al 12 de abril de 2002. International Plan of Action on Ageing 2002. <http://www.un.org/ageing/coverage/action.pdf>
- ⁵ Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Organización Mundial de la Salud, OMS-Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
- ⁶ Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- ⁷ Decreto 212/1998, de 8 de octubre, por el que se aprueba el 2.º Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León, Boletín Oficial de Castilla y León (BOCyL) nº 197, de 14 de octubre de 1998.
- ⁸ Decreto 237/2000, de 16 de noviembre, por el que se aprueba El Plan Regional Sectorial para las personas mayores (2000-2003). BOCyL nº 225, de 13 de diciembre de 2000.
- ⁹ La Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León. Suplemento al BOCyL nº 67, de 8 de abril de 2003.
- ¹⁰ Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León. BOCyL nº 81 de 30 de abril de 2003.
- ¹¹ Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León. BOCyL nº 95, de 21 de mayo de 2003.
- ¹² Plan de Gestión de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Valladolid 2004.
- ¹³ Plan de Gestión de Atención Especializada. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Valladolid 2004.

- 14 Instituto Nacional de Estadística. INE 2001. Revisión del padrón municipal.
- 15 Mortalidad por causas según sexo y edad. Castilla y León 2000. Instituto Nacional de Estadística. Servidor web del INE: <http://www.ine.es>.
- 16 Variabilidad en la utilización de recursos en Atención Primaria. Rodríguez Ortiz de Salazar B, Martín Galileab M.J. Atención Primaria, vol 23, nº 3, pág 110-115, febrero de 1999.
- 17 El profesional y la organización en el uso de recursos de atención primaria. González Lozano M.J, Gómez-Calcerrada Berrocal D, de Maya Matallana M.C, Mendoza García C. Atención Primaria, vol 26, nº 8, pág 546-549, noviembre de 2000.
- 18 Encuesta de morbilidad hospitalaria. Instituto Nacional de Estadística (INE). Base de datos INEbase. <http://www.ine.es>
- 19 Información del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos). Castilla y León 2003. Dirección General de Desarrollo Sanitario. Gerencia Regional de Salud (Sacyl).
- 20 Información sobre el consumo farmacéutico en Castilla y León. Partes estadísticas 2003 (gasto previo). Dirección Técnica de Farmacia. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud (Sacyl).
- 21 Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, INE 1999. Explotación de resultados para Castilla y León. Servicio de Estadística. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.
- 22 Enfermedad de Alzheimer y otras demencias relacionadas. <http://www.homestead.com/montedeoya/epidemiologia~ns4.html>
- 23 Justificación para los estudios de prevalencia. Hoja informativa 1, abril 1999. Alzheimer's Disease International.
- 24 El estado del proyecto EURODEM: epidemiología de las demencias en Europa. Capítulo 2: Alzheimer 2003 ¿Qué hay de nuevo?. Martínez Lage J.M., Pascual L. F. Grupo Aula Médica 2003.
- 25 Diferencias por sexo en la incidencia de Enfermedad de Alzheimer y de Demencia Vascular. Los estudios EURODEM. Andersen K, Launer LJ, et al. Neurology 53: 1992-1997, dic 1999.
- 26 Diagnóstico de necesidades y recursos. En: Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas con Discapacidad. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Gerencia de Servicios Sociales, 2001.
- 27 Decreto 83/1989, de 18 de mayo por el que se regula la organización de los servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 99, de 24 de mayo de 1989.

- 28 Boulton C, Boulton LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:351-9.
- 29 Leveille SG, Wagner EH, Davis C, Grothaus L, Wallace J, Lo-Gerfo M, et al. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community-based partnership with primary care. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 1191-8.
- 30 Reuben DB, Frank JC, Hirsch SH, McGuigan KA, Maly RC A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:269-76.
- 31 Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med* 2000; 160:977-86.
- 32 Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Bula CJ, Gold MN, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995; 333:1184-9.
- 33 Stuck A, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. *JAMA* 2002; 287:1022-8.
- 34 Decreto 142/2003, de 18 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones de salud bucodental del Sistema de Salud de Castilla y León, Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) nº 249, de 24 de diciembre de 2003.
- 35 Wancata J, y cols. Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *European Psychiatry*. 2003. Vol. 18 no. 6, 306-313.
- 36 Informe sobre la Salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001.
- 37 Estudios ECA, NCS. Archives of General Psychiatry, American Medical Association (AMA), 2002. www.archgenpsychiatry.com
- 38 Rosvner BW. Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient. *Am J Med* 1993; 94 (supl. 5A): 19-22.
- 39 Engedal K. Mortality in the elderly a 3 year follow-up of an elderly community sample. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11: 467-471.
- 40 Draper B. Attempted suicide in old age. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11: 577-587.
- 41 Shah A y cols. Screening for depression among geriatric inpatients with short versions of the geriatric depression scale. *Inter J Geriatr Psychiatry* 1994; 11: 915-918.

- ⁴² Decreto 43/2003, de 24 de abril, por el que se modifica el Decreto 74/2000, de 13 de abril, sobre estructuras de coordinación sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León. BOCyL nº81, de 30 de abril de 2003.
- ⁴³ Orden de 2 de abril de 2001, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se aprueban los Baremos para la valoración de solicitudes de ingreso y de traslados en centros residenciales para personas mayores dependientes de la Administración de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCyL) nº 77, de 19 de abril de 2001.
- ⁴⁴ Orden de 8 de enero de 1986, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por la que se aprueban los nuevos Baremos de de admisiones, traslados y permutas en los Centros Residenciales para la Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 15, de 17 de enero de 1986.
- ⁴⁵ Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores. Boletín Oficial de Castilla y León (BOCyL) nº 17, de 24 de enero de 2001.
- ⁴⁶ Plan Plurianual de Formación 2003-2005. Dirección General de Recursos Humanos. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.