



Universidad de Valladolid

**Una mirada hacia el enfoque del
Riesgo social en el ámbito de la
coordinación Sociosanitaria y la Ley de
Promoción de la Autonomía Personal y
Atención a las Personas en Situación
de Dependencia en Castilla y León**

Trabajo Fin de Grado en Trabajo Social

Autora: Patricia Laso Montes

Tutora: M^ª José Salvador Pedraza

AGRADECIMIENTOS

Quería expresar mi agradecimiento a las profesionales de Trabajo Social del Complejo Asistencial "Río Carrión" de Palencia, que con su profesionalidad en el servicio que desarrollan, me han motivado para la elección de esta temática y a las personas entrevistadas que gracias a su colaboración me han ayudado a realizar este Trabajo de Fin de Grado. Y como no a mi tutora, María José Salvador Pedraza, por su gran apoyo durante este camino. Pero especialmente a mi familia y sobre todo a mi abuela, que por su edad avanzada y circunstancias, está presente en cada página.

ÍNDICE

Índice de gráficos	6
Resumen.....	7
1.Introducción.....	8
2.Objetivos y utilidad operativa de este trabajo fin de grado.....	11
Objetivos.....	11
Utilidad operativa del trabajo.....	11
3 Metodología de desarrollo.....	12
4.Marco teórico de aproximación conceptual básica respecto de autonomía personal y situación de dependencia:.....	13
5.Marco de referencia legal respecto de la atención a las personas dependientes en España y Castilla y León.....	14
6.Evolución del sistema español de atención a las personas en situación de dependencia y especial referencia a la comunidad de Castilla y León	16
7.Análisis de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y su aplicación en Castilla y León.....	21
7.1 Estructura y características de la ley.....	21
7.2 Modificaciones sufridas desde la aprobación de la ley hasta hoy, relacionadas con el objeto de este tfg	21
7.3 Situación actual del sistema de atención a la dependencia – visión comparativa.....	25
8. El sistema de salud y la coordinación socio-sanitaria en la atención y cuidados a las personas en situación de dependencia de Castilla y León.....	27
8.1 El sistema sanitario y las personas en situación de dependencia.....	27
8.2 Funciones profesionales del Trabajo Social sanitario.....	29
8.3 La coordinación sociosanitaria.....	30
8.3.1 Los equipos de coordinación de base	31
8.4 El programa de riesgo social en el “Hospital Río Carrión” de Palencia, como un modelo concreto aplicado para la garantía de continuidad de atención	33
8.4.1 Análisis del problema	33
8.4.2 Principios de actuación.....	35
8.4.3 Personas destinatarias.....	36

8.4.4 Objeto del programa	36
8.4.5 Objetivos específicos del programa de riesgo social.....	36
9.4.6 Actividades que se desarrollan.....	37
8.4.7 Proceso de intervención para la detección, valoración y abordaje del riesgo social en personas dependientes hospitalizadas	38
9. Investigación cualitativa sobre una muestra de los profesionales de Trabajo Social de salud y servicios sociales de Castilla y León, acerca del modelo de atención a la dependencia (encuestas a los profesionales que trabajan con este colectivo en la provincia de Palencia)	39
9.1 La investigación cualitativa y sus características, objetivos y plan de trabajo	39
9.1.1 Objetivos de la investigación cualitativa propia desarrollada	40
9.1.2 Fases en el desarrollo de la investigación.....	40
9.1.3 Planificación de la investigación.....	41
9.1.4 Hipótesis de partida.....	41
9.2 Proceso y fases para la aplicación de la entrevista.....	42
9.3 Resultados obtenidos en la investigación, centrada en profesionales de trabajo social, acerca del modelo de atención a la dependencia y sobre la realidad de la continuidad de cuidados.....	43
9.3.1 Implantación del programa de riesgo social del “Hospital Río Carrión” de Palencia	43
9.3.2 Realidad sobre el Sistema Nacional de dependencia desde los CEAS y EPAP	45
10. Conclusiones generales y propuestas de mejora	51
Referencias bibliográficas y webgrafía:.....	54
Índice de siglas.....	58
Anexos	59
anexo 1: Tabla 1. Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CCAA. Diciembre de 2013	59
anexo 2: Tabla 2. Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CCAA. Diciembre de 2013	60
anexo 3: Estructura, servicios, prestaciones y grados de la ley de dependencia	61
anexo 4: Proceso de concesión de prestaciones.....	63
anexo 5: La dependencia desde una perspectiva de género	66

anexo 6: Importancia del apoyo informal en las situaciones de dependencia	69
anexo 7: La calidad del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.....	71
anexo 8: Estrategia de atención al paciente crónico en castilla y león	75
anexo 9: Servicios sanitarios dedicados a la dependencia	81
anexo 10: Documentos sobre la coordinación sociosanitaria	91
anexo 11: El proceso de coordinación socisanitaria	94
anexo 12: Ficha de detección de riesgo social.....	98
anexo 13: Entrevistas realizadas a los profesionales de trabajo social en propia investigacion cualitativa de este tfg	103
anexo 14: Equipos para la promocion de la autonomía personal.....	115

ÍNDICE DE GRÁFICOS

I. Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CCAA. 2009.....	58
II. Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CCAA. 2013.....	59
III. Evolución de las prestaciones más importantes en atención a la dependencia.....	17
IV. Número de personas beneficiarias y prestaciones concedidas por CCAA. 2012.....	18
V. Número de personas beneficiarias y prestaciones concedidas por CCAA. 2013.....	18
VI. Evolución personas con derecho/ personas atendidas.....	25

RESUMEN

La ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y la atención a las personas en situación de dependencia, ha supuesto en España un avance fundamental en la política social de atención a la dependencia. Desde esa premisa, lo que se quiere conseguir con este Trabajo de Fin de Grado es realizar un análisis de dicha Ley en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y plantear las diferentes consecuencias que han supuesto los cambios que se han producido desde su implantación hasta la actualidad, en el abordaje del Riesgo social en la continuidad de cuidados, desde un enfoque socio-sanitario y desde el nivel de atención hospitalaria.

Es importante, para una reflexión profunda sobre esta temática recoger elementos que son imprescindibles cuando se habla de la atención a la dependencia, como es la importancia del apoyo informal en las situaciones de cuidados a personas dependientes, la dependencia desde una perspectiva de género o la opinión que tiene la ciudadanía acerca de la atención prestada ante estas situaciones, sobre todo desde la necesidad de continuidad de cuidados, después de Altas hospitalarias.

El sistema de Salud y el de Servicios Sociales están muy relacionados con el cuidado y la atención a las situaciones de dependencia, por tanto, este trabajo replantea profundizar en modalidades operativas de protocolo que se pueden llevar a cabo para la continuidad de los cuidados en los ingresos y altas hospitalarias en casos de personas dependientes, sobre todo de edad avanzada. Se pondrá como ejemplo un modelo concreto, el correspondiente al programa de riesgo social que se lleva a cabo en el "Hospital Público Río Carrión" dependiente del sistema de Salud de Castilla y León Palencia.

PALABRAS CLAVE: dependencia, actividades básicas de la vida diaria, atención sociosanitaria, sistema de autonomía y atención a la dependencia.

1. INTRODUCCIÓN

El estudio de la dependencia tiene un gran interés por su impacto en los programas sociales y sanitarios de atención y por los costes derivados para los individuos, sus familias y la sociedad en su conjunto. Todo análisis de las situaciones de dependencia tiene como finalidad contribuir al diseño de medidas de política sanitaria, políticas sociales y de cuidados de larga duración, que hagan posible un aumento del bienestar de las personas en situación de vulnerabilidad, riesgo social o desventaja.

La esperanza de vida de la población de Castilla y León, es una de las más altas de España; Según datos oficiales se sitúa en 80,52 años, estimándose, que en el 2050, el 10% de la población, será mayor de 80 años. Esto supone un gran aumento del número de personas con más de 65 años, alcanzando el 23% del total de la población de la Comunidad autónoma.

Un 9% de la población española, según la última Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, que sigue utilizándose como referencia, presenta alguna discapacidad o limitación que le ha causado, o puede llegar a causar, una dependencia para las actividades de la vida diaria o necesidades de apoyo para su autonomía personal en igualdad de oportunidades.

Al aumento de la esperanza de vida hay que sumarle la mayor supervivencia de las enfermedades crónicas y los cambios sociales producidos en los últimos años, hace que cada vez sea mayor el número de personas con procesos crónicos pluripatológicos y patologías asociadas al envejecimiento, que generan situaciones de dependencia con limitaciones de las capacidades físicas y mentales y que precisan de intervenciones sanitarias y sociales que aumenten su autonomía, pueden paliar sus limitaciones y contribuyan a su reinserción social.

A la vista de estas cifras, es de comprender, que la persona anciana y más si está en situación de dependencia, ocupe un lugar preferente en la Asistencia Social y Sanitaria, en nuestra Comunidad, requiriendo una atención preferente, dándose cada día una demanda más en alza. Las necesidades en este sector de población (mayores de 65 años dependientes), crece cada día más, conforme aumenta el sobre-envejecimiento de la población unido al aumento de la esperanza de vida.

Cada vez son más las personas mayores dependientes que necesitan apoyo para realizar las actividades cotidianas, pero cada vez son menos los cuidadores que, de manera informal y con calidad de atención, pueden ocuparse de ellas. De esta manera, la cobertura de necesidades asociadas a la dependencia debe abordarse como uno de los principales retos a los que nos enfrentamos, tanto desde una perspectiva social como desde un punto de vista de solidaridad intergeneracional (introducción, la creación del sistema nacional de dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales).

Así, en este contexto y al amparo de la mencionada ley 39/2006, la atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos los sistemas de Salud y Servicios sociales y los profesionales del Trabajo Social que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, hasta fechas muy recientes y aún hoy día en muchos casos, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el «apoyo informal».

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

Realizando una mirada retrospectiva vemos que en España, la atención a las personas con dependencia ha sido, durante mucho tiempo, una actividad regulada por la Ley General de la Seguridad Social, que posteriormente vinculada al ámbito de los servicios sociales fue transferida a las Comunidades autónomas y cuyo desarrollo era fundamentalmente privado e informal. Pero en 2006, con la puesta en marcha del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), esta atención como derecho subjetivo de la población se convirtió en servicio universal, constituyendo el llamado cuarto pilar del Estado de Bienestar, junto con el sistema educativo, el Sistema Nacional de Salud y el sistema de pensiones.

En el estado español se estima, según datos del Consejo Interterritorial para la atención a la dependencia (2.013) que hay más de 1.200.000 personas en esta situación con algún grado de dependencia reconocida. Un 2.6 % de la población española no puede desarrollar las actividades básicas de la vida diaria sin apoyos de mayor o menos intensidad y muchas de estas personas son mayores de 65 años.

A la vista de estos datos, el análisis o profundización en las múltiples dimensiones de la dependencia es de gran interés y de máxima actualidad, pues se trata de un tema que cada vez preocupa más a la sociedad española, las principales causas de esto es debido al fuerte envejecimiento demográfico que se está experimentado entre la sociedad, y otra de las razones son también que las grandes implicaciones familiares al desbordado la situación, al que tradicionalmente se veía limitada.

La ley 39/2006, supuso una esperanza de atención y mejora de vida para las personas con dependencia sin tener en cuenta su edad, y al definir la dependencia como una situación que no necesariamente es explícita de una discapacidad ni de una enfermedad, ha elegido un ámbito de actuación que tiene como referente central a la persona que, al margen de su edad y de que pueda o no ser calificada como discapacitada o enferma, se encuentre en una situación caracterizada por la imposibilidad o dificultad de gestionar por sí misma su propia existencia cotidiana.

Uno de los lugares donde hay que prestar especial atención a las personas que se encuentran en situación de dependencia es en el sistema sanitario, a menudo los profesionales y sobre todo los de Trabajo Social, se encuentran con situaciones sociales problemáticas al alta de la persona anciana y en situación de riesgo. A veces son situaciones de soledad. En la mayoría de los casos se trata de cambios producidos en su salud (motivo por el que ingresa en el Hospital), y que condicionan su manera futura de vivir, y la posibilidad real de que recuperen ese entorno y el de los suyos. Las familias y los ancianos experimentan, a menudo en las altas hospitalarias un cambio, que han de asumir y que intentan llevar lo mejor posible, con los recursos más idóneos en el momento del alta.

No se constata situaciones de abandono significativo en el periodo de ingreso en el hospital, pues generalmente las familias se trasladan desde los puntos más diversos de España, para estar con sus mayores. El problema mayor es afrontar el alta hospitalaria, teniendo en cuenta que a veces la familia no vive aquí, no disponen de capacidad de apoyo o no se toma conciencia de la verdadera problemática presentada en las personas ancianas, por par.

Ante esta situación, ha de darse una respuesta integral, haciendo un adecuado estudio de las circunstancias que cada caso presenta y utilizando adecuadamente los recursos. La labor de las trabajadoras sociales tiene que ver en esta realidad mucho con la concienciación de las familias, en la asunción de sus problemas, y dando forma a los mismos, con sus propios recursos; evitando de esta manera, demoras innecesarias en la estancia prolongada innecesaria en el Hospital que dificultan el trabajo de todos.

Si ya hemos señalado que la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados, ese reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. En el ámbito hospitalario no es raro encontrarse a menudo con el ingreso de un gran número de pacientes pertenecientes a este colectivo de personas en situación de dependencia, como pueden ser personas mayores o con discapacidades. Pero también nos podemos encontrar con personas que anteriormente a este ingreso presentaban una autonomía plena, si bien a raíz de un accidente de tráfico/laboral o una simple caída en el domicilio se encuentran en una situación temporal de dependencia.

Para conseguir un verdadero modelo eficaz de atención a la dependencia en estos supuestos se tiene que integrar la atención social y sanitaria. Por tanto, desde la imprescindible coordinación socio-sanitaria los diferentes centros de atención sanitaria tienen que estar especializados en la atención a la dependencia, sin olvidar el fortalecimiento de unos servicios sociales que complementen a los amplios servicios sanitarios existentes, extraordinariamente valiosos y muy bien valorados por los mayores.

2.OBJETIVOS Y UTILIDAD OPERATIVA DE ESTE TRABAJO FIN DE GRADO

OBJETIVOS

Los principales objetivos que persigue abordar este TFG son los siguientes:

- Describir y realizar una aproximación a las principales características del modelo vigente de atención de las personas en situación de dependencia en España y Castilla y León
- Analizar las modificaciones que ha sufrido en su desarrollo la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, desde su implantación hasta la actualidad
- Realizar una aproximación respecto del marco de coordinación socio-sanitaria en Castilla y León en lo que afecta a la atención de personas de este territorio con situación de dependencia y para la continuidad de cuidados.
- Analizar, como una muestra concreta operativa para el estudio, la modalidad establecida para garantizar la continuidad de cuidados de las personas dependientes atendidas en el Complejo Hospitalario “Río Carrión” de Palencia
- Conocer la opinión valorativa de diferentes profesionales de Trabajo Social de la red de Salud y de Servicios Sociales de la provincia de Palencia, sobre las fortalezas y debilidades en la eficacia del sistema establecido en la Comunidad Autónoma de Castilla y León para la continuidad de cuidados socio sanitarios de las personas en situación de dependencia (Investigación cualitativa).
- Realizar, partiendo de los resultados de toda la investigación, algunas propuestas de mejora básica sobre la garantía de continuidad de cuidados de las personas en situación de dependencia en la comunidad de Castilla y León.

UTILIDAD OPERATIVA DEL TRABAJO

La sociedad y sus necesidades son dinámicas y los momentos y modelos de atención sanitaria y social deben evolucionar. Este proceso lleva consigo la generación de nuevas necesidades y demandas originadas por esas transformaciones sociales, que afectan a los sistemas social y sanitario, así como a la profesión del Trabajo Social, cuya identidad se construye socialmente. Así, se están produciendo desequilibrios, las diferencias sociales, económicas y culturales abren la brecha entre las diferentes clases sociales, el envejecimiento paulatino de la población y el aumento en general de las situaciones de dependencia genera un cambio en las estructuras de atención sociales y sanitarias, así como nuevas situaciones para la intervención social y sobre todo de la llamada socio-sanitaria.

Desde estas bases la utilidad operativa de este trabajo se relaciona con la profunda reflexión teórico - conceptual y cualitativa que pretende abordar, en un ámbito aún por desarrollar, como es el del riesgo social detectado en personas mayores que deben ser atendidas en un hospital y que en el momento de su alta en ese ámbito asistencial pueden no tener garantizada la continuidad de cuidados en su propio entorno de convivencia, para sus diferentes grados de dependencia.

Se pretende estudiar y dar a conocer, desde una experiencia concreta, localizada en un completo hospitalario asistencial pero no extendido con carácter general, un modelo de referencia para la intervención que puede ser una respuesta contrastada, experimentada y eficaz, de utilidad sobre todo para los profesionales de Trabajo Social de este ámbito de intervención.

3.METODOLOGÍA DE DESARROLLO.

La metodología que se ha llevado a cabo para realizar el presente trabajo consta de tres partes principales: la primera fase se ha basado en la búsqueda de información documentada sobre el tema escogido, la segunda parte la realización de encuestas a diferentes profesionales que trabajan en esta materia y la tercera ha sido la elaboración de las conclusiones y propuestas

En la primera parte, se han recopilado diferentes textos, investigaciones y datos que han sido elaborados por autores expertos en la materia. Lo que se pretende es profundizar sobre las principales características del modelo actualmente vigente de atención a las personas en situación de dependencia y profundizar sobre los cambios que ha sufrido la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia. También se pretende analizar el Sistema de salud y la coordinación socio-sanitaria en la atención y cuidados en las personas que se encuentran en situación de dependencia.

Una vez que se ha realizado dicho análisis y reflexión teórico conceptual, se ha planteado una investigación cualitativa, entendiendo que, a través de la opinión de diferentes profesionales de Trabajo Social directo de esta manera, se podrá conocer la realidad en los temas propuestos en este trabajo

Y por ultimo en la parte tercera se han seleccionado los datos principales y se ha realizado un análisis de ellos se ha pasado a la elaboración de la parte dos que son las conclusiones y las propuestas de mejora.

4. MARCO TEÓRICO DE APROXIMACIÓN CONCEPTUAL BÁSICA RESPECTO DE AUTONOMÍA PERSONAL Y SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:

Es importante antes de pasar a otros aspectos dejar claramente definidos algunos conceptos clave que se relacionan con la finalidad y objetivos de este trabajo y entre los que se han seleccionado por su interés los siguientes, que pasamos a definir en cada caso según se expresa en el artículo 2 de la mencionada ley 39/2006:

Dependencia: es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar ordenes y tareas sencilla.

Cuidados no profesionales: las atenciones prestadas a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizado.

Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública y entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal

Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo in grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

5. MARCO DE REFERENCIA LEGAL RESPECTO DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN ESPAÑA Y CASTILLA Y LEÓN

Es importante citar en relación a la temática de este TFG la siguiente normativa:

1) En el ámbito estatal:

- a) **Constitución española de 1978.** La CE de 1978 establece en su artículo 41, la seguridad social de carácter universal: “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres “. También existen otros artículos referidos a la atención de las personas con discapacidad y las personas mayores; en el artículo 49 protege a las personas de discapacidad: “Los poderes públicos realizarán una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”. El artículo 50 va dirigido a las personas mayores:” Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas periódicamente actualizada, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”. Y por último el artículo 149.1.1, que expresa:”El estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: 1ª la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio u el cumplimiento de los deberes constitucionales”.
- b) **Carta de los derechos fundamentales.** En el artículo 34.1, la Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidente laborales, la dependencia o la vejez, así como en caso de pérdida de empleo, según las modalidades establecidas por el Derecho comunitario y las legislaciones nacionales.
- c) **Ley de integración social de los minusválidos, 1982 (LISMI).** Vino a desarrollar el artículo 49 de la Carta Magna de forma pionera y amplia y supuso un paso decisivo en la consagración de derechos y en el desarrollo de políticas públicas, tales como la educación, las pensiones, el acceso al empleo y otras formas de integración social. Con la implantación de la LISMI, se introduce la prestación económica de ayuda por tercera persona para personas con discapacidad legalmente reconocida.

- d) **Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.** Implanta un nuevo sistema de atención a la dependencia con un catálogo de prestaciones, de servicios y económicas.
- e) **Las diferentes leyes autonómicas de servicios sociales.** Las Comunidades Autónomas, en virtud de lo establecido en sus Estatutos de Autonomía tienen competencia en materia de atención a la dependencia. A través de Reglamentos han desarrollado de manera extensa la Ley estatal de Dependencia, tanto en aspectos sustantivos como de procedimiento, pues les corresponde la concesión de prestación. Como son 17 Comunidades autónomas, la heterogeneidad normativa es grande. No obstante existe un Consejo Territorial de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia, integrado por representantes del Estado y de Comunidades Autónoma, para coordinar actuaciones.
- f) **La extinta Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local,** mencionaba alguna de las funciones que correspondían a las Entidades Locales de España (y afectando obligatoriamente a los municipios mayores de 20.000 habitantes) y sobre todo tienen que ver, en el ámbito municipal, con los denominados servicios sociales generales o comunitarios que en su territorio se presten. Para ese necesario impulso de la red de servicios sociales y las prestaciones de este nivel administrativo fue decisivo el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales, que se desarrolla desde el año 1988 por impulso de la Administración General del Estado y financiación conjunta entre ésta, las respectivas CCAA y las comunidades locales.
Esta Ley en la actualidad ha sido derogada por la nueva Ley 39/2006, de 14 de diciembre Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- g) **Otras medidas legislativas.** Que perfeccionaron los sistemas de protección social a las personas con dependencia en España fueron la Ley General de Sanidad (1986), que universaliza la atención sanitaria, y las Ley de Prestaciones no Contributivas (1990), que extiende los beneficios de la Seguridad Social a todas las personas sin recursos que ya sea por edad, enfermedad o accidente no puedan trabajar y no hayan cotizado lo suficiente para tener derecho a una pensión contributiva.

2) En el ámbito de Castilla y León

En cuanto a Castilla y León, las normas vigentes que regulan específicamente el procedimiento y el sistema de prestaciones de dependencia, son:

- **Orden FAM/824/2007 de 30 de abril,** por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia. Modifica por la Orden FAM/73/2012, de 15 de febrero.

- **Orden FAM/644/2012, de 30 de julio**, por lo que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales. Modificada por la Orden FAM/1133/2012, de 27 de diciembre.

Otras normas autonómicas recientes que también inciden en el sistema de dependencia son, entre otras: la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, y el Decreto 70/2011, de 22 de diciembre, por el que establecen los precios públicos por servicios prestados por la Administración de la Comunidad de Castilla y León en el ámbito de Servicios Sociales.

6.EVOLUCIÓN DEL SISTEMA ESPAÑOL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y ESPECIAL REFERENCIA A LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

En Castilla y León, al igual que en el resto de las Comunidades Autónomas, desde la época de la transición los servicios asistenciales se dedicaban únicamente a la atención de las personas mayores y personas con discapacidad. A partir de la década de los 80 se fue ampliando los sectores de atención a menores, personas en riesgo de exclusión, población de etnia gitana, personas con dependencias a las drogas, etc.

En 1988 es cuando la Administración de Castilla y León asume las competencias que le otorga la Constitución española y promulga la Ley 18/1988 de Acción Social y Servicios Sociales, que regula, como indica su nombre la Asistencia Social y los Servicios Sociales en nuestro territorio autonómico. Este acontecimiento es el comienzo de los Servicios Sociales en Castilla y León.

En Castilla y León, antes de que se aprobase la Ley estatal 39/2006 a la que venimos haciendo referencia, fue realizado un Dialogo Social, en el que trataba de elaborar un sistema de protección a las personas mayores, esto desembocó en un Acuerdo en Materia de Atención a Personas Mayores Dependientes en Castilla y León. Se obtuvieron compromisos importantes entre la Administración autonómica y sindicatos como ampliar las plazas residenciales, la reconversión del 80% de las plazas para personas asistidas, el aumento de las plazas concertadas en un 50%, la mejora de la ayuda a domicilio y se pactó un incremento de la financiación, en más de 44 millones de euros.

Por tanto procedente de este acuerdo, cuando se aplicó la norma estatal, Castilla y León ya disponía de un sistema de atención bastante organizado sobre el que construir los principios básicos de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a la Dependencia, como eran: universalidad, igualdad, responsabilidad pública, de derechos subjetivos y basada fundamentalmente en servicios.

Aunque se contaban con los pilares necesarios para iniciar la aplicación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la Dependencia, hubo un cierto momento en que se paralizó la entrada práctica de la Ley. Fue, en cierta medida, la presión sindical la que obligo a la Administración a comprometerse con la aplicación de la Ley de Dependencia, mediante el Acuerdo del 14 de noviembre de 2007, junto al compromiso de construir una nueva Ley de Servicios Sociales.

Con esto, la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia consigue del desarrollo normativo que necesita para poder ser aplicada y en Castilla y León se “desatasca” con la regulación del cálculo de la capacidad económica de las personas dependientes, y las prestaciones económicas, reguladas en la orden FAM/2044/2007 de 19 de Diciembre del 2007.

Desde ese momento la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia en Castilla y León va evolucionando en desarrollos normativo, en su aplicación, se desarrolla con fluidez, llegando a adquirir una importante implantación si comparamos los datos con otras comunidades autónomas.

Por lo expuesto, queda claro que en Castilla y León se desarrollo la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la Dependencia con retraso y en 2007 no había ninguna persona atendida, la presión de los sindicatos influyo y destaca que en 2009 ya se atendía al 1,35 %, tal y como vemos en la tabla 1, que se incluye en el anexo 1. Esta cantidad de personas atendidas seguiría incrementándose posteriormente, llegando al 2,45% en 2013, ocupando Castilla y León el segundo puesto en nivel de atención de España, los datos comparativos, tal y como se refleja en la tabla 2, representada en el anexo 2.

En el acuerdo que se produjo en febrero de 2009, denominado Acuerdo de Infraestructuras para la Dependencia y Servicios Sociales se acordó la creación de 3400 plazas residenciales para personas dependientes, de este total el 50% seria de gestión directa publica, de las cuales 1000 plazas serian de nueva creación y 700 de reconversión. El otro 50% de plazas restantes serian de carácter privado. También se acordó la limitación en el 25% de la prestación económica de cuidador familiar, para potenciar, la prestación de los servicios, frente a prestaciones económicas.

En cuanto al Acuerdo de Ayuda Domicilio producido el 21 de diciembre de 2010, respecto al copago, determinaba la capacidad económica personal para las personas usuarias, más beneficiosa que la familiar que se utilizaba hasta ese momento y establecía características homogéneas en toda la región, junto a otras mejoras del servicio.

Todos estos acuerdos van situando a Castilla y León en un lugar adecuado en la aplicación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la Dependencia. Hay que destacar que el Sistema de Atención a la Dependencia en España era muy inestable, debido a que la financiación contaba con ciertas limitaciones. Este sistema dependía de la aportación estatal que era insuficiente y de la voluntad de las 17 Comunidades Autónomas, creándose así 17 sistemas diferentes.

Una mirada hacia el enfoque del Riesgo social en el ámbito de la coordinación socio-sanitaria y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en Castilla y León

Tabla 3. Evolución de las prestaciones más importantes en atención a la dependencia.

		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
		% MEDIO	TOTAL										
Prevención	Castilla y León	0,00%	0	4,50%	1.718	4,24%	2.236	8,36%	6.141	9,99%	7.802	10,47%	8.171
	España	0,05%	231	0,57%	2.962	1,43%	11.147	1,79%	16.415	2,17%	20.956	2,22%	20.994
Ayuda a Domicilio ¹	Castilla y León	1,75%	422	6,71%	2.560	8,96%	4.720	12,13%	8.909	11,86%	9.268	12,94%	10.100
	España	7,62%	32.236	10,77%	56.089	11,64%	90.912	12,92%	118.513	13,00%	125.828	12,80%	120.962
Atención Residencial	Castilla y León	19,22%	4.638	18,83%	7.186	15,45%	8.140	11,99%	8.808	11,25%	8.787	10,62%	8.289
	España	13,94%	58.960	18,40%	95.820	15,27%	119.253	13,30%	122.040	13,11%	126.918	13,80%	130.424
Prestación Vinculada a un Servicio	Castilla y León	9,75%	2.354	22,16%	8.456	21,76%	11.468	19,97%	14.667	19,53%	15.254	21,73%	16.957
	España	3,12%	13.197	6,93%	36.076	6,71%	52.402	6,52%	59.836	6,66%	64.497	7,62%	72.069
Cuidados entorno familiar	Castilla y León	10,76%	2.598	40,13%	15.314	40,85%	21.525	33,82%	24.838	32,96%	25.749	30,16%	23.534
	España	25,85%	109.287	57,16%	266.398	48,38%	377.787	45,53%	417.782	44,56%	431.294	43,21%	408.401

Fuente: CCOO de Castilla y León. Documento "Los Servicios Sociales en Castilla y León" (2.014)

En esta tabla se destacara el aumento que se produce en casi todas ellas, menos en la atención residencial que baja del 19,22 hasta el 10,62, por debajo de la media de España, que se sitúa en un 13,80. Ello es debido al gran incremento de la prestación vinculada a un servicio residencial que sube del 9,75% en 2008 al 21,73 en 2013. Por otra parte, también desciende la prestación económica de cuidados en el entorno familiar que tras un incremento muy fuerte en los primeros años, baja hasta el 30,16 en 2013.

El periodo de crisis que se produjo en España supuso un golpe muy fuerte para la atención a la dependencia. Con el Real Decreto- Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad el Gobierno impuso grandes recortes y prácticamente dio carpetazo al sistema que no estaba muy afianzado.

Se recortó en las cuantías de las prestaciones económicas, se rebajó la intensidad de la Ayuda a domicilio, se redujo la financiación y se ralentizó la implantación de la Ley que deja sin atención la dependencia moderada, quedando totalmente resquebrajado el Sistema inicial de Atención a la Dependencia que pretendía que en 2015 estuviera totalmente consolidado.

Una mirada hacia el enfoque del Riesgo social en el ámbito de la coordinación socio-sanitaria y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en Castilla y León

Tabla 4. Número de personas beneficiarias y prestaciones concedidas por Comunidades Autónomas. 1 de julio de 2012

ÁMBITO TERRITORIAL	PERSONAS BENEFICARIAS CON PRESTACIONES	Prevención Dependencia y Promoción A. Personal		Teleasistencia		Ayuda a Domicilio		Centros de Día/Noche		Atención Residencial		P.E Vinculada Servicio		P.E Cuidados Familiares		P.E Asist. Personal		TOTAL Nº	RATIO DE PRESTACIONES POR PERSONA BENEFICARIA
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Andalucía	196.295	0	0,00	69.238	25,66	51.821	19,21	12.488	4,63	20.891	7,74	3.483	1,29	111.881	41,47	14	0,01	269.816	1,37
Aragón	22.897	0	0,00	0	0,00	1	0,00	1.053	4,60	3.214	14,03	4.237	18,49	14.411	62,89	0	0,00	22.916	1,00
Asturias	14.867	4	0,02	680	4,00	2.186	12,86	1.597	9,39	3.076	18,09	1.417	8,33	8.043	47,30	1	0,01	17.004	1,14
Illes Balears	9.927	2	0,02	0	0,00	0	0,00	826	8,08	1.996	19,52	322	3,15	7.077	69,23	0	0,00	10.223	1,03
Canarias	11.672	45	0,39	0	0,00	0	0,00	2.386	20,42	2.497	21,37	167	1,43	6.591	56,40	0	0,00	11.686	1,00
Cantabria	14.532	0	0,00	1.154	7,35	819	5,22	1.352	8,61	3.001	19,12	0	0,00	9.370	59,70	0	0,00	15.696	1,08
Castilla y León	61.991	7.674	9,84	4.157	5,33	9.308	11,93	7.203	9,23	8.994	11,53	15.620	20,02	25.008	32,06	40	0,05	78.004	1,26
Castilla-La Mancha	38.931	1.094	2,07	6.880	13,04	5.803	11,00	1.581	3,00	7.645	14,49	2.792	5,29	26.950	51,09	9	0,02	52.754	1,36
Catalunya	132.978	1.669	1,02	12.805	7,81	14.800	9,02	6.085	3,71	15.999	9,75	12.101	7,38	100.543	61,30	17	0,01	164.019	1,23
C Valenciana	44.249	335	0,63	8.924	16,79	0	0,00	3.275	6,16	12.238	23,03	3.913	7,36	24.453	46,02	0	0,00	53.138	1,20
Extremadura	18.855	531	2,65	377	1,88	617	3,08	762	3,80	3.434	17,12	5.368	26,76	8.972	44,72	0	0,00	20.061	1,06
Galicia	36.686	350	0,87	788	1,96	6.854	17,02	4.673	11,60	7.346	18,24	5.310	13,18	14.913	37,03	40	0,10	40.274	1,10
Madrid	80.961	5.584	5,51	15.533	15,32	22.432	22,12	12.318	12,15	20.038	19,76	4.672	4,61	20.813	20,52	25	0,02	101.415	1,25
Murcia	26.019	1.046	3,21	4.965	15,22	0	0,00	2.050	6,28	2.149	6,59	987	3,03	21.424	65,68	0	0,00	32.621	1,25
Navarra	8.670	45	0,45	821	8,12	452	4,47	209	2,07	1.424	14,08	1.225	12,11	5.935	58,69	1	0,01	10.112	1,17
País Vasco	39.500	0	0,00	4.289	9,13	4.706	10,02	5.010	10,66	8.061	17,16	1.262	2,69	22.880	48,70	777	1,65	46.985	1,19
La Rioja	7.646	650	5,83	1.293	11,59	2.014	18,05	806	7,22	1.292	11,58	471	4,22	4.632	41,51	0	0,00	11.158	1,46
Ceuta y Melilla	1.935	239	9,85	247	10,18	447	18,42	48	1,98	150	6,18	12	0,49	1.284	52,90	0	0,00	2.427	1,25
TOTAL	768.611	19.268	2,01	132.151	13,76	122.260	12,73	63.722	6,64	123.445	12,85	63.359	6,60	435.180	45,32	924	0,10	960.309	1,23

Fuente: CCOO de Castilla y León. Documento "Los Servicios Sociales en Castilla y León"

Tabla 5: Numero de personas beneficiarias y prestaciones concedidas por Comunidades Autónomas. 31 de julio de 2013

ÁMBITO TERRITORIAL	PERSONAS BENEFICARIAS CON PRESTACIONES	Prevención Dependencia y Promoción A. Personal		Teleasistencia		Ayuda a Domicilio		Centros de Día/Noche		Atención Residencial		P.E Vinculada Servicio		P.E Cuidados Familiares		P.E Asist. Personal		TOTAL Nº	RATIO DE PRESTACIONES POR PERSONA BENEFICARIA
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Andalucía	175.556	0	0,00	60.575	25,22	45.803	19,07	12.110	5,04	19.552	8,14	2.906	1,21	99.193	41,30	15	0,01	240.154	1,37
Aragón	19.099	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1.138	5,96	3.195	16,72	3.305	17,30	11.470	60,03	0	0,00	19.108	1,00
Asturias	15.829	10	0,06	838	4,62	2.314	12,76	1.744	9,62	2.826	15,58	1.785	9,84	8.615	47,50	3	0,02	18.135	1,15
Illes Balears	10.009	2	0,02	0	0,00	0	0,00	819	8,01	1.931	18,88	347	3,39	7.131	69,71	0	0,00	10.230	1,02
Canarias	11.570	43	0,37	0	0,00	0	0,00	2.624	22,61	2.685	23,13	188	1,62	6.066	52,27	0	0,00	11.606	1,00
Cantabria	14.950	0	0,00	1.290	7,71	1.101	6,58	1.322	7,91	4.016	24,02	0	0,00	8.993	53,78	0	0,00	16.722	1,12
Castilla y León	61.331	8.164	10,53	4.177	5,39	9.666	12,46	6.840	8,82	8.499	10,96	16.031	20,67	24.126	31,11	44	0,06	77.547	1,26
Castilla-La Mancha	36.864	2.031	3,98	6.335	12,41	6.660	13,05	1.739	3,41	8.869	17,38	2.373	4,65	23.026	45,11	7	0,01	51.040	1,38
Catalunya	137.977	2.976	1,84	16.962	9,35	18.129	9,99	8.107	4,47	21.423	11,80	13.437	7,40	100.428	55,34	16	0,01	181.478	1,32
C Valenciana	39.607	345	0,73	8.012	16,88	0	0,00	3.392	7,15	11.503	24,24	3.708	7,81	20.489	43,18	2	0,00	47.451	1,20
Extremadura	19.747	639	3,05	329	1,57	507	2,42	991	4,73	3.777	18,04	6.343	30,30	8.348	39,88	0	0,00	20.934	1,06
Galicia	39.370	395	0,92	1.075	2,51	9.755	22,73	5.551	12,94	7.839	18,27	5.533	12,89	12.719	29,64	46	0,11	42.913	1,09
Madrid	79.766	4.715	4,84	13.082	13,44	21.992	22,60	12.099	12,43	18.915	19,44	5.790	5,95	20.707	21,28	24	0,02	97.324	1,22
Murcia	24.270	1.058	3,49	4.454	14,71	0	0,00	2.209	7,30	2.072	6,84	1.014	3,35	19.470	64,31	0	0,00	30.277	1,25
Navarra	8.210	67	0,69	864	8,89	474	4,88	276	2,84	1.722	17,72	895	9,21	5.418	55,76	1	0,01	9.717	1,18
País Vasco	41.319	110	0,23	1.512	3,14	3.966	8,24	5.375	11,16	10.181	21,14	1.486	3,09	24.408	50,69	1.115	2,32	48.153	1,17
La Rioja	6.981	627	5,93	1.425	13,48	2.051	19,40	783	7,41	1.294	12,24	497	4,70	3.895	36,84	0	0,00	10.572	1,51
Ceuta y Melilla	1.923	214	8,98	248	10,33	473	19,86	40	1,68	154	6,47	25	1,05	1.230	51,64	0	0,00	2.382	1,24
TOTAL	744.378	21.396	2,29	121.176	12,95	122.891	13,13	67.159	7,18	130.453	13,94	65.663	7,02	405.732	43,36	1.273	0,14	935.743	1,26

Fuente: CCOO de Castilla y León: "Los Servicios Sociales en Castilla y León"

Estas tablas muestran los efectos del Decreto del 13 de julio de 2012 al año de su aplicación y la ruptura progresiva del sistema. El sistema de atención a la dependencia no solo no avanza, sino que caen del Sistema en España 24.233 personas, 660 en Castilla León, y cae también 24.566 prestaciones, 457 en Castilla y León.

La situación de crisis también se refleja en Castilla y León, afectando a la ayuda a domicilio y a la paralización del Acuerdo de Infraestructuras, por falta de capital para inversiones. Se afronta la situación con el mantenimiento del sistema, adaptando dichos recortes y aumentando con contrapartidas de mejora. Mejora que se concentro en el aumento en un 20% de las ayudas económicas vinculadas a un servicio, tanto residencial como de ayuda a domicilio, siguiendo el compromiso de priorizar la atención mediante servicios profesionalizados en la Comunidad.

Por otra parte, la Consejería de Familia, aplico al un recorte extra de las prestaciones económicas de cuidador familiar que llevaba el 15% fijado por el Decreto del 13 de julio, hasta el 30%.

Según Comisiones Obreras de Castilla y León (2014), la situación actual de la Ley de Dependencia en Castilla y León es:

- El número de personas que se atienden son 61.828, es decir el 2,45% de la población. En el mayor porcentaje de todas las Comunidades Autónomas
- La atención de los servicios es de 70,81%, la media estatal es de 57,48%
- La prestación económica de cuidador familiar, como ya hemos dicho queda limitado en 25%, en Castilla y León supone el 29,19%, en España supone el 42,52%
- Las personas que han dejado de ser atendidas en el momento más culminante ha sido de un 0,92% en Castilla y León, en el conjunto de España supone el 5,99%
- En cuanto a la lista de espera en castilla y León es de 0,03%, es decir, que 729 personas están esperando a recibir una prestación. A nivel estatal el porcentaje es de 0,39%, es decir que 183.222 personas.

7. ANÁLISIS DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y SU APLICACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN

7.1 ESTRUCTURA Y CARACTERÍSTICAS DE LA LEY

Según la Ley 39/2006 se regularan las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas.

El sistema tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a que se refiere la Ley. Se configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, al que se reconoce como beneficiario.

La Ley establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Un segundo nivel de protección, un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las CCAA mediante convenios para el desarrollo de las demás prestaciones y servicios. Y las Comunidades Autónomas podrán desarrollar un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos.

En la LAAD se establece una estructura, al igual que los diferentes servicios y prestaciones a los que las personas en situación de dependencia tienen derecho y los grados que se reconocen, estos temas por su importancia y mayor profundización se adjunta en el anexo 3.

Otros de los temas que considero que tienen relevancia en este tfg a la hora de hablar de la ley de dependencia y de las situaciones de dependencia son; el proceso de concesión de los servicios y las prestaciones, la dependencia desde una perspectiva de género, la importancia del apoyo informal en las situaciones de dependencia y la calidad del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, por su extensión lo recogeré en los anexos 4,5 ,6 y 7 respectivamente.

7.2 MODIFICACIONES SUFRIDAS DESDE LA APROBACIÓN DE LA LEY HASTA HOY, RELACIONADAS CON EL OBJETO DE ESTE TFG

El sistema para la autonomía y atención a la dependencia, es un sistema en constante evolución que ha experimentado importantes procesos de mejora, adaptación y reforma que obligan a los profesionales del sector a una continua actualización de sus conocimientos y de su práctica profesional.

En cuanto a las principales modificaciones que en los últimos años han afectado al sistema de dependencia podemos distinguir dos periodos claramente diferenciados: 2007 a 2009 el sistema comienza a caminar.

Se toman los primeros acuerdos en el seno del Consejo Territorial que permiten publicar las primeras normas necesarias para empezar a funcionar. Y a partir de 2010 se adoptan acuerdos y se aprueban otras normas que consolidan y mejoran los anteriores: se modifica el baremo de valoración, se fijan criterios para los cuidados no profesionales, se regulan las prestaciones para los nuevos grados de dependencia no incorporados, pero también se introducen modificaciones impuestas por la situación económica nacional.

- **La prestación económica de cuidados en el entorno**

Esta prestación fue creada por la Ley 39/2006 y hace referencia a ella en los artículos 14.4 y 18 con el carácter excepcional, ha sido a través de los Acuerdos del Consejo Territorial de 25 de enero de 2010 y de 28 de octubre de 2010, para el grado I en concreto, cuando se han asentado los criterios para obtener esta prestación. En el Acuerdo del 10 de julio de 2012 amplía para todos los grados de dependencia los aplicados en el grado I. las normas que recogen estos criterios son el Real Decreto 727/2007 de 8 de junio, modificado por el Real Decreto 175/2001 de 11 de febrero y la Orden FAM/763/2011 de 6 de junio, sustituida por la Orden FAM/ 644/2012 de 30 de julio.

Para la concesión de esta prestación se aplican unos criterios; que la persona dependiente este atendida en el entorno familiar con anterioridad a la solicitud y en el casos e personas con grado I, es necesario, que ni sea posible el reconocimiento de un servicio adecuado debido a la inexistencia de recursos públicos o privados acreditados, que con el Acuerdo CT 10/07/2012 se extienden los requisitos a todos los grados de dependencia y este criterio aun no tiene reflejo normativo.

En cuanto a la situación de dependencia de la persona cuidadora, el Acuerdo C.T de 28/10/2010 estableció para el Grado I que las personas con situación de dependencia reconocida en cualquiera de sus grados no puedan ser cuidadora de otras dependientes en grado I. este criterio se ha trasladado al RD 727/2007 y a las Ordenes de la Consejería de Familia.

El Acuerdo CT 28/10/2010 y el RD 727/2007, establecen como requisito para el grado I la convivencia en el mismo domicilio con las única excepción de personas tengan su domicilio en un entorno rural caracterizado por insuficiencia de recursos públicos y privados. El Acuerdo CT 10/07/2012 extiende el requisito de la convivencia en el mismo domicilio a los grados II y III.

En cuanto a la cuantía de la prestación el RDL 20/2012 aprobó nuevas cuantías máximas de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar ara las personas que tuvieran reconocida la prestación, reduciéndolo en un 15% las cuantías vigentes. Además, desde el 1 de agosto de 2012, todos los beneficiarios perciben la prestación en la cuantía correspondiente a su grado de dependencia, suprimiéndose la clasificación por niveles.

- **La prestación económica de asistencia personal**

Regulado en los artículos 14.5 y 19 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre y en los artículos 11, 27-30 y Disposición Transitoria 1ª de la Orden FAM/644/2012 de 30 de julio

Hasta julio del 2012, la prestación económica de asistencia personal estaba limitada a las personas en situación de gran dependencia, es decir, grado III. Tras la publicación del Real Decreto Ley 20/2012 de 13 de julio, la prestación se ha extendido a todos los grados de dependencia.

El artículo 11.4 e) de la Orden FAM/644/2012, establece el requisito que tiene que cumplir aquella persona que actuara como asistente personal; “reunir las condiciones de idoneidad para prestar los servicios derivados de la asistencia personal. Se entenderá cumplido este requisito cuando acredite contar con la formación necesaria”.

- **La prestación económica vinculada**

Esta prestación está regulada en los artículos 14.3 y 17 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre y los artículos 10,27-30 de la Orden FAM/644/2012 de 30 de julio. La prestación económica vinculada es una de las grandes novedades incorporadas al sistema de Servicios Sociales por la Ley de Dependencia. Permite a las personas en situación de dependencia, recibir servicios profesionales de atención y cuidado, prestados por entidades o centros privados que estén debidamente acreditados, mediante una ayuda económica cuya cuantía se determina en función del grado de dependencia y de la capacidad económica personal del beneficiario.

El Real Decreto 20/2012 de 13 de julio, redujo la cuantía de la prestación vinculada, especialmente para aquellas que se encuentran con mayor dependencia. La Orden FAM/644/2012, de 30 de julio, en Castilla y León se incrementa las cuantías máximas en un 20% sobre la previsión estatal y en el caso del grado II, el incremento puede alcanzar el 75%. En el artículo 33 de esta Orden vienen recogidas las nuevas fórmulas de cálculo de la prestación vinculada.

	Cuantía máxima estatal	Cuantía máxima aplicable en Castilla y León
Grado III	715,07	858,08
Grado II	426,12	745,71
Grado I	300	360

Se han establecido reglas de cálculo específicas para la segunda prestación vinculada en los casos de personas con discapacidad que reciben el servicio de atención residencial compatible con el servicio de centro de día o con el servicio de promoción de la autonomía personal, se puede reconocer una segunda prestación vinculada cuando la atención residencial se considere el recurso idóneo para la persona con discapacidad.

- **El servicio de promoción de la autonomía personal**

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre incluye el servicio de promoción de la autonomía personal dentro del catálogo de servicios del SAAD, pero no lo define. Es el real Decreto 727/2007 el que hace una definición genérica de los servicios. El acuerdo CT 28/10/2010 se regula específicamente para el grado I el contenido y la intensidad del servicio. Los servicios de promoción de la autonomía personal son: atención temprana, estimulación cognitiva, promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional, habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual, apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales. Aunque todos estos servicios vienen referenciados en la Ley 39 de 14 de diciembre, en Castilla y León su regulación no la encontramos hasta el año 2011, en la Orden FAM/644/2012 Y EN LA Resolución de la Gerente de Servicios Sociales de 9 de junio de 2011.

- **Otros cambios introducidos en el sistema de dependencia**

Con el objetivo de agilizar trámites y disminuir burocracia se han modificado los grados de dependencia: se han suprimido los niveles de cada grado, quedando solo grados, que se divide en gran dependencia, dependencia severa y dependencia moderada. Prioridad en la atención de los más dependientes. Establecimiento de plazos más concretos para la resolución de expedientes administrativos. Preferencia por las prestaciones de servicios sobre las económicas, dando cumplimiento a lo establecido en la Ley. Establecimiento de mayores requisitos en la prestación de cuidados en el entorno familiar.

El cambio del ciclo económico ha propiciado la introducción de una serie de medidas que suponen un giro sustancial en el modelo diseñado inicialmente por la LAPAD (VII informe Foessa y XII Dictamen Observatorio Dependencia), mediante el cual excluyen a las personas con dependencia leve y a aquellas que requieren cuidados sociosanitarios. El nuevo baremo endureció la entrada de nuevas personas, especialmente a las de grado 3. A fecha de 31 de diciembre de 2013, 748.612 personas beneficiarias, poco más de la mitad de los beneficiarios previstos inicialmente, por tanto se produce un estancamiento de nuevos beneficiarios. Las prestaciones por cuidados en el entorno familiar está siendo sustituidas por servicios de coste bajo como es la ayuda a domicilio con pocas horas de prestación, la Teleasistencia y el servicios de prevención de la dependencia, en lugar de servicios residenciales o servicios en centros de día. Se ha producido una disminución del gasto público, un alto porcentaje recae en las Comunidades Autónomas.

Y por último una elevada presión recaudatoria sobre las personas usuarias con pocos recursos económicos, se favorece a las rentas medias- altas, mientras que se penaliza a los que no tiene esa capacidad económica, que son las rentas medias- bajas, a las cuales no se les tiene en cuenta ningún tope del copago excepto el patrimonio, elevando la capacidad económica, del usuario sin que haya una correspondencia con ingresos líquidos.

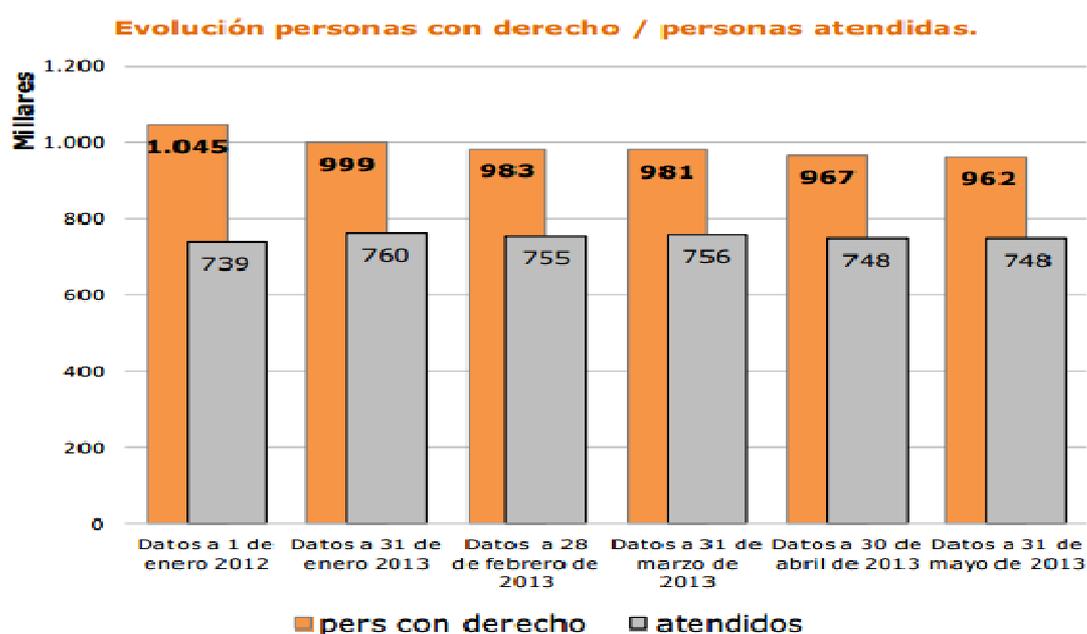
7.3 SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE ATENCION A LA DEPENDENCIA – VISION COMPARATIVA

La Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, en su Informe sobre el estado social de la nación (2015), analiza los aspectos más destacables sobre la evolución del Sistema de Atención y Apoyo a la Dependencia, que se resume en los siguientes puntos.

▪ SOBRE LA EVOLUCIÓN GENERAL

1. En España hay más de 1.2160.341 personas en situación de dependencia reconocida, eso supone un 2,6% de la población española necesita apoyo para realizar actividades básicas de la vida diaria.
2. De todas esas personas 40% no tiene ninguna prestación o servicio del sistema de atención a la dependencia.
3. El Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia está colapsado. Menos expedientes activos, menos dependientes con derecho, menos personas atendidas.
4. En este colapso intervienen diversos factores pero el más directo ha sido el impacto de las medidas de recorte contenidas en el Real Decreto-ley 20/2013 de 13 de julio.
5. Son graves las desigualdades existentes entre territorios.

Gráfica 6. Evolución personas con derecho/personas atendidas



Fuente: Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, en su Informe sobre el estado social de la nación. (2015)

En esta grafica podemos ver la evolución entre los años 2012 y 2013, entre las personas que tienen algún derecho contemplado en la ley y las personas que son atendidas. Vemos que cada vez con menos las personas que tienen derecho, y las personas que son atendidas más o menos se mantienen estable durante los dos años.

▪ **SOBRE LAS SOLICITUDES, VALORACIONES Y GRADOS**

6. Los expedientes abiertos de las personas con Grado III en junio de 2011 era de 438.682, en noviembre de 2014 eran de 355.747, han descendido en 82.935 expedientes.

7. Las personas con Grado II han descendido casi 30.000 menos desde junio de 2012, siendo 434.843 personas en 2014.

8. Las personas con Grado I han aumentado, en el intervalo de junio de 2011 a noviembre de 2014 en 22.000 personas, siendo 425.751 personas.

9. El procedimiento sigue siendo un proceso lento, ineficaz y un sacrificio para las familias. Se producen denuncias por la violación del derecho subjetivo que las personas dependientes tienen reconocido y reclamaciones por la pasividad de las Administraciones, y esto se soluciona en el orden jurisdiccional de lo contencioso administrativo.

▪ **SOBRE LA DESATENCIÓN Y LAS ATENCIONES.**

10. Ha descendido la lista de espera, pero esto se debe al colapso del sistema que frena la entrada de nuevos usuarios. Existe el dato que en 2012, una de cada cinco personas dependientes con derecho a la atención no llegó a ser atendida al causar fallecimiento.

11. Se han entregado 30.000 prestaciones económicas por cuidados en el entorno menos. Esto ha sido compensando con el ligero incremento de la atención mediante los servicios.

12. La falta de inversión pública impide la entrega de los servicios a las personas que se encuentran a la espera.

▪ **SOBRE LOS COSTES Y LA FINANCIACIÓN**

13. Se mantienen los costes del sistema en 2014 debido a una congelación global, a pesar de atender a menos personas.

14. Las atenciones del sistema tiene un coste de 6.400 millones de euros al año. (6.665 €/Año por dependiente atendido. 104 €/año por habitante).

15. De cada 100 euros que se gastan en la atención a las personas dependientes; las CCAA aportan 63 euros, los usuarios 19 euros y la Administración Central 18 euros.

16. Lo que tienen que aportar los usuarios es mayor a lo de la Administración Central.

17. El pequeño incremento de los servicios que se prestan ha facilitado mantener el empleo del sector.

18. De los 1.000 millones de euros al año que se invierten en los servicios se recuperarían 440 millones de manera directa y unos 100 millones de manera indirecta, se producirían 30.000 puestos de trabajos y se emplearía la atención a más de 120.000 personas. Por tanto una mínimo inversión provocaría muchos beneficios.

8. EL SISTEMA DE SALUD Y LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA EN LA ATENCIÓN Y CUIDADOS A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE CASTILLA Y LEÓN

8.1 EL SISTEMA SANITARIO Y LAS PERSONAS EN SITUACION DE DEPENDENCIA

Según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) (2014) más de una tercera parte de los profesionales de Trabajo Social de todo el mundo desempeñan sus actividades en el ámbito de la Salud. De hecho la primera plaza de Trabajo Social profesional se creó en el año 1905 en un Hospital de Estados Unidos y en España la primera Escuela de Trabajo Social se creó en 1932, gracias al impulso médico del Doctor Rovioralta en Barcelona, si bien hasta finales de 1950 no se creó la primera plaza de trabajador social y fue precisamente en el Hospital Provincial de Madrid, produciéndose desde entonces una alta incorporaciones de esta disciplina en distintos hospitales españoles.

La ley General de Sanidad reconoce la salud como un derecho fundamental y en su artículo 20.3 indica que *"...se desarrollaran los servicios necesarios para una adecuada atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados"*.

La atención sanitaria a las personas dependientes es esencial debido a los siguientes motivos:

- las enfermedades son, con gran diferencia, la causa principal de la dependencia.
- En muchas de las ocasiones las enfermedades se han podido prevenir, de ahí la importancia de la medicina preventiva.
- La mayoría de las enfermedades que están causando dependencia requieren de controles y tratamientos para evitar que la dependencia progrese.
- Son muy frecuentes las descompensaciones de las patologías crónicas y las patologías múltiples lo que conlleva a una especial dificultad en el menaje asistencial (domicilio, residencia, hospital) y clínico (diferentes especialidades) de estos pacientes).

Es necesario fortalecer los dispositivos asistenciales para las personas que se encuentran gravemente dependientes, pero también hay que tener en cuenta los recursos para evitar la dependencia o para la recuperación cuando la discapacidad es reversible, por tanto no hay que dejar de lado las intervenciones que tengas como objetivo las actuaciones preventivas, precoz y rehabilitadora.

La dependencia se suele asociar normalmente al envejecimiento, pero afecta también a personas que han sufrido accidentes, enfermedades, malformaciones congénitas etc. En todas ellas son idóneas para recibir cuidados tanto sanitarios como sociales, hasta ahora no están lo suficiente desarrollados. Se puede comprobar que las actuaciones sanitarias se han centrado principalmente a fines curativos. Sin embargo la situación hoy en día ha cambiado debido al envejecimiento demográfico, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, la mayor supervivencia de las personas con discapacidad, la mayor esperanza de vida de las personas mayores y el desarrollo social, determinan nuevas formas en atender las demandas en la cobertura y utilización de servicios sanitarios.

Las personas que se encuentran en una situación de dependencia puede demandar prestaciones sociales y/o sanitarias, estas actuaciones deben estar coordinadas para dar una adecuada atención. Pero es muy importante concretar las competencias del sector social y del sanitario, y así viene definido en las normas que regulan al SAAD y en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema de Nacional de Salud.

En el artículo 14 de la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define la prestación Sociosanitaria como *“la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultanea y sinergia de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”*.

Dentro del sistema sanitario para hacer frente a estas situaciones existe una estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, que por su importancia y por su extensión se explicara de una manera más detallada en el anexo 8. Hay una serie de servicios sanitarios que atienden a las personas que se encuentran en una situación de dependencia, que considero de gran interés hacer referencia a ellos, pero debido a su extensión en el tema se adjuntara en el anexo 9.

Siguiendo a Salvador M.J (2005-Pág 253) *“la colaboración, corresponsabilidad y coordinación entre niveles y servicios de diferentes áreas son decisivas para su eficacia y eficiencia, pero sobre todo para mejorar s capacidad de atención integral a situaciones de dependencia. Porque es claro que la atención a personas dependientes en su componente asistencial compromete básicamente a los niveles de atención primaria y especializada de los recursos sanitarios y sociales, que deberán dar una respuesta articulada, desde el modelo de gestión de casos a cada situación de necesidad”*.

Conforme señala Salvador M.J (2005-Pág 282) *“El control de la calidad de los servicios sociosanitarios y su atención debe ser progresivamente, y si escusa posible una práctica habitual de los recursos dirigidos al sector de personas con dependencia”*.

8.2 FUNCIONES PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Según el documento de consenso sobre las funciones del profesional de Trabajo Social Sanitario, elaborado por el SACyL (2.0.13), las funciones generales que tiene que desempeñar el Trabajo Social Sanitario dentro de un hospital son:

- Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros sanitarios
- Identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionados con la salud en individuos, familias y comunidad.
- Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad como parte del trabajo en equipo.
- Participar en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales, así como en los programas de salud y cartera de servicios, aportando la dimensión social.
- Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad.
- Promover la utilización adecuada de los recursos del Sistema de Salud tanto en su gestión como en la cooperación con otros sistemas asistenciales, con el fin de garantizar la continuidad de cuidado y la sostenibilidad de los recursos públicos.
- Fomentar la participación de profesionales de salud en actividades comunitarias que corresponsabilizan a la ciudadanía en la creación de entornos más saludables,
- Facilitar la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas que garanticen una atención integral, evitando la prestación de servicios inconexos.
- Participar y fomentar actividades de promoción y prevención de la salud, dirigidas a individuos, familias y comunidad, así como a colectivos específicos por causa de enfermedad o exclusión social.
- Participar en los planes de formación continuada, de la formación pregrado y posgrado, así como diseñar y colaborar en proyectos de investigación relativos a la salud y factores psicosociales.

- Registrar la actividad realizada y emitir cuando sea preciso el correspondiente informe social.

8.3 LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Se ha producido un aumento en la demanda de cuidados profesionales sociales y sanitarios conjuntamente para hacer frente a la atención de las personas en situación de dependencia, ha generado la necesidad de crear nuevos sistemas de abordar las respuestas sociosanitarias, que actualmente ocupan un lugar prioritario.

Según el Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España (2005), la coordinación sociosanitaria se puede definir como un *“conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitarios y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención Sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia”*.

Las actividades de coordinación parten de la existencia de dos sistemas, el sanitario y el social, que tienen que trabajar de manera conjunta, para dar respuesta a las necesidades que se puedan presentar.

El tipo de intervención Sociosanitaria que se realice va a depender del desarrollo de cada sistema, de la disponibilidad de recursos, la accesibilidad, la mejora en la calidad de la atención que presten.

En definitiva, la coordinación Sociosanitaria es una metodología de intervención, mediante el cual se intentan mejorar los recursos de los dos sistemas e intentar conseguir una mejor comunicación para intervenir de manera conjunta y tomar decisiones sobre la utilización de recursos. Existe una gran diversidad de documentos, iniciativas en el ámbito de la coordinación Sociosanitaria, tal y como vienen reflejados en el anexo 10. En unos casos han sido originadas por la Administración General del Estado, en otros casos por la Administración Autonómica.

La coordinación entre Atención primaria y los Servicios Sociales suele producirse a través del trabajador social del centro de salud. Por lo cual en la mayoría de los Centros de Salud el/la trabajador/a Social se encargara de evaluar los casos que proponga el profesional médico o de enfermería y en caso que lo precisa solicitará el recurso pertinente a sus necesidades.

Aunque aún existe una falta de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales y así se ha ido demostrando cuando se analiza el modo que se organiza la atención Sociosanitaria, son sin embargo, numerosas las Comunidades Autónomas que han ido creando órganos de gestión de las prestaciones sociosanitarias, como Cataluña, País Vasco, Galicia, Navarra, Castilla y León, Aragón y Cantabria.

Algunos de los criterios generales de la Coordinación Socio-sanitaria:

1. La coordinación Sociosanitaria no puede sustituir la escasez de recursos
2. la coordinación Sociosanitaria parte del reconocimiento de la competencia de cada una de las partes, sanitaria y social, y de la necesidad de la mejor utilización del recurso adecuado en cada situación.
3. el acceso a los recursos sanitarios y sociales debe basarse en la valoración exhaustiva por parte de equipos profesionales expertos.
4. La distribución equitativa de los recursos según las características de cada territorio debe ser un objetivo prioritario.
5. El acceso a los recursos debe producirse descentralizadamente a nivel territorial (áreas de influencia basadas en la facilidad del acceso, uso natural del mismo por parte de la población y existencia de los recursos).
6. Las estructuras básicas de coordinación deben contar con la presencia de profesionales expertos y deben tener territorios delimitados donde tengan competencias ejecutivas.
7. La administración es el garante de la equitativa provisión de los servicios así como del establecimiento de prioridades de acceso según necesidades ante las diferencias entre la oferta y demanda.

Por su importancia en este tema, se recoge en el anexo 11, a modo de referencia, el proceso de coordinación socio-sanitaria en Castilla y León.

8.3.1 LOS EQUIPOS DE COORDINACION DE BASE

Las estructuras de coordinación Sociosanitaria se crearon mediante el Decreto 74/2000, de 13 de abril y Decreto 49/2003, de 24 de abril, con esto se pretende poner en marcha Comisiones de Coordinación Sociosanitaria , lo que se pretende conseguir es garantizar una atención integrada de servicios sociales y sanitarias a aquellas personas que necesiten prestaciones de ambos sistemas.

Para ello se crean los Equipos de Coordinación de Base (ECB), que son grupos de profesionales de intervención directa, que trabajan en Equipos de Atención Primaria (EAP), Centros de Acción Social (CEAS) y equipos de distrito (Salud Mental, Protección a la infancia).

El objetivo de un ECB es la gestión compartida de casos de personas y familias que necesitan prestación simultánea o sucesiva de servicios sociales y sanitarios, es decir, que trabaja para resolver problemas complejos en los que confluyen, en la misma persona o familia, la enfermedad y la dependencia junto a las dificultades para la convivencia y la integración social.

La misión y las tareas los ECB están relacionadas con garantizar la calidad en la resolución de problemas de las personas que necesitan los servicios sanitarios y sociales; y exigir la búsqueda de las mejoras en los procesos de prestación de servicios. Para conseguir esto en el artículo 6 del Decreto 74/2000, de 13 de abril.

Hace referencia a dos funciones de las que se tienen que encargar los ECB que vienen formuladas en los siguientes términos, por una parte: "Detectar los casos que precisen de una respuesta conjunta, simultánea o sucesiva, por parte de los servicios sanitarios y sociales, analizarlos en común y adoptar soluciones coordinadas en su ámbito de actuación profesional, con una metodología de trabajo compartida" y por otro parte "Elevar a los superiores inmediatos de sus miembros propuestas para la adopción de soluciones, o bien plantearlas a otros órganos distintos a través de la correspondiente Comisión de Coordinación". En el proceso de coordinación Sociosanitaria, que más abajo veremos, comprobaremos que en cada uno de las fases hay unos requisitos de calidad para comprobar si se ha realizado de bien

Los ECB están formados por distintos profesionales por tanto es muy importante tener la misma metodología de trabajo y usar los mismos instrumentos para poder trabajar con mayor eficacia, con esto se conseguirá pérdidas de tiempo y esfuerzo, permitirá integrar distintas perspectivas y expresar el compromiso de cada profesional de conseguir una calidad en la resolución de los problemas, facilitar la comunicación entre profesionales y facilitar la comunicación entre servicios para compartir información, para la gestión y resolución de problemas.

El proceso de coordinación Sociosanitaria "es un proceso que pretende modificar la entrada, definida como persona y familia con necesidades sociales y sanitarias, mediante intervenciones que aporten algo para lograr el cambio de esta situación, cambio que se identifica con mejoras en la situación hacia el bienestar de la persona y su familia". En el proceso de coordinación Sociosanitaria, se identifican cinco fases: captación, valoración y plan de cuidados, prestación de servicios sociales sanitarios, seguimiento y evaluación:

- Captación, cuando el profesional sanitario o social detecta un caso de intervención sanitaria y social simultáneamente, por tanto, iniciara el proceso de coordinación con el resto de profesionales del ECB. Se presentaran unos requisitos de calidad para saber si se ha hecho bien como si la información inicial ha sido suficiente, el procedimiento de conexión es adecuado, el tiempo entre la detección de la necesidad y la valoración es el adecuado
- Valoración, es una valoración que realizan los diversos profesionales de diferentes disciplinas, y pueden aportar diferentes visiones para atender el problema que se les presente.

En la valoración deben participar los propios miembros del ECB y si es posible, a los profesionales que van a prestar directamente los servicios que se necesite. Se entenderá que la valoración ha sido de calidad si la información aportada en la reunión es suficiente, la definición de la situación de la persona con la que se va a trabajar es comprensible por todos los miembros, se conocen las demandas y percepciones del usuario, si la Valoración se realiza por los profesionales.

- Plan de cuidados, se trata de ejecutar acciones que den respuesta a las necesidades del usuario que se han detectado en la valoración. Se definirán los servicios más adecuados acorde a las necesidades y quien debe prestarlos. El plan de cuidados estará bien diseñado si se han identificado los servicios adecuados a las necesidades, se han organizado los cuidados de manera que se han optimado los servicios, si el usuario y la familia están de acuerdo con el Plan de cuidados.
- Planificación del seguimiento, esta planificación dará pistas si son adecuados y coordinados los servicios que se han puesto en marcha. Para comprobar que la planificación ha sido adecuada los requisitos de calidad interpuestos son que cada profesional conozca el plan de cuidados, que cada profesional sepa con quien ponerse en contacto ante imprevistos, que se ha acordado en que fechas se realizan las revisiones del Plan.
- Desarrollo de los servicios y evaluación del plan, se estudiara si la situación inicial con la actual tras la prestación que ha recibido el paciente. La evolución en el estado de la salud de la persona, si mejora la situación de dependencia, se están produciendo cambios en la situación sociofamiliar. Los requisitos de calidad en este paso serán pararse a pensar sobre la influencia que está teniendo el trabajo de cada profesional en la persona.
- Valoración global y observaciones, se dará por finalizado el proceso de coordinación Sociosanitaria y se considera que se han satisfecho todas las necesidades presentes en el usuario.

8.4 EL PROGRAMA DE RIESGO SOCIAL EN EL HOSPITAL “RÍO CARRIÓN” DE PALENCIA, COMO UN MODELO CONCRETO APLICADO PARA LA GARANTIA DE CONTINUIDAD DE ATENCIÓN

8.4.1 ANALISIS DEL PROBLEMA

En los hospitales es frecuente encontrarse con el ingreso de un alto porcentaje de personas que se encuentran en una situación de dependencia, como consecuencia de una discapacidad o de la edad.

Por tanto es importante que está presente la figura del Trabajador social Sanitario, para prestar al Usuario y su Familia la ayuda necesaria para la resolución de los problemas con los que se pueda encontrar al alta hospitalaria, movilizandoo para ello todos los recursos posibles (hospitalarios, familiares, sociales, sanitarios...), que le ayuden a solventar en la medida de lo posible sus necesidades.

El programa de la planificación del ata hospitalaria, es un instrumento que permite obtener al profesional la información del paciente desde el primer momento del ingreso, esto permitirá obtener un primer diagnostico socio sanitario y si es necesario un plan de actuación. Este programa también permitirá derivar a la persona a servicios especializados si precisase de ellos, ya sea de atención primario o de servicios sociales.

Este programa es un procedimiento coordinado e interdisciplinar en el cual el equipo de salud detecta y evalúa precozmente las necesidades de soporte social de pacientes vulnerables y sus familias, desarrollando un plan individualizado que asegura la continuidad de cuidados y optimiza las posibilidades de funcionamiento personal e integración en el entorno sociofamiliar significativo, contribuyendo a prevenir los riesgos de intervenciones innecesarias y a mantener los beneficios de salud.

En algunas ocasiones la noticia del alta hospitalaria es algo que sorprende a la familia, no saben cómo asumir este momento, ya que la situación biológica, psicología, física, social y económica condiciona la recuperación del paciente. Por tanto hay que tener en cuenta todos los aspectos para que el alta no sea vivida con incertidumbre por la familia y evitar la prolongación de las estancias hospitalarias no necesarias. Por tanto la planificación del alta familiar nos permitirá adelantarnos a las necesidades manifestadas y latentes del paciente.

Se puede proceder a dar el alta siempre y cuando los profesionales se aseguren de que el paciente:

- Puede seguir con las indicaciones terapéuticas que le indiquen.
- Tenga un entorno favorable que es capaz de cuidarle y apoyarle
- Que los otros servicios de atención sanitario, social y sociosanitaria aseguren la adecuada continuidad en el cuidado.
- El alta no suponga ningún riesgo para la persona ni para la familia

El objetivo general que se pretende desde la Unidad de Trabajo Social del Complejo Hospitalario de Palencia, es prestar al usuario y su familia la ayuda necesaria para la resolución de los problemas con los que se pueda encontrar al alta hospitalaria, movilizando para ello todos los recursos posibles (hospitalarios, familiares, sociales, sanitarios...), que le ayuden a solventar en la medida de lo posible sus necesidades.

Según Rodríguez, M. J (2005), la valoración sociofamiliar se realiza entre las 24 y 48 horas del ingreso del paciente. La técnica más utilizada por los trabajadores sociales es el Apoyo social que implica:

- Aceptación: que los usuarios perciban que se está con ellos y con sus problemas
- Protección: que incluye orientaciones, consejos y ayuda en estructurar nuevas situaciones.
- Validación: demostrar al usuario que se le percibe como una persona efectiva y competente.
- Educación: enseñar como funcionar de forma efectiva, facilitar información y prestar ayuda para encontrar nuevas formas de organización familiar.
- Facilitación de recursos sociales: búsqueda de recursos sociales en función de las necesidades y de la viabilidad de los mismos.
- Coordinación y derivación informada a otros profesionales para continuidad de la atención social.

Para llevar a cabo todo esto desde el hospital “Rio Carrión” de Palencia se desarrolla un programa denominado de Riesgo Social, que tiene el objetivo de detectar precozmente las situaciones socio familiares de riesgo y desarrollar actuaciones que minimicen en lo posible las disfunciones que puedan interferir en el nivel de salud y en la calidad de vida de estas personas.

La utilización de este cuestionario es importante ya que detecta de una forma rápida las distintas necesidades y problemas que presentan los pacientes ingresados antes de que se produzca el alta hospitalaria, esto permitirá a los profesionales a intervenir de una manera eficaz, y si precisase de la atención de los servicios de atención primaria poder coordinarse y garantizar la continuidad de los cuidados.

La continuidad en los cuidados en la salud es muy importante para la calidad de vida de los pacientes. Por esta razón uno de los principales objetivos que deben de plantearse es la adecuada coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso.

Esta continuidad de los cuidados en salud es una dimensión de calidad importante en el proceso asistencial. Por lo tanto, la adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que intervienen en dicho proceso es un objetivo prioritario que deben plantearse las organizaciones a la hora de marcar sus objetivos estratégicos. Actualmente existe una mayor capacidad de coordinación. El desarrollo de las tecnologías permite compartir información en tiempo real y por lo tanto establecer planes secuenciales o protocolos de actuación donde se produzcan acciones coordinadas.

8.4.2 PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

Los principios de actuación profesional y las orientaciones generales que rigen este proceso se sintetizan en:

- Fomentar la autonomía de las personas mayores o enfermos con alguna patología.
- El enfoque bio-psicosocial, la orientación preventiva y la continuidad de cuidados.
- La aplicación de los principios éticos así como la búsqueda de la efectividad, la seguridad y la eficiencia en las intervenciones de los servicios de salud con personas en situación de riesgo social.
- Fomentar la autodeterminación de los pacientes mediante la toma de la decisión de que hacer en el momento que regrese a su entorno personal.
- Promover la creación de relaciones sociales y redes de apoyo.
- Desarrollar canales de solidaridad.

8.4.3 PERSONAS DESTINATARIAS

Las personas a las que va destinado este programa son:

1. Personas de edad avanzada que, además, cumplen alguna de las siguientes condiciones:
 - Vive sola; o en convivencia con otra persona funcionalmente limitada; o en un entorno familiar o significativo inadecuado.
 - Situación de ingreso o ausencia temporal de la persona cuidadora.
 - Padece enfermedad de evolución progresiva y discapacitante (como puede ser demencia)
 - Padecen enfermedad consuntiva; síndrome de caída frecuente; fractura; ACV.
2. Personas con enfermedad progresiva y discapacitante:
 - EPOC, encefalopatía, SIDA, ictus e isquemias, enfermedades oncológicas graves.
 - Trastorno Mental Severo.

8.4.4 OBJETO DEL PROGRAMA

Atender las necesidades de personas ingresadas en el “Hospital Río Carrión” y “Hospital San Telmo” de Palencia que al alta precisan de apoyos y quieren volver a su entorno.

8.4.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROGRAMA DE RIESGO SOCIAL

Los objetivos que se pretenden seguir con este programa de riesgo social que se lleva a cabo dentro del hospital Río Carrión son:

- Garantizar la cobertura de las necesidades básicas y de cuidados de la paciente al alta en un entorno adecuado a su situación socio sanitaria.
- Realizar una valoración integral de las necesidades de la paciente, previa al alta, que asegure la continuidad de la atención tras el alta.
- Poner en marcha el recurso idóneo en el caso que se haya detectado como “problema social” para evitar una estancia innecesaria después del alta.
- Garantizar la continuidad del tratamiento social y sanitario, cuando regresa a su entorno.
- Atender de forma prioritaria las situaciones de vulnerabilidad/fragilidad
- Fomentar redes de apoyo tanto formal como informal
- Ayudar a la persona y a su familia a ajustar unos planes al alta hospitalaria que sean factibles.
- Favorecer la autonomía y ayudar mediante nuestra intervención a superar el desequilibrio, consecuencia de la enfermedad aguda que provocó el ingreso hospitalario.

9.4.6 ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN

El protocolo de riesgo social sigue unos pasos que no están explicitados en ningún documento como tal, por lo que desde mi propia experiencia desarrollada en las prácticas en el Complejo Hospitalario “Río Carrión”, y tras las observaciones y aprendizaje plantearé a continuación los pasos que se han de seguir a la hora de detectar una situación de riesgo social, que son, tal como se llevan a cabo por el Equipo de Trabajo Social del citado Hospital, los siguientes;

Detección de riesgo social; El personal de enfermería valorará en las primeras horas del ingreso por el personal de enfermería. Para realizar esta detección precoz de riesgo social se utiliza la Escala Gijón abreviada que estará incluido en el aplicativo de Gacela.

Si la puntuación resultante es igual o mayor de 8 o viene necesita cuidado familiar, Gacela generará un icono de alerta en el mapa de camas que desaparecerá o cambiará de color cuando el/la trabajador/a social haya realizado la valoración social para confirmar la existencia o no de Riesgo Social. Ante esta alerta que le llega, la trabajadora social tiene que subir a la planta donde esté ingresado el paciente para poder valorar la situación de riesgo.

Entrevista; se realizará una primera entrevista básica al paciente para valorar los factores de riesgo social que puedan presentar. La trabajadora social realizará una entrevista, que se recoge en el anexo 12, para valorar el riesgo social.

En ocasiones puede tratarse de una demanda social interna, cuando por ejemplo es el propio paciente y/o su familia quienes solicitan nuestros servicios. Aunque también pueden llegar a la unidad de trabajo social demandas externas procedentes de otros hospitales, desde atención primaria (servicios sociales, salud, salud mental) o desde recursos comunitarios.

Registro de los datos; los resultados obtenidos de la entrevista de detección de riesgo social tendrán que ser pasado al programa de Gacela, así de esta manera cuando vuelva a ingresar el paciente, tendremos a mano los datos de este.

Realización del Plan de Intervención Individualizado; se realizará una ficha social de cada paciente que se atiende.

Comunicación; con el/la médico o el/la enfermero/a que atiende a la persona a lo largo de cada intervención. Con esto se trata de que nos informen de la evolución del paciente o de los cambios significativos de la persona por si puede influir en el proceso de intervención. Es necesario que tanto el personal médico como de enfermería tengan en cuenta que los informes médicos a veces son básicos para que la unidad de trabajo social pueda trabajar, ya que en muchas ocasiones son requisito básico para prestaciones, centros geriátricos, etc.

Diagnóstico social; la trabajadora social después de realizar las actividades anteriormente expuestas, tiene que realizar un diagnóstico social apropiado a las necesidades del paciente. Este diagnóstico se realizara en base a la entrevista de valoración social. En el caso que el paciente quiera volver a casa con los apoyos necesarios, y sea la solución más adecuada para esta persona. Todos estos procesos que vayamos realizando deberán quedar también reflejados en la historia social del paciente, ya que nos podrán servir de referencia para futuros casos.

Intervención; el/la trabajador/a social después de haber realizado todo el proceso de detección de riesgo social, en base a las necesidades que presente el paciente se realizara la intervención adecuada que precise.

Derivación. Todo nuestro proceso de intervención hospitalario acabará cuando se haya responsabilizado el/la trabajador/a social de Atención Primaria. Por ello es muy importante la coordinación con atención primaria. Desde el primer momento de actuación nos pondremos en contacto con el/la trabajador/a social de referencia del paciente para informarle de que vamos a iniciar una intervención.

A lo largo de esta se mantendrá en contacto para comunicarle nuestro diagnostico social, los posible cambios y las actividades a realizar. Este contacto podrá ser tanto telefónico, vía e-mail o en persona.

Una vez está determinada la fecha del alta y los recursos que utilizaremos se le enviarán mediante correo o fax el informe social que hayamos realizado.

Seguimiento del proyecto. Cuando el paciente ya este de alta se hará un pequeño seguimiento de cada paciente, que tendrá que ser registrado. El seguimiento consistirá Trabajador/a social.

8.4.7 PROCESO DE INTERVENCION PARA LA DETECCION, VALORACION Y ABORDAJE DEL REISGO SOCIAL EN PERSONAS DEPENDIENTES HOSPITALIZADAS

Tras mi experiencia durante mi periodo de prácticas puedo señalar que el proceso de intervención para la detección de riesgo social, que se recoge en los siguientes pasos.

En primer lugar cada día el trabajador/a social tendrá que abrir el programa Averroes en el ordenador, tendrá que entrar en la sección de trabajadores sociales, poner el usuario y contraseña correspondiente, y entrar en la parte de Riesgo Social. Aparecerá una página en donde tienes que poner las días que quieras ver el riesgo social, se pondrá en este caso el primer día del mes en el que estamos y el día en el que nos encontramos. Nos aparecerá una lista de todos los pacientes que las enfermeras nos han pasado como riesgo social, y mirar los pacientes que son nuevos para visitar. Se cogera la ficha social en la cual se anotara el nombre del paciente, los apellidos, la edad, la dirección, la habitación en la que está ingresado, la fecha de ingreso, y señalaremos en verde que se trata de riesgo social. Después cogemos la entrevista de valoración de detección de riesgo social, y pondremos el nombre del paciente, la fecha de ingreso, la fecha que nos lo han pasado.

Cuando este procedimiento ya este hecho, se picara en el paciente como que ya está visto. Después de tener recogida toda esta información se subirá a la planta para visitar al paciente correspondiente. En la habitación con el paciente nos presentaremos, y pasaremos a realizar la entrevista de valoración de riesgo social, si esta persona no necesita de ningún recurso nuestra intervención acabara en ese momento, lo señalaremos en la ficha social y en la entrevista de riesgo social. Por el contrario si el paciente necesita de nuestra intervención empezaremos a realizar el diagnostico social y concretaremos una cita con la familia para buscar el recurso adecuado.

Se bajará al despacho y las gestiones que hemos realizado se anotaran en la ficha social, y la encuesta de la valoración de riesgo social se guardará en el programa Gacela. Cuando se realice la intervención con el paciente se derivara al CEAS y al Centro de salud al que pertenezca y cuando el paciente esté de alta se hará un seguimiento.

9. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA SOBRE UNA MUESTRA DE LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA Y LEÓN, ACERCA DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (ENCUESTAS A LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON ESTE COLECTIVO EN LA PROVINCIA DE PALENCIA)

9.1 LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y SUS CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS Y PLAN DE TRABAJO

La finalidad de este tipo de investigación analítica, que es más flexible que la cuantitativa, consiste en las descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando técnicas para recoger opiniones, actitudes, experiencias personales, pensamientos y reflexiones de los individuos que ejercen un determinado control, tanto desde el punto de vista profesional como vivencial, sobre el tema a analizar y constituyen un marco de referencia válido.

Lo que interesa es lo subjetivo por lo que se incorpora lo que los participantes refieren, tal y como lo expresan. Se estudia el asunto de análisis desde una perspectiva hólística y multidimensional, en el contexto de los informantes, en los espacios y tiempo que protagonizan e interactúa con las personas entrevistadas, en un modelo de conversación normal y comprensivo, explorando situaciones que puedan ser significativas respecto de la temática objeto de estudio.

9.1.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA PROPIA DESARROLLADA

- Conocer la realidad del funcionamiento del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia, de la mano de los profesionales que su intervención se centra en la mejora de la calidad de vida de las personas que se encuentran en situación de dependencia.
- Conocer las propuestas de mejora que plantean los profesionales del Trabajo Social dentro de su ámbito de trabajo.
- Conocer los aspectos positivos y negativos en la aplicación del programa e riesgo social.
- Conocer la importancia de la coordinación sociosanitaria en el Trabajo Social.
- Conocer los cambios que se han producido desde la aprobación de la Ley 39/2006 hasta la actualidad, y como afectado a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

9.1.2 FASES EN EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

La investigación ha sido realizada a profesionales de Trabajo Social en Castilla y León, concretamente en la provincia de Palencia. Estos profesionales a los que se ha entrevistado trabajan en dos ámbitos diferentes, unos profesionales intervienen en los CEAS y otros profesionales trabajan en el ámbito sanitario, Hospital Río Carrión de Palencia. Las Fases a seguir, como en cualquier investigación cualitativa y en la propia de este TFG son las siguientes:

- **FASE 0: Fase preparatoria:**

Esta fase previa e inicial se corresponde con el diseño del proyecto de análisis cualitativo, planificación de los tiempos y distribución de responsabilidades y tareas.

- **1ª FASE -Desarrollo de Entrevistas a Profesionales expertos**

Con el fin de poder realizar el estudio se diseñó para el proyecto de investigación un Guión para dar soporte a las Entrevistas en profundidad que finalmente se aplicaron a 4 profesionales de Trabajo social, vinculados al ámbito de intervención de las personas con dependencia en el ámbito de CEAS y EPAP, y otra profesional del Trabajo Social sanitario conocedora del programa de riesgo social que se aplica en el Hospital Río Carrión desde hace un año aproximadamente.

- **2ª FASE: Análisis de Resultados.**

De los resultados extraídos en las anteriores fases, se ha realizado un análisis objetivo y profesional de cara al logro de las metas planteadas

- **3ª FASE: Elaboración de Conclusiones.**

Tras el análisis se procede a la plasmación de los resultados y los análisis en un informe, en el cual se recogen a su vez las conclusiones extraídas que servirán de herramienta útil y eficaz en la determinación de la realidad respecto de la ética y dilemas éticos de la praxis del Trabajo social en el ámbito de la dependencia.

9.1.3 PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La realización de la investigación ha tenido una duración de tres meses aproximadamente, se comenzó con el diseño de la entrevista el 15 de marzo de 2015 y finalizado el 25 de junio, con la entrega final del trabajo. Las fases que se han seguido han sido:

FASES	TAREAS	TEMPORALIZACIÓN
0. Diseño y Planificación	1. Diseño del proyecto.	Marzo/2.015
	2. Planificación de tiempos.	Marzo/ 2.015
1. Metodología Cualitativa	1. sondeo posibles entrevistados	Abril (1ª semana)
	2. Elaboración de guión entrevista	Abril (2ª semana)
	3. Realización Entrevistas a Expertos	Mayo(3ª semana)
	4. Codificación de Resultados	Mayo (4ª semana)
2. Análisis Resultados	1. Análisis de datos e informaciones extraídas	Junio (1º semana)
3 Elaboración Conclusiones	1. Redacción de conclusiones y propuestas	Junio (primera semana)

Elaboración propia (2.015)

9.1.4 HIPOTESIS DE PARTIDA

- El riesgo social es una preocupación de los distintos profesionales que desempeñan su función en el hospital.
- Desde su implantación, la ley 39/2006, ha ido sufriendo distintos cambios, que en vez de mejorar lo que han hecho ha sido empeorar el sistema nacional de dependencia.
- El programa de riesgo social es una oportunidad para los pacientes que precisen cuidados de larga duración.
- Las familias son un apoyo muy importante para las personas que se encuentran en una situación de dependencia.
- La coordinación sociosanitaria es una oportunidad para los profesionales del Trabajo Social.
- El cuidado de las personas que se encuentran en situación de dependencia debe recaer en las familias y en las administraciones públicas mediante políticas que favorezcan el apoyo a la dependencia.
- Los recortes en los servicios sociales han deteriora el sistema de atención a la dependencia.

- La disminución de los presupuestos destinados a los servicios sociales supone un recorte en los derechos de las personas que se encuentran en una situación de dependencia.
- El futuro del sistema de dependencia es incierto.

9.2 PROCESO Y FASES PARA LA APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA

1) En primer lugar se ha elaborado el guión de la entrevista que se iba a pasar a los diferentes profesionales que trabajen con personas dependientes. Estas preguntas están orientadas a cumplir con los objetivos que se ha propuesto en la investigación. Se trata de preguntas abiertas, las preguntas de entrevista serán un guión para seguir, de esta manera el profesional podrá reflexionar sobre los aspectos que más le interesen.

He realizado dos entrevistas diferentes, una entrevista que irá destinada a las personas que trabajan con las personas que se encuentran en situación de dependencia y otra para la profesional que trabaja en el ámbito sanitario.

Tanto las preguntas que se han realizado como las respuestas que se han dado vienen de una forma más detallada en el anexo 13.

2) Se selecciona a las personas que iban a ser entrevistadas, teniendo en cuenta las personas que podrían tener disponibilidad en responder, que trabajasen de manera directa con personas en situación de dependencia, y que podría acceder a ellos de una manera adecuada. Los 4 profesionales que se han encargado de responder a las entrevistas han sido:

- Trabajador Social CEAS rural.
- Trabajadora Social del EPAP, Equipo de Promoción de la Autonomía Personal, que por el interés que presenta para el presente trabajo y por su extensión se adjunta en el Anexo 14.
- Trabajadora Social de CEAS.
- Trabajadora Social que lleva a cabo el programa de riesgo social.

3) Después de la selección de los profesionales, se les facilitará la entrevista para que puedan responder a ella.

4) Recogida de información para después crear las conclusiones obtenidas sobre la realidad del Sistema de atención a las personas dependientes.

9.3 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION, CENTRADA EN PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL, ACERCA DEL MODELO DE ATENCION A LA DEPENDENCIA Y SOBRE LA REALIDAD DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Después de haber realizado las entrevistas a cada uno de los cuatro profesionales de Trabajo Social seleccionados que intervienen con personas en situación de dependencia, se tratara en este punto de realizar una síntesis de los resultados obtenidos, de las respuestas aportados a las entrevistas y que por su amplitud se integran en el Anexo 5. Como ya expresé en el punto anterior se han entrevistado a dos tipos de profesionales, aunque todos ellos trabajen con personas en situación de dependencia, se ha intentado saber la realidad desde dos maneras de trabajar distintas con estas personas, una desde el hospital con el programa de “Riesgo Social” y otras desde los CEAS y EPAP.

9.3.1 IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE RIESGO SOCIAL DEL HOSPITAL “RIO CARRIÓN” - PALENCIA

La visión que tienen las profesionales de Trabajo Social acerca de este programa se puede ver textualmente en el mencionado anexo 5, pero es conveniente mostrar en este apartado , un resumen de lo más significativo , de acuerdo con sus respuestas , distribuidas en los siguientes ítems;

1) Aspectos positivos

- Permite poder trabajar con antelación.
- Posibilita poder trabajar con tiempo.
- Permite encontrar problemas que se puedan presentar en los pacientes ingresados.
- Se puede derivar a los pacientes que se encuentran con alguna situación de riesgo y puedan entorpecer las altas, permite visitar al paciente desde el momento del ingreso y poder intervenir con él de una manera adecuada, por tanto la intervención será más eficaz.
- Se conoce al paciente potencialmente problemático, con problemas al alta, para trabajar con tiempo suficiente y no alargar las estancias hospitalarias innecesarias, al final el programa lo que intenta es mejorar la atención del paciente.
- El programa es muy beneficioso para los pacientes porque mejora su intervención y su atención.
- Y es beneficioso para el hospital porque se evitan alargar estancias hospitalarias innecesarias.

2) Aspectos negativos

- Se tendría que dotar de más personal para poder llevarlo con agilidad, es muy positivo pero por la carga de trabajo a veces no podemos hacer un seguimiento satisfactorio.
- Genera mucho trabajo para una sola persona es mucho, porque se tienen que mirar todos los días el riesgo, registrarlo en una ficha social, ir a visitarle, pasarle la entrevista, conocer al paciente, intervenir en el caso que sea necesario, registrar la información en un programa.

3) Principales Dificultades señaladas

- A veces se topan con pacientes que ya están institucionalizados en residencias y tienen que seguir todo el procedimiento a pesar de tener ya un recurso.
- Se encuentran con falsos positivos, es decir, que hay pacientes que se lo pasan como riesgo porque la puntuación de la escala Gijón a superado los ocho puntos, y suben a ver a ese paciente y no tiene ningún problema, porque ya vive con su esposa, los hijos le atienden, o ya son usuarios de algún servicio.
- En otras ocasiones el paciente ya se ha ido de alta y no hemos podido ir a visitarle, otras veces se ha visitado pero no nos ha dado tiempo a registrarlo en Gacela y se ha ido de alta y ya no nos da la posibilidad de registrarlo.

4) Modificaciones propuestas

- Que se suba la puntuación de la escala Gijón, ya que muchas de las ocasiones no son personas con riesgo social, y en alguna ocasión se ofenden la familia porque considera que su familiar está bien cuidado y no entienden porque tiene que ir la trabajadora social a verles

5) La coordinación sociosanitaria y el Trabajo Social

- Es muy importante y se tiene que trabajar de una manera bidireccional. A veces no se reconoce el papel del trabajador social, se tiene que trabajar para llegar a niveles más altos de coordinación. En el hospital por lo general sí que existe una coordinación entre los profesionales sanitarios y nosotras. Pero también hay que trabajar no solo en la coordinación dentro del hospital, sino también extrahospitalaria. La coordinación sí que es una oportunidad para el trabajo social, porque de esta manera permite visibilizar sus funciones, y demostrar que el Trabajo Social es necesario.

9.3.2 REALIDAD SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA DESDE LOS CEAS Y EPAP

1) El apoyo informal

- El apoyo informal y familiar es muy importante, sobre todo en la atención a personas que continúan viviendo en su domicilio, ya que el apoyo institucional llega hasta donde llega y es rígido. Además la persona dependiente, como norma habitual, suele preferir los cuidados de un ser querido que los de un profesional. Por eso es importante la formación de los cuidadores
- Es necesario, pero debe de ser de calidad. La ayuda del entorno más directo es fundamental para la recuperación y/o mantenimiento de capacidades, pero no todo vale.
- Es muy importante ya que son las familias las que prestan los servicios que en ocasiones no presta la Administración. De hecho nuestro modelo de bienestar mediterráneo la familia tiene una gran importancia.

2) Prestación más demandada

- Ayuda a domicilio en los CEAS. Atendiendo al perfil de la población del entorno.
- Ayuda a domicilio y teleasistencia
- El servicio más demandado sigue siendo la Ayuda a Domicilio. Al salir la Ley, fue la prestación de cuidados en el entorno familiar la que más se demandaba, pero en el medio rural, hay muchas personas mayores que viven solas, y no tiene cuidadores cerca porque los hijos trabajan en las ciudades. Los recortes en la PECEF han llevado a que esta prestación sea ahora mismo residual y a extinguir.

3) La coordinación sociosanitaria

- Es una oportunidad para el Trabajo Social y es necesario para poder realizar una adecuada intervención.
- Es un gran instrumento de trabajo que hay que dotarle de recursos
- La coordinación sociosanitaria es muy importantes. En primer lugar es importante para el propio paciente ya que se podrá atender sus necesidades desde el ámbito sanitario y social, permitirá que la intervención sea más completa, y en segundo lugar para el Trabajo Social es una oportunidad ya que mejora la visión de nuestra profesión, y demuestra que es necesaria nuestra intervención.

4) Opinión de las personas usuarias

- Habría que diferenciar entre servicios y prestaciones. Los usuarios de SAD y teleasistencia suelen estar contentos con el servicio...Pero los perceptores de prestaciones económicas, la gran mayoría están muy descontentos porque han visto reducir su prestación de cuidados en el entorno familiar hasta niveles ridículos: En el medio rural, la gente mayor, salvo excepciones, suele agradecer cualquier ayuda por pequeña que sea. Pero los familiares, hij@s especialmente, sí que muestran su enfado por los recortes en las prestaciones económicas y en las demoras de la Administración.

- El usuario es conformista. No reivindica sus derechos.
- Las personas que reciben servicios como los de teleasistencia y servicio a domicilio están conformes con la atención que se les da, en donde se ve que hay mas descontenta es en la prestación por cuidados en el entorno ya que reivindican que se ha disminuido enormemente la cuantía. Pero por lo general están conformes.

5) Los recortes y su incidencia en posible eliminación de eliminar derechos

- Sobre si los recortes económicos suponen recortes en derechos, en mi opinión sí. Pero habrá quien diga que no se han quitado derechos, porque no estaban recogidos como tal. Yo creo que sí, porque suponen una merma en la calidad de la atención de personas especialmente vulnerables, que tienen que ser apoyadas desde las Administraciones.
- Si no puede adquirir con tus ingresos recursos y la administración no te ofrece la intensidad que necesitas,.... No puedes cubrir tus necesidades. Tus derechos se ven afectados.
- Se han cortado los derechos, ya que se ha endurecido la entrada a los nuevos dependientes y si no llegas a los mininos establecidos y precisas de apoyo es la propia persona o familia quien se tiene que hacer cargo.

6) Como afectan los recortes al Sistema de Dependencia

- El recorte en cuanto a presupuesto, lo que supone es que se vuelve a los servicios preexistentes a la Ley: sobre todo el SAD. También, sobre todo en la asistencia residencial, que cada vez hay menos plazas públicas y lo que se hace es favorecer la derivación hacia centros privados a través de la prestación vinculada. Lo que a su vez, en muchas ocasiones, lo que conlleva es un incremento del precio de la plaza privada, de forma que en lugar de beneficiarse el dependiente, se acaba beneficiando la empresa. (ejemplo: precio de plaza 1.200€. Si te conceden 500€ de la vinculada, llega la residencia y te sube el precio a 1500€. Hay 300€ que en lugar de beneficiarte tú como dependiente, se los lleva la residencia
- Deteriora la atención dado que muchos (todos) recursos se compran en el mercado. Si cae el poder adquisitivo y la intensidad de los servicios es menor,.... El poder cubrir adecuadamente situaciones con recursos se hace más difícil. Se prioriza y se reduce su adquisición
- En las personas dependientes afecta que recibirán menos prestaciones y servicios y menos intensidad, y tendrán que sufragar ellos los gastos que genere contratar estos servicios de manera privada. En las familias afectará que será en gran medida la que apoyen en los cuidados que precisen.

7) Las solicitudes

- Sobre el aumento o no de las solicitudes en los últimos años: Hubo un "boom" inicial con la salida de la ley, ya que toda persona dependiente lo solicitó. Posteriormente, se fue estabilizando el número de solicitudes ya que se iban tramitando a medida que nuevas personas "caían" en situación de dependencia.
- El número es sostenido. Sí que es cierto que los primeros años de la Ley, la gente venía mayoritariamente a solicitar la "dependencia" sin embargo, ahora, no vienen a solicitar la dependencia, sino que vienen a solicitar servicios como la Ayuda a Domicilio y somos los profesionales los que les indicamos que para eso primero tienen que solicitar la valoración del grado de dependencia. Esto viene sobre todo motivado por los recortes en la Prestación de Cuidados en el Entorno Familiar, que al principio fue la prestación estrella y ahora es casi residual.
- No tengo esa percepción, se mantiene en una constante. Al principio si hubo un "boom" de solicitudes, por las expectativas creadas y porque eran los inicios.
- Cuando se implanto la Ley hubo muchas demandas ya que era una novedad, pero ahora en la actualidad se mantiene estable.

8) La promoción de la autonomía

- La ley presta una serie de servicios y prestaciones para atender a la dependencia y promocionar la autonomía. Lo que es cierto que cuando se implanto la Ley no se pusieron en funcionamiento los servicios para promocionar la autonomía, es algo que es muy reciente.
- Sobre si el sistema de la Ley de Dependencia promociona la autonomía: El sistema garantiza ciertos derechos subjetivos a través de prestaciones y servicios. unos servicios que casi en su totalidad ya existían (SAD, Teleasistencia, Centro de Día, Residencias...). A nivel de Servicios nuevos que recoge la Ley, destacaríamos la de los EPAP (Equipos de Promoción de la Autonomía Personal) que trabajan a domicilio con personas con cierto grado de dependencia con el fin de mantener y mejorar sus capacidades. Por lo demás, no creo que haya nuevo, a menos que quieran hablar de "autonomía" en el sentido de que te den una prestación vinculada para contratar el servicio privado que prefieras...
- Existen más recursos destinados a la atención a la dependencia, es el grueso, (SAD, Residencia, Centros de Día,..). Para la promoción nos encontramos: con las Actividades formativas y capacitadoras, las actividades de los Equipos de Promoción para la Autonomía Personal y de forma anecdótica, la actividad que realiza el auxiliar de SAD en el domicilio de formación. En cuestión de prevención primaria, secundaria o terciaria, diría que no existe.

9) Cuidado de las personas en situación de dependencia; familia, estado o ambas

- Sobre si el cuidado debe recaer en el Estado, en la familia o en ambos... Detrás de esto lo que hay es una visión ideológica más que técnica o profesional. Es algo muy subjetivo. Mi visión es que si la persona dependiente y la familia están de acuerdo en que el cuidado lo preste la propia familia, el Estado debe ayudarles (asesorando, formando a los cuidadores, facilitando los respiros familiares y reconociendo económicamente ese trabajo, y ese "ahorro" que le supone al Estado).

Pero el Estado tiene que ser capaz y debe estar obligado a prestar una atención integral a cualquier persona dependiente que por decisión propia o de la familia (o bien porque no exista familia) desea una atención pública. Por tanto el Estado debe ser garante de los cuidados, al igual que debe serlo de la sanidad y la educación, debe serlo de la atención a la dependencia.

- La atención no puede ser exclusiva ni de la familia, ni del estado, se debe completar. El Estado de Bienestar debe garantizar, proporcionando los servicios necesarios, que sus ciudadanos puedan ejercer los derechos y cumplimiento de las obligaciones. La familia ha de cumplir con sus funciones de proveedoras y satisfacción de necesidades de sus miembros.
- Debe ser algo común, no debe ser exclusivo del Estado ni exclusivo de las familias. Para que la atención sea de calidad deben de compenetrarse ambos.

10) Mejoras del sistema de dependencia

- En cuanto a agilidad en tramitaciones (dicen que Castilla y León es la que mejor va, así que no me quiero imaginar cómo está el resto). En mi opinión se debería apostar por fortalecer el sistema público de atención a la dependencia (plazas públicas en residencias, por ejemplo).

En lugar de fomentar la iniciativa privada, ya que como expliqué antes, muchas veces la ayuda al dependiente se acaba convirtiendo en un incremento del precio de la residencia, por lo que se beneficia más la residencia que el dependiente). Por otro lado, la PECEF, bien dotada y bien controlada, con formación a los cuidadores, etc. era muy interesante porque permitía al dependiente y la familia decidir qué tipo de cuidado recibir. Además reconoce la labor del cuidador, sobre todo de la mujer. Permite el mantenimiento del dependiente en su domicilio porque es una atención integral y continuada, cosa que por ejemplo el SAD no puede cubrir, porque tiene una limitación de X horas al día.

- Comenzando con volver al espíritu con el que nació en sus inicios.
- Que se reduzca los periodos de resolución para que puedan entrar antes las personas dependientes, hacer una mayor inversión en las prestaciones y servicios, el copago en ocasiones dificulta la entrada a los servicios en determinadas personas.

11) Futuro del sistema de dependencia

- Sobre el futuro del sistema de dependencia... Hay que partir de que apostar o no por el sistema de dependencia es una decisión política, no económica. Si hay dinero para rescatar a las autopistas, avalar las dudosas inversiones de la banca e incluso dejar prescribir una deuda millonaria a las eléctricas, ¿no hay dinero para la Dependencia? Dependerá de las decisiones y prioridades del Gobierno de turno. Así que, en el fondo, dependerá de lo que decida la gente en las urnas. Aquí cada uno tiene su visión (y diría que incluso su responsabilidad). Ya te digo que esto es una visión personal mía como profesional y como ciudadano, no como trabajador de la Diputación de Palencia.
- Incierto, dado que se ha podido percibir que por intereses económicos, son los primeros en recortes. El gasto social no se debería tocar. Debería existir un pacto de Estado. Como en muchas otras materias.
- A mí me gustaría seguir luchando por este sistema, pero tal y como venimos viendo se están haciendo muchos recortes en los servicios sociales, y no debería ser así. Por tanto como sigan haciendo recortes muchas de las personas que verdaderamente lo necesitan se van a quedar fuera de este sistema.

12) Papel de las administraciones públicas

- Claro que las Administración Pública deben apoyar más al sistema de dependencia. El fin básico del Estado y por tanto de la Administración es favorecer las condiciones para que cada persona tenga cubiertas sus necesidades básicas y facilitar las mejores condiciones de vida posible. Y más aún en los casos de colectivos vulnerables que tienen dificultades en valerse por sí mismos. si el Estado no está para esto, ¿para qué está? Además apostar por el sistema de dependencia generaría muchos puestos de trabajo.
- Económicamente y dotándola de más recursos.
- Por supuesto que deberían apoyarla más, es algo que beneficia a muchas personas, y cada vez a más ya que cada vez la población es más envejecida, hay muchas enfermedades y accidentes que generan dependencia

13) Perfil del usuario del sistema de dependencia

- El perfil del usuario del sistema de dependencia es una persona mayor de 80 años, prioritariamente mujer y que vive sola o con algún hijo. Esto es en el medio rural donde me muevo yo, quizá en las ciudades, al haber mayor población joven, puedan existir otros colectivos destacables. Aquí sobre todo mayores, salvo contadas excepciones.
- Su perfil es el que corresponde a una población envejecida, como lo es la población de la Comunidad Autónoma de Castilla y León
- Principalmente los que vienen a solicitar la valoración de dependencia son personas mayores.

14) Cambios que ha sufrido la ley

- Los cambios de la Ley han ido sobre todo en la línea que he dicho antes: desincentivar la PECEF (recortes de prestación y endurecimiento de requisitos de acceso) y promover los "cuidados profesionales" (ya sea SAD, o centro residencial). También, se realizaron dos modificaciones importantes que han supuesto en la práctica unos recortes brutales: por un lado la modificación del BVD, que se endureció mucho y por tanto da menos puntuación (lo que implica tener derecho a menos prestaciones y servicios), y por otro la eliminación de los niveles, lo que hizo que, por ejemplo, los que antes hubieran tenido un Grado 1 Nivel 2 ahora son sólo Grado 1, quedándose fuera del sistema y más aún con el retraso de la entrada en vigor de los grados.
- La eliminación de la retroactividad, la reducción de intensidad de prestaciones y el cambio del cálculo económico, debido a la crisis económica. También la eliminación de los niveles dentro de los grados.
- Los principales cambios que se han producido son la eliminación de los niveles, el endurecimiento de la entrada a nuevas personas que precisan de apoyo de este tipo, la disminución de la intensidad en las prestaciones y servicios, se ha estancado la entrada de nuevos beneficiarios.

15) El cuarto pilar del estado de bienestar

- A los Servicios sociales se les considera el 4º pilar, pero ni de lejos tienen el prestigio social que educación o sanidad. Es un sistema que es muy desconocido para la mayor parte de la población. Incluso a nivel político, se ve cómo cuesta menos hacer recortes en servicios sociales que en sanidad, educación o pensiones. Hay menos profesionales en Servicios sociales que en los otros sistemas y también menos usuarios, por tanto, genera menos movilización social y menos resistencia. Además todavía hay un poso cultural (compartido con otros países mediterráneos) que sigue considerando la atención a mayores y dependientes como responsabilidad de la familia (en especial de las mujeres), algo que no sucede con sanidad, educación o pensiones.
- Se les considera el cuarto pilar, pero creo que no está a la misma altura que la sanidad o la educación. Creo que tiene más reconocimiento los otros dos sistemas.
- Si que están a la misma altura que la educación y sanidad

16) Las personas en situación de dependencia como un colectivo vulnerable

- Las personas dependientes sí que son un colectivo vulnerable. Si son dependientes, es porque tienen una vulnerabilidad que les hace depender de otras personas para cubrir sus actividades básicas del día a día, lo que les condiciona no sólo físicamente, sino emocionalmente (autoestima, etc.) y socialmente (dificultad para relacionarse, acceder a servicios y recursos, etc.) Es decir, están en situación de desventaja respecto al resto de miembros de la sociedad.

- Desde el mismo momento en el que se les llama dependientes, el depender de otra persona, de un recurso que me ofrezcan, de una ayuda,... hace que seas más vulnerable
- Las personas dependientes serán un colectivo vulnerable dependiendo de los apoyos que se les preste, es decir, si una persona se la presta todos los apoyos necesarios para realizar sus actividades básicas diarias y las realiza de una manera normal no será una persona vulnerable, en cambio si no se le presta todos los apoyos que precise puede llegar a ser vulnerable.

10. CONCLUSIONES GENERALES Y PROPUESTAS DE MEJORA

La atención a las personas dependientes es uno de los grandes retos de nuestra comunidad autónoma, debido entre otros factores, al proceso de envejecimiento que caracteriza a nuestra comunidad y a la elevada esperanza de vida de las personas en Castilla y León.

Nos encontramos ante una realidad que no podemos esconder, y es que existen personas que se encuentran en una situación de dependencia que precisan de unos cuidados especiales, de este cuidado se ha venido encargando las familias pero ya se encuentran al máximo de su capacidad por tanto conviene y trasladar la responsabilidad a la sociedad, y para conseguir esto se requiere de la implicación de las Administraciones Públicas.

Por tanto hay que reconocer que gracias a la ley 39/2006 se ha conseguido configurar una carta de servicios y prestaciones tal y como se refleja en la misma como derechos subjetivos de las personas, tan importante para la atención a la dependencia. A pesar de que se tuvieron problemas a la hora de la implantación y el desarrollo de la ley, ya que desde un principio, aunque se contaba con los pilares necesarios para su desarrollo, se decidió paralizar su entrada por una decisión política.

Desde la implantación de la Ley 39/2006 se han venido aprobando una serie de Real Decretos y Leyes que lo único que han hecho ha sido empeorar al Sistema Nacional de Dependencia, y no avanzar como se pretendía: se han reducido las cuantías en las prestaciones, las horas en los servicios, las prestaciones están siendo sustituida por servicios de coste bajo, excluyendo a las personas con dependencia leve y aquellas que requieren cuidados sociosanitarios, el endurecimiento en la entrada de nuevas personas, disminución del gasto público, elevar la presión recaudatoria sobre las personas usuarias con pocos recursos económicos.

Se puede afirmar que en la Comunidad de Castilla y León, gracias a la presión sindical se pudo aplicar la Ley de Atención y Promoción a las Personas con Dependencia, aunque con un año de retraso, y conseguir llegar a un nivel de implantación superior a la de muchas Comunidades Autónomas. Hay que invertir en un mejor sistema de atención a la dependencia, que permita conciliar a las familias el cuidado con su vida laboral y personal,

que apoye de verdad en su vida diaria a las personas en situación de dependencia, que cree empleo, que genere importantes retornos a las arcas públicas, que no se recorten derechos ya reconocidos en la ley y que se cumplan cada uno de los principios.

La Ley es una oportunidad para las personas que necesitan ayuda por encontrarse en una situación de dependencia y sus familias. Pero también lo es para los profesionales que cada día se ven obligados a dar respuestas no deseadas a las demandas de las personas, derivadas de la escasez de recursos y, en ocasiones, de la falta de formación adecuada para las tareas que tienen encomendadas.

Los cuatro pilares del Estado de Bienestar son la educación, la sanidad, las pensiones y el Sistema Nacional de Dependencia. Situar la atención a la dependencia a la misma altura que los otros tres sistemas es no querer mostrar la realidad del “cuarto pilar del estado de bienestar”. Los servicios a los que los españoles pueden acceder por encontrarse en un Estado de Bienestar, responde al principio de universalidad, es decir, la forma de acceder a estos servicios es de manera gratuita y sin ninguna restricción, la forma de financiarse es a través de los impuestos de los ciudadanos y no interviene directamente en la gestión el mercado.

La estructura que tiene el Sistema Nacional de Dependencia favorece a destruir el Estado de bienestar en vez de desarrollar un sistema redistributivo cuyo objetivo es garantizar servicios de protección social. Además el sistema nacional de dependencia cuenta con menos profesionales y usuarios, y a la gente lo que más le moviliza es que existan recortes en educación o sanidad que si hacen recortes en materia de dependencia.

Después de realizar este trabajo en el que se han analizado diversas fuentes y con las conclusiones extraídas de las opiniones de los diferentes profesionales que día a día se enfrentan a esta situación, puedo afirmar que el Sistema Nacional de Dependencia se encuentra en una situación de riesgo, y con peligro de un mayor deterioro. Por tanto es trabajo tanto de los profesionales del Trabajo Social, como de la sociedad en su conjunto de luchar por este sistema que supone una gran oportunidad para las personas que se encuentran en una situación de dependencia.

Los pacientes que ingresan en los hospitales están de paso, siempre vuelve a su casa en el momento del alta. Por tanto desde el hospital se debe garantizar la continuidad en los cuidados de los pacientes, una atención total del paciente que tenga en cuenta las necesidades físicas, sociales, económicas y emocionales y favorecer la continuidad de esa situación en el domicilio, como forma del tratamiento necesario para la recuperación. Es imprescindible ya detectar, desde el momento en el que ingresan, las situaciones de vulnerabilidad o fragilidad social, que puede llegar afectar a la recuperación de la persona. Por tanto, se considera de especial relevancia la intervención del profesional de trabajo social sanitario, para poner en marcha el protocolo adecuada para la identificación de personas con riesgo social.

En el caso del Hospital Rio Carrión de Palencia se ha implantado como novedad el programa de detección de riesgo social, este programa es una oportunidad para las personas mayores y dependientes, y así lo ha corroborado las profesionales que llevan

a cabo este programa porque permite detectar desde el momento del ingreso a los pacientes que presentan un problema de salud y puede verse añadido un problema social, esto beneficiaría al paciente ya que su intervención mejoraría y no se prolongaría su estancia en el hospital, pero sobre todo considero que este programa lo que hace es mejorar la calidad de las personas con las que se trabaja.

El Trabajo Social sanitario realiza por tanto una función necesaria dentro de los hospitales o centros de salud, ya que no solo se trata de resolver los problemas de salud que presenta el paciente sino también los factores sociales (económicos, familiares, higiénicos, habitabilidad, equilibrio psicológico), que pueden agravar la situación o empeorarla. El Trabajo Social en el ámbito de la salud se ocupa de aspectos psico-sociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que están en el mantenimiento de la salud y en la aparición de la enfermedad de las personas, los grupos y las comunidades, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina.

En relación a la coordinación Sociosanitaria los profesionales aceptan y consideran que es muy importante para mejorar los recursos de ambos sistemas, el Sanitario y el de Servicios Sociales, y que gracias a esta metodología se consigue una mejor comunicación para intervenir de una manera más completa y más eficaz. Además podemos ver como potencian su desarrollo a través de implantación de diferentes normativas. Ahora bien este sistema presenta diferentes problemas a la hora de su implantación en los centros de trabajo como pueden ser, el poco interés por parte de los profesionales, los pocos recursos existentes para apoyarlo, requiere de una mayor carga de trabajo.

Por tanto en relación a los problemas que se presentan a la hora de poner en práctica la coordinación Sociosanitaria se propone: formación y mejorar la formación ya existente de los profesionales en materia de atención sociosanitaria, potenciar un cambio cultural que permita mejorar la interrelación entre profesionales de distintas instituciones para ofrecer mejores servicios, motivar y concienciar a los profesionales a que utilicen esta metodología, elaborar criterios consensuados y flexibles de ordenación y utilización de los recursos sociosanitarios disponibles, promover experiencias pilotos de gestión Sociosanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEGFRAFIA:

- Álvarez Montero, A. (2009). La ley de dependencia en términos de igualdad. La hora de las "Cuidadoras". Universidad de Jaén. Jaén
- Asociación Estatal d Directores y Gerentes en Servicios Sociales. (2013). X Dictamen del Observatorio. Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. (2015). XIV Dictamen del Observatorio
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. (2015). XIV Dictamen del Observatorio. Evolución interanual de los datos básicos de gestión de la atención a la dependencia y costes y financiación del sistema por Comunidades Autónomas.
- Cabrero, G. R. (2000). La protección social de la dependencia. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO
- Camacho, J. A., Rodríguez, M., & Hernández, M. (2008). El sistema de atención a la dependencia en España: evaluación y comparación con otros países europeos. Cuadernos Geográficos. 42, 37-52
- Cano, M. D.C.M., & Seisdedos, S. R. (2010). Ley de Dependencia: una mirada con perspectiva de género. Documentos de trabajo social: revista de trabajo y acción social, (48), 84-97.
- Casado- Marín, D. (2006). La atención a la dependencia en España. Gaceta Sanitaria, 20, 135-142
- Castiello, M.S., Martin, R. D., Villarejo, P. C., & del Barrio Truchado, E. (2007). Las personas mayores y las situaciones de dependencia. Revista Del Ministerio de Trabajo e Inmigración, (70), 13-43
- Colom, D. (2000). La planificación del alta hospitalaria. Zaragoza. S. XXI de España Editores SA, 2.
- Conde C. (2.015) Apuntes de la asignatura "Autonomía y dependencia: envejecimiento y discapacidad" en el Curso 2.014- 2015, del Título de Trabajo Social de la Universidad de Valladolid – Material no publicado.
- Comisiones Obreras de Castilla y León. (2014). Los Servicios Sociales en Castilla y León.
- Constitución Española. Art. 41, 49, 50, 149.1.1. 1978. España

- De Lorenzo García, R. & Rivero, A. M. (2006). La futura Ley de la Dependencia como pilar fundamental de la protección social en España. *Revista española del tercer sector*, (3). 49-80.
- De Madris, A F. (2006). La Ley de Dependencia ante la crisis del trabajo de cuidados. *Amarana. Cuaderno feminista*, 2
- Díaz, E., Ladra, S., & Zozaya, N (2009). La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales. Documento de trabajo Madrid: Fundación Alternativas, 143.
- Diputación de Segovia. Equipos para la Promoción de la Autonomía Personal E.P.A.P
- Escudero, B. (2007). Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 119(1), 65-89
- FITS (2014). Informe para Ponencia en el Congreso Estatal de Trabajo Social, celebrado en Marbella (Málaga), en Noviembre de 2014.- Libro de ponencias Consejo General de Trabajo Social de España- Madrid.
- González, M. D. P. (2004). El proceso de discapacidad: un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud
- Guzmán Castilla, F., Moscoso Pérez, M., & Toboso-Martín, M. (2010). Por qué la Ley de Dependencia no constituye un instrumento para la promoción de la autonomía personal
- Hernando, A. (2006). Una crítica feminista a la Ley de Dependencia. *Viento sur: Por una izquierda alternativa*, (88), 89-95
- IMSERSO. (2013). La protección de las persona mayores dependientes en España. Seminario sobre “políticas públicas de atención a personas mayores dependientes. Hacia un sistema integral de cuidados”. Cartagena de Indias
- IMSERSO. (2005). Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid
- INE. (2000). Encuesta sobre discapacidades, eficiencias y Estado de Salud 1999. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).Madrid
- Junta de Castilla y León. Manual de funcionamiento de los equipos de coordinación de base. Coordinación Sociosanitaria.
- Junta de Castilla y León. Jornadas informativas sobre las principales modificaciones de Sistema de Dependencia en Castilla y León

- Junta de Castilla y León: servicios de Asistencia psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud [Coord.] (2013). Documento de Consenso de Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario en el Sistema de Salud de Castilla y León. Recuperado de:<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san>
- Langa, D. Martínez, D y Olid, E. (2007). Dependencia y solidaridad en las redes familiares. Instituto de Estadística andaluza. Sevilla.
- Ley 16. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Publicado en Boletín Oficial del Estado núm. 128, de 29 de Mayo de 2003. España
- Ley 33. Ley General de Salud Pública. Publicado en Boletín Oficial del Estado núm. 240, de 5 de Octubre de 2011. España
- Ley 39. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Publicada en Boletín Oficial del Estado núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. España
- Marbán Gallego, V. (2012). Actores sociales y desarrollo de la Ley de Dependencia en España. Revista internacional de Sociología, 70 (2), 375-398
- Marín, D. C. (2005). Envejecimiento y dependencia: un análisis económico de sus efectos sobre las finanzas públicas. Economía y salud: boletín informativo, 18(54), 11.
- Orden FAM 3. ORDEN FAM por la que se modifica la Orden FAM/644/2012, de 30 de julio, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales. Publicado en Boletín Oficial del Estado núm. 6, de 7 de enero de 2015. España
- Pérez, M. C. S. (2007). Retos de la calidad de los servicios en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, (70), 135-151
- Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Escalas de valoración funcional y cognitiva. Disponible en: http://plataforma.cep-marbellacoin.org/moodle/file.php/196/Recursos_Personas_Enfermas/valoracion_cognitiva_y_funcional.pdf#page=6.
- Puga, D. (2005). La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. Rev Esp Salud Publica, 79(3), 327-330
- Rodríguez Castedo, A. (2003) La prestación de servicios a las personas con dependencia y a sus familias. Nuevas necesidades sociales. Nuevos derechos

sociales. Nuevos servicios y nuevos empleos. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona

Rodríguez, M. J. (2005). EL servicio de Trabajo Social y la planificación del alta hospitalaria de personas mayores. Ciudad Salud

Rodríguez, P. R. (2006). El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Laboratorio de Alternativas

Sacyl. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias>

Salvador M. J. (2005). *“El marco sociosanitario en la atención de personas dependientes”*- Capitulo Sexto del Libro *“Nuevas demandas Emergentes”*, coordinado por Natividad de la Red y publicado por Editorial CCS- Madrid

Torres, A., & Lledó, R. (2001). La coordinación entre niveles asistenciales. Revista de Calidad asistencial, 16(4), 232-233

ÍNDICE DE SIGLAS

- CCOO: Comisiones Obreras
- CE: Constitución Española
- CCAA: Comunidades Autónomas
- CEAS: Centros de Acción Social
- EAP: Equipo de Atención Primaria
- ECB: Equipo de Coordinación de Base
- EPAP: Equipo de Promoción de la Autonomía Personal
- LAPAD: Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia
- LISMI: Ley de Integración Social de los Minusválidos
- RD: Real Decreto
- SACYL: Sanidad de Castilla y León
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- TFG: Trabajo Fin de Grado

ANEXOS

ANEXO 1: TABLA 1. PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE LAS CCAA. DICIEMBRE DE 2013

Comunidad Autónoma	Personas beneficiarias de prestaciones	% población de la CCAA
Andalucía	140.069	1,71
Aragón	18.594	1,40
Asturias	10.529	0,97
Baleares	4.906	0,46
Canarias	5.605	0,27
Cantabria	10.294	1,77
Castilla y León	34.585	1,35
Castilla-La Mancha	24.377	1,19
Cataluña	68.499	0,93
Comunidad Valenciana	24.439	0,47
Extremadura	11.531	1,05
Galicia	28.589	1,03
Comunidad de Madrid	22.530	0,36
Murcia	11.847	0,83
Navarra	8.228	1,33
País Vasco	32.798	1,52
La Rioja	5.562	1,75
Ceuta y Melilla	1.321	0,89
España	463.303	1,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de CCOO de Castilla y León. Documento "Los Servicios Sociales en Castilla y León"

ANEXO 2: TABLA 2.PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE LAS CCAA. DICIEMBRE DE 2013

Comunidad Autónoma	Personas beneficiarias de prestaciones	% población de la CCAA
Andalucía	167.717	1,99
Aragón	18.502	1,37
Asturias	15.561	1,46
Baleares	10.770	0,97
Canarias	11414	0,54
Cantabria	10.294	1,77
Castilla y León	61.827	2,45
Castilla-La Mancha	36.294	1,73
Cataluña	139.391	1,85
Comunidad Valenciana	41.752	0,82
Extremadura	20.860	1,89
Galicia	38.729	1,40
Comunidad de Madrid	89.098	1,37
Murcia	27.951	1,90
Navarra	8.410	1,30
País Vasco	42.080	1,92
La Rioja	6.788	2,11
Ceuta y Melilla	1.909	1,14
España	753.842	1,60

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de CCOO de Castilla y León. Documento "Los Servicios Sociales en Castilla y León"

ANEXO 3: ESTRUCTURA, SERVICIOS, PRESTACIONES Y GRADOS DE LA LEY DE DEPENDENCIA

La Ley 39/2006 nos permite conocer algunos de los puntos que se muestran a continuación:

La estructura que sigue esta ley es la siguiente:

- Objetivos: promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia (art. 1).
- Régimen jurídico de la protección: garantía mediante la institución de un derecho subjetivo de ciudadanía (art. 1). Ese régimen jurídico no alcanza a lo que la LAAD denomina “*garantía de accesibilidad y supresión de barreras*” (disposición adicional decimoquinta). Ámbito subjetivo: población afectada de dependencia (arts. 1.1 y 4.1).
- Acción protectora: servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal (arts. 15.1. a y 21), servicios sociales supletorios de la dependencia funcional (arts. 15.1. b-e y 22 a 25) y prestaciones económicas (arts. 17 a 20).
- Acceso a las prestaciones: mediante solicitud, valoración, programación y concesión (arts. 28 a 30).
- Contenido e intensidad de la protección: en función de la necesidad y del nivel económico del afectado (arts. 3. e y 33). Financiación pública: no vinculada institucionalmente y de modo automático al coste de la protección reconocida (arts. 32).

El objeto de esta ley que viene referenciado en el artículo 1, es:” regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en la leyes, mediante la creación de un sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”.

Para dispensar la atención de las personas que se encuentran en una situación de dependencia, la Ley estableció un catalogo de servicios y prestaciones que aparecen reconocidas en el artículo 15 y lo conforman:

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Servicio de centro de día y de noche
- Servicio de atención residencia

Prestaciones económicas, reconocidas en los artículos de 17 al 19:

- Prestación económica vinculada a un servicio
- Prestación económica de asistente personal
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar

Es importante destacar que los servicios y prestaciones que garantiza la Ley 39/2006, de 14 de diciembre se financia a través de tres fuentes: la Administración Estatal, la Administración Autonómica y las personas beneficiarias, a través del copago.

En el artículo 26 de la LAPAD se clasifican los grados de las situaciones de dependencia:

- Grado I, Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tienen necesidades de apoyo, intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II, dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tienen necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal
- Grado III, gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces, y por su pérdida total de autonomía física, mental intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Los datos actuales sobre el número de personas dependientes a 30 de noviembre de 2014 son 1.216.341 personas que precisan de la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, de otros apoyos de autonomía personal. Del total de estas 425.751 (35%) son de grado I, 434.843 (35.8%) son de segundo grado y 355.747(29,2 %) son de grado III.

Las principales características de la ley son:

- Consensuada por todos los partidos políticos y agentes sociales, sindicatos y empresarios más representativos
- Su aprobación estuvo precedida de amplio debate en el Congreso(renovación del Pacto de Toledo de 3 de octubre de 2003)
- Establece un derecho universal de la ciudadanía a las prestaciones de dependencia, sin limitaciones por razón de ingresos del beneficiario
- Establece, al igual que para las prestaciones sanitarias y de seguridad social ya existentes, un derecho subjetivo del ciudadano a prestaciones de dependencia, sean de servicios o económicas,
- Supuso un incremento de la financiación destinada hasta entonces a la atención de la dependencia.
- La Ley se fundamenta en el principio de coordinación entre Administraciones públicas, la del Estado y las de Comunidades Autónomas

ANEXO 4: PROCESO DE CONCESIÓN DE PRESTACIONES

En el material docente facilitado por Conde C. (2.015) , como apuntes de clase de la asignatura “autonomía y dependencia: envejecimiento y discapacidad” en el Curso 2.014- 2015, del Título de Trabajo Social de la Universidad de Valladolid , se plantea que para que una persona obtenga la situación de dependencia se tendrán que seguir los siguientes pasos:

1. Solicitud

La persona que desea solicitar la dependencia acudirá al CEAS que le corresponder que será quien lo gestione, se le informara a la persona que lo solicita los pasos que tiene que seguir; tiene que rellenar un solicitud y adjuntarlo con el informe de salud que lo rellenará el médico de cabecera y la enfermera. El resto de la documentación que se necesita lo obtiene la Junta de Oficio. Toda esa documentación se remite a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, donde revisan la solicitud y comienzan a completar el expediente pidiendo datos a hacienda, Seguridad Social, etc.

2. Valoración de la dependencia

Esta valoración la realiza el trabajador social acudiendo al domicilio de la persona solicitante, donde se les pasara el instrumento de valoración de la dependencia denominado BVD, que valora las actividades y tareas en el entorno habitual del solicitante, en que se realicen ABVD en función del proyecto vital e cada persona. Se valora dentro y fuera las actividades de comer y beber, regulación, mantenimiento de la salud, y tomar decisiones y las tareas de abrir y cerrar grifos y lavarse las manos. La valoración de los menores de 18 años, se utilizara unos baremos diferentes, y se realizara teniendo en cuenta el nivel de desarrollo propio de la edad del menos en el momento de la valoración, se deben de distinguir los apoyos necesarios por presentarse problemas de salud, de los apoyos propios de la edad.

Con el BVD se identificaron el nivel de desempeño para cada una de las tareas, y se utilizará desempeño como la capacidad individual para llevar a cabo por sí mismo, de forma adecuada, eficaz, segura y sin apoyos de otra/s personas las actividades y/o tareas en si entorno habitual. Se tendrá en cuenta que se valora el desempeño para todas las tareas, aunque no las realice, con independencia del apoyo que le presten o con los productos de apoyo prescritos. Una persona si desempeñara esa tarea cuando es capaz de desarrollar por sí misma y adecuadamente la tarea en su entorno habitual y no lo desempeñara cuando se compruebe que la persona requiere apoyo parcial o total, indispensable, de otra/s personas para llevar a cabo la tarea de forma adecuada. Se distinguirá el desempeño negativo originada por una situación de salud, que dará lugar a la dependencia o por otra causas que no conllevan a la dependencia, como pueden ser factores culturales, sociales o familiares; sobreprotección; posibilidades de rehabilitación o recuperación y apoyos ocasionales, que no sean necesarios la mayoría

de las veces. Por último se identificara el tipo de problema en el desempeño que pueden ser físico, mental o ambos.

También se identificará el tipo de apoyo que necesita y la frecuencia; existen cuatro tipos de apoyos que puede ser la supervisión (SP) que la persona va a ejecutar oír sí misma la tarea pero precisara de una estimulación verbal i gestual, Física parcial (FP) que la persona va a precisar de la colaboración física en parte o toda la tarea, Sustitución Máxima (SM) la persona no ejecuta la tarea por si misma, y por último el Poyo Especial (AE) que la prestación de apoyo es obstaculizada por sordo ceguera, porque se precisen el apoyo imprescindible de más de una persona, como puede ser la obesidad mórbida, o por trastornos del comportamiento. En el BVD se marcará la frecuencia de apoyo, y para ser una situación de dependencia debe producirse la mayoría o siempre de las ocasiones, tomando como intervalos; casi nunca de 0-4%, algunas veces de 5-24%, bastantes veces de 25- 49%, la mayoría de las veces de 50-95% y siempre del 96- 100%.

3. Resolución reconocimiento de la dependencia

Del BVD sale una puntuación que determina el grado de dependencia. Y ese grado de dependencia se le comunica al usuario con un listado de los servicios y prestaciones a las que tiene derecho. En casos de ayuda a domicilio o teleasistencia, en que no se puede esperar a todo el proceso, se pueden tramitar estas ayudas desde el momento en que sabemos el grado de dependencia, sin esperar al trámite de comunicación de la resolución formal.

4. Diseño del PIA.

El siguiente paso es el Programa Individualizado para la Autonomía, es el último paso del procedimiento, en el que plasman las prestaciones y servicios mediante las cuales se hacen efectivos los derechos subjetivos reconocidos en la LAAD. El artículo 29 de la LAPAD comenta respecto al Programa Individualizado de Atención, que los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un Programa Individual de Atención en el que se determinaran las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente. El PIA se puede modificar a instancia del interesado o de sus representantes legales, de oficio o cuando la persona cambia su residencia a otra Comunidad Autónoma. El PIA tiene en consideración el grado y nivel reconocido a la persona y las prestaciones y/o servicios que pudieran corresponderle según este reconocimiento, las circunstancias específicas de la persona como pueden ser la adecuación de la vivienda, las propias expectativas, su decisión o en algunos casos la de sus familiares o entidades tutelares que le representen.

5. Consulta al beneficiario, los usuarios y familiares,

De acuerdo a las prestaciones y servicios que pueden optar conforme el PIA, elegirán aquel que mejor les convenga.

6. Resolución concesión de la prestación

Conforme lo que han decidido elegir se les concede los servicios o prestaciones correspondientes.

ANEXO 5: LA DEPENDENCIA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Con la entrada en vigor de la “Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de dependencia” genera en grandes expectativas de mejora a las personas que se encuentran en situación de dependencia y a las mujeres, que son las que tradicionalmente se han encargado de los cuidados. Hay que tener en cuenta que en la actualidad nos encontramos en una situación en la surgen dos acontecimientos que crea más complejidad en este ámbito, el aumento de las personas en situación de dependencia que demandan más cuidados y la gran visibilidad que se están dando a las políticas de igualdad.

El tema del cuidado se viene acordando hace tiempo desde la teoría y la práctica feminista (asamblea feminista: 2006) definiéndolo como un trabajo que debe ser no solo visibilizado y reconocido socialmente, sino que necesita cambios en la ética y la economía actual. El cuidado de las personas dependientes ha sido gestionado por la familia, lo que conocemos como “apoyo informal”, asimismo, la ley recoge en su exposición de motivos que el cuidado recae principalmente en las familias y en concreto en las mujeres de entre 45 y 69 años.” Al igual que son las principales prestadoras de estos cuidados, no hay que olvidar que el 58 % de todas las personas dependientes son mujeres, esta cifra aumenta a partir de los 45 años, que la cifra aumenta a un 60 % “(M^a del Carmen Martín Cano y Susana Ruiz Seisdedos).

En la encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores (IMSERSO-CIS), se realizó una serie de preguntas a personas mayores acerca de su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, y se les pidió que indicasen, en los casos de que no pudiesen realizarlas, quien era la persona que les ayudaba a desempeñarlas. En primer lugar con un 38,5% señalaban que eran las hijas; en segundo lugar con un 22.2% hacían referencia a esposos o esposas; seguido estaban los hijos con un 10,2%; y por último con un 9,2% las empleadas del hogar. Estos datos cambiaban dependiendo el sexo de la persona que demande la ayuda. Cuando son las mujeres las que necesitan el apoyo la clasificación se mantiene pero los porcentajes cambian; 82.5 % de las hijas son las que prestan la ayuda, mientras que el 15,4% de los maridos son los encargados de cuidar a la persona dependiente. En el caso de que el hombre sea el que necesite ayuda, las esposas pasan a ocupar el primer puesto con un 42%, las hijas el segundo con un 22,3%, los hijos un 8.5% y las empleadas del hogar un 7.4%.

Hay que tener presente que se está produciendo una crisis en el apoyo informal, debido a los cambios que se están produciendo en el modelo de familia y tradicional y la incorporación de las mujeres al mundo laboral. “La ley no recoge aspectos importantes que tendrán consecuencias en las medidas que se proponen, como son la ausencia de referencias a la situación de discriminación que soportan las mujeres, y la imprescindible corresponsabilidad de los hombre en el trabajo de cuidados.” (M^a del Carmen Martín Cano y Susana Ruiz Seisdedos).

Según Rodríguez Castedo (2003), uno de los principales impulsores de la Ley De Dependencia, sacar estos cuidados, del ámbito privado muchas veces ayuda al mejoramiento de las relaciones intrafamiliares, debilitadas a causa del desgaste físico y psíquico de las persona cuidadora. No obstante, el incremento del número de personas dependientes, unida al retraso que, durante años ha acumulado España en materia de gasto social, pesa sobre las familias como proveedoras de cuidados a dependientes y pesara aun más en un futuro, lo que evidentemente perjudicara seriamente a las mujeres (Langa, D *et al* 2007)

La gestión de los cuidados de las personas dependientes plantea un debate de doble interés. El primer debate es sobre en quien debe recaer la responsabilidad del cuidado, en el Estado, en la familia o en ambos, y por otra parte el conflicto de roles que se espera de las mujeres, ya que son las que aportan apoyo afectivo a la familia. Las mujeres se encuentran frente a sentimientos contrarios de afecto y de insatisfacción ya que la mayoría de los casos se trata de cuidados no elegidos, sino que viene determinados por circunstancias ajenas como un accidente, una enfermedad o discapacidad siendo las exigencias familiares y sociales tan fuertes que atravesarse a cuestionar las tareas del cuidado supone a menudo unos costes personales, afectivos y físicos tan grandes, que la mayoría de las veces, las mujeres optan por cuidar aunque esto suponga para ellas un deterioro serio de salud y calidad de vida(Forster, 1994)

Es importante señalar también el papel que tienen las mujeres dentro del “cuidado formal”, en donde son las protagonistas, con la creación del sistema nacional de dependencia se ha generado empleo, la necesidad de profesionales destinados al cuidado se traduce en que sean las mujeres quien opten por este tipo de trabajos, y se refuerce la teoría que son las mujeres protagonistas del cuidado formal.

Según Álvarez, A (2009) la atención a las personas dependientes “provoca un doble y simultaneo fenómeno relacionado con la posición de la mujer en el trabajo: De un lado, son mujeres las cuidadoras actuales y las que mayoritariamente se alejan del trabajo productivo para dedicarse al cuidado de otros y, de otro, que este trabajo asistencial permanece invisible desde la perspectiva económica y sobre todo desde la devaluación social de esa función. Doble efecto que tiene consecuencias demoledoras en el mantenimiento del estereotipo social asociado al sexo”. La ley debería tener en cuenta estos aspectos ya que para la mujer el cuidado de una persona dependiente en muchas ocasiones tiene que recurrir a excedencias o disminuir la jornada laboral que puede conllevar a la pérdida de su puesto de trabaja, o incluso en muchas ocasiones son ellas las que están obligadas a abandonarlo.

Dentro del catálogo de servicios que ofertan dentro de la ley, se observa que la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, esta ayuda que recibirán aquellas personas que prestan cuidado a las personas dependientes deben de cotizar parte de esa ayuda a la Seguridad Social, por tanto estas personas cuidadoras aparecen como población empleada, lo que esto provoca la disminución del paro femenino, sin embargo, no perciben un salario, ya que si cotizan pero no para todas las contingencias, no por desempleo; ni las bases reguladoras son iguales; ni cotizan por todo el tiempo que destinan a ese cuidado.

En cuanto al importe de las prestaciones económicas que se reconocen en la ley para este tipo de ayudas viene siendo inferior al Salario Mínimo Interprofesional, que en el año 2015 se encuentra en 648,60 euros al mes. Por tanto nos encontramos ante una clara situación de discriminación a favor de las personas cuidadoras, mayoritariamente mujeres, que no se las reconoce ni la cantidad que corresponde al Salario Mínimo Interprofesional. Por ello, establecer una ayuda económica a la mujer cuidadora no es la mejor opción, porque se está contribuyendo a reforzar situaciones de desventaja hacia la mujer.

ANEXO 6: IMPORTANCIA DEL APOYO INFORMAL EN LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA

Cuando se habla sobre la necesidad que existe de los cuidados de larga duración, se da respuesta que esto se satisface de manera formal, a través de la Administración Públicas o desde la iniciativa social. Sin embargo, la mayoría de las personas que necesitan de estos cuidados los reciben mediante el sistema informal de atención, especialmente, de la familia, y con gran peso sobre las mujeres. Esto es debido a que la mayoría de los sistemas de protección social se sustentan en modelos familiares que no tienen en cuenta el cambio social, es decir, la deconstrucción del género y de roles, y por ello, sigue dominando el modelo basado en la división sexual del trabajo (varón el que sustenta la familia, mujer que se encarga de las tareas del hogar y reproductivas).

España es ejemplo de modelo latino de cuidados, que es muy bien valorado por los Países del Norte de Europa. El apoyo social, emocional, estratégico y material que necesitamos todas las personas para mejorar nuestra bienestar social y calidad de vida, es necesario conservarlo e incluso aumentarlo. Para ello es necesario mantener los sistemas de protección social con la colaboración del apoyo informal.

Se define el apoyo informal como "consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presenta algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención" (Rodríguez P, 2004). El perfil medio de las personas que se encargan de cuidar a personas mayores de 65 los, segmento de población en donde se encuentra el mayor número de personas que requieren de cuidados de larga duración, se trata de mujeres de 53 años, con escasos estudios y a las de casa. Las mujeres más jóvenes, que ya tienen más formación y están en el mercado laboral, cuando les venga una situación de cuidados a familiares, no podrán asumir ese trabajo como se asume hoy en día.

Hay que tener presente que un 20% de las personas que se encargan de cuidar a las personas mayores tienen más de 65 años. Esta población hay que tenerla en cuenta en el momento de las intervenciones, pues se trata a veces de personas que son muy mayores que se ven en la situación de asumir el cuidado que conlleva un gran deterioro físico, económico, emocional. Se han realizado investigaciones sobre la calidad de los cuidados por parte de las familias, los resultados son que esa calidad no está garantizada y en ocasiones se detectan casos de malos tratos, derivados a veces de las malas relaciones familiares, y otras, es debido al estrés y la sobrecarga que tienen el cuidador o la cuidadora.

Una de las características fundamentales de las personas cuidadoras es la diversidad de emociones que presentan, por un lado tienen la obligación moral de dedicarse a los cuidados de larga duración de sus familiares, pero por otro lado se encuentran con sentimientos de frustración al tener que conciliar esos cuidados con la vida personal y el trabajo.

El estrato social al que pertenezca las familias va a depender en la manera de resolver sus necesidades, cuando se trata de familias de estratos sociales más alto la tendencia es a la contratación de servicios privados de atención, mientras que en las clases sociales más bajas no pueden pagar esta clase de servicios por lo que es la familia quien asume la responsabilidad del apoyo.

Según el Libro Blanco de la Dependencia en España (2001) “la colaboración entre los servicios formales de atención y los/as cuidadores/as informales es muy escasa y todavía se continua castigando a las familias más generosas y mas abnegadas tanto en el acceso a los servicios como en el modo de atender la intervención social”.

Hay que tener en cuenta el tema de la inmigración en el cuidado de las personas en situación de dependencia, sobre todo de países iberoamericanos. El perfil de estos cuidadores/as es principalmente mujeres, que tienen una cultura sobre los cuidados muy perfeccionada, lo que genera por parte de las personas a las que atienden una alta satisfacción

El cuidado de las personas mayores dependientes, a veces, es un trabajo muy complejo. Para poder desarrollarlos de una manera adecuada es necesario contar con una formación mínima, así lo reconoce una parte de la población cuidadora, y realizarlo con el apoyo de profesionales especializados.

En la última década ha cambiado la situación respecto a las preferencias de los servicios y prestaciones, en el año 1994 el 61,5% de las familias preferían recibir una prestación económica para recompensar los cuidados. Actualmente vemos que esto ha cambiado y son el 64% de las familias las que quieren apoyo de las Administraciones públicas en formas de servicios, preferiblemente de ayuda a domicilio. En 2004 ha bajado a 32% las familias que prefieren la prestación económica por cuidados en el entorno.

Otro dato importante a este respecto es la opinión que tiene las familias sobre quién debe encargarse en la atención de las personas mayores. El 65,3 % opina que la Administración debe participar junto con las familias en la atención mediante la implantación de recursos formales, el 6% de las familias opinan que son ellas las que se tienen que encargar de cuidado exclusivamente, y el 28% de las familias piensan que el protagonismo debe ser de la Administración. En base a estos datos, las familias son las que desean seguir cuidando a sus mayores, pero con ayuda de servicios de soporte.

No solo se encuentra dentro del apoyo informal la familia, también se pueden considerar otras redes sociales como pueden ser los vecinos, allegados o voluntarios, pero es mínima. Por otra parte, sería interesante promover el voluntariado en el ámbito de la dependencia, aunque sí que es cierto que los últimos años las iniciativas de voluntariado están creciendo.

ANEXO 7: LA CALIDAD DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Otro de los análisis que nos permite la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, podemos contemplar la visión de la calidad, este análisis se realizara a partir de una elaboración propia previa consulta a la fuente documental” Pérez, M. C. S. (2007). Retos de la calidad de los servicios en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, (70), 135-151” y la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Según M^a Carmen Sánchez Pérez (2007) “hablar de calidad implica asumir una perspectiva de evaluación y reflexionar sobre cómo se interviene, que personas acceden a los servicios y quienes se deberían hacerlo, si lo que se hace responde a las demandas y expectativas de los ciudadanos y si con la intervención del profesional del Trabajo Social se garantizan los derechos”.

Cuando se quiere analizar la Ley 39/2006 desde una perspectiva de la calidad hay que diferenciar tres dimensiones para hacer posible su estudio:

- 1) **Calidad como principio.** La calidad es un principio inspirador de la Ley que está muy relacionado con los derechos que se reconocen a las personas en situación de dependencia.

Desde el primer momento que se implanto el modelo de atención a las personas dependientes en España se opta por “promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales”. (Ley 39/06).

En el artículo 3. j) de la Ley 39/2006 se encuentra explícito en los principios de la ley la calidad, accesibilidad y sostenibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia. Otros principios inspiradores de la norma que también se puede considerar como vectores de análisis de calidad de sistema hacen referencia a la universalidad, igual y no discriminación, equidad, accesibilidad en el acceso al sistema; una atención integrada e integral, personalización de la atención, adecuación de las medidas, fomento del mayores nivel de autonomía; la transversalidad en las actuaciones que desarrollan las Administración, coordinación de servicios sociales y sanitarios.

El artículo 13 que recoge los objetivos de las prestaciones de dependencia, también se insiste en la relevancia de que las personas dependientes tengan una existencia autónoma, así como su incorporación activa en la vida comunitaria, buscando siempre “proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social”:

2) **Calidad como derecho a desarrollar.** Relacionado con la evaluación del funcionamiento del sistema, que debe garantizarse por la Administración y exige el desarrollo de procedimientos de coordinación, intercambio, sistemas comunes de recogida de información y registro, etc.

Conseguir la calidad en el SAAD es de verdadera importancia y por eso la Ley dedica uno de sus tres Títulos, a regular las medidas necesarias para conseguir la calidad y eficacia en el Sistema.

La Ley habla sobre la calidad desde dos puntos de vista: la calidad en el empleo refiriéndose a la profesionalidad y formación, y la calidad en los servicios, prestaciones y centros.

2. 1. La calidad en el empleo: profesionalidad y formación.

La Ley 39/2006 promueve a calidad en el empleo y la profesionalidad, exigiendo la cualificación y la formación tanto para aquellas entidades que gestionan servicios y prestaciones del SSAD como para los cuidadores y profesionales que lo vengán haciendo.

2.2 La calidad en los servicios, prestaciones y centros.

La LAAD desde la exposición de motivos describe el tipo de servicios que desea poner en marcha. Esa aspiración de obtener unos adecuados servicios se conseguirá con la evaluación de la calidad buscando conocer hasta que punto lo que se planteaba como deseable se ha materializado.

En el título II aparecen conceptos asociados a la calidad que hablan del concepto que tiene sobre esta. La calidad la relaciona con:

- El asesoramiento de la eficacia de las prestaciones y servicios
- La fijación de criterios comunes de acreditación de centros.
- El desarrollo de planes de calidad.

La LAAD alude en el artículo 8.2.g), al Consejo Territorial donde otorga la facultad de adoptar, criterios de calidad y seguridad, indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparada, guías de buenas prácticas y cartas de servicios.

Tal y como viene reflejado en el artículo 35.1 es competencia del Consejo Territorial acordar los estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el Catalogo.

La LAAD también hace referencia en el artículo 35.2 a la calidad dentro de los centros residenciales, “habrán de disponer de un reglamento de régimen interior, que regule su organización y funcionamiento, que incluya un sistema de gestión de calidad y que establezca la participación de los usuarios”.

El último elemento que se introduce en el análisis de la calidad y eficacia del SAAD es el sistema de información. Sobre esta materia la Ley establece que será el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el que se encargara de establecerlo.

La Ley en cuanto a la garantía de la calidad del sistema, utiliza determinados instrumentos y herramientas (indicadores, guías de buenas prácticas), en el marco de los planes de calidad ya existentes en la Administración, para la realización de una adecuada evaluación.

Sus objetivos últimos son: asegurar la eficacia, garantizar la seguridad y la aspiración a una mejora continua.

- 3) **Calidad como norma.** Esta dimensión plantea la calidad desde el cumplimiento de determinadas condiciones y estándares que la Administración debe vigilar, administrando sistemas de acreditación e inspección, y en caso que no se cumpla con lo establecido debe sancionar.

En esta última dimensión es conveniente hablar de los modelos de gestión de calidad que se han implantado. Para poder estudiar y analizar la calidad se puede partir de tres niveles: calidad esperada, calidad programa y calidad realizada. Para conseguir que una prestación sea óptima estos tres niveles tienen que coincidir.

Los modelos más desarrollados en el ámbito de los servicios sociales, son:

- a) **AENOR. ISO 9001**

La norma ISO 9001, ofrece un conjunto de reglas de carácter social y organizativo para mejorar y potenciar las relaciones entre los miembros de una institución. Su último objetivo es mejorar las capacidades y rendimiento de la organización, y conseguir así un aumento de la calidad final del producto.

En cuanto la aplicación de esta norma en el ámbito de los servicios sociales se encuentra alguna dificultad, ya que esta norma viene de la empresa privada y es excesivamente genérica, al querer ser válida para cualquier tipo de organización.

- b) **Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM) y el Marco Común de Evaluación (CAF)**

El Modelo EFQM pretende proporcionar a las organizaciones una herramienta de mejora de su sistema de gestión.

El modelo de calidad para las administraciones públicas conocido por las siglas CAF (Marco Común de Evaluación), la gestión de calidad se basa en la aplicación de la gestión de procesos. Este modelo es idóneo para obtener una primera visión de cómo actúa una organización.

- c) **Modelo de ciudadanía**

El modelo de ciudadanía ha sido creado por el Observatorio para la Calidad de los Servicios Públicos (CSP). Se ha configurado como un instrumento general de autoevaluación, interesante para las organizaciones públicas que comienzan con procesos de calidad, antes de usar modelos más complejos.

Se caracteriza por su compromiso con la orientación al cliente/ciudadano y lo que se denomina conectividad (necesidad de establecer puentes entre los propios servicios de una organización y con las otras administraciones).

d) Modelo de Evaluación, Aprendizajes y Mejora (EVAM)

Este modelo ofrece un marco de actuación para las organizaciones que se inician en la utilización de la evaluación como estrategias de mejora. Se considera un primer paso en el proceso de mejora en la gestión.

Una vez realizada la evaluación de las organizaciones conforme al Modelo EVAM, y como culminación de la misma, las organizaciones evaluadas pueden solicitar de forma voluntaria al Ministerio de Administraciones Públicas la certificación del nivel de excelencia alcanzado y la concesión de un sello, conforme a lo establecido el artículo 23 del Real Decreto 951/2005.

e) Sistema de indicadores de calidad

El sistema de indicadores es una forma de empezar a introducir la gestión de calidad en aquellos procesos que una organización considera prioritarios y en aquellos aspectos que considera claves. Todas las partes implicadas (gestores, empleados, clientes y expertos), definen los indicadores apropiados y los niveles que se han de llegar a lograr (Sunyol, 2002).

Algunos índices posibles en el campo de los servicios sociales son (Fernández-Villarán, 2003:101):

- Índice de la satisfacción del cliente
- Indicador de conformidad con los servicios o productos
- Indicador de disfunciones de procesos,

ANEXO 8: ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN CASTILLA Y LEÓN

El documento elaborado por el Sacyl (Junta de Castilla y León), “Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León”, muestra una información destinado a los profesionales sobre como es este modelo que recojo a continuación:

I. ¿Por qué una estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León?

Porque necesitamos adaptar los servicios de salud a las nuevas necesidades de los pacientes crónicos y pluripatológicos generadas por los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales.

La patología crónica ocasiona:

- La gran mayoría de las consultas de atención primaria
- Más de la mitad de los ingresos hospitalarios.
- Una parte muy relevante del consumo farmacéutico
- Casi el 70% del presupuesto sanitario.

En Castilla y León con una población más envejecida que la media nacional y una alta dispersión geográfica se hace imprescindible definir una Estrategia adaptada a la realidad de la Comunidad que responda a las necesidades de atención del paciente crónico.

Necesidad de cambiar el modelo asistencial

AHORA	TRANSFORMACIÓN FUTURA
<ul style="list-style-type: none">- Organización de la atención hospitalaria- Limitaciones para una atención integral al paciente crónico- Limitado apoyo para una mejor cobertura en el entorno familiar y social	<ul style="list-style-type: none">- Estratificación de pacientes para una gestión eficiente de la cronicidad- Mayor participación e implicación de los pacientes- Marco integrador entre los distintos niveles y recursos asistenciales- Reducción de la variabilidad clínica

Esta estrategia, trata de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, mediante una atención integral e integrada, así como de reducir la carga que supone la cronicidad sobre el Sistema de Salud de Castilla y León, contribuyendo a su sostenibilidad.

II. Papel clave de los profesionales

Los profesionales tienen un papel, clave en los cambios en la atención al paciente crónico que supone esta Estrategia, a través de las siguientes actividades:

- Diseño de los procesos asistenciales y en la implantación del cambio de modelo.
- Impulso del auto cuidado y la autorresponsabilidades del paciente y familia
- Desarrollo de iniciativas de mejora en el marco de esta Estrategia
- Adaptación a las nuevas estructuras organizativas asistenciales al nuevo modelo.
- Cambios en los roles y competencias en algunos perfiles profesionales.
- Desarrollo de la formación e investigación sobre la cronicidad.

BENEFICIOS ESPERADOS	
Calidad de la prestación asistencial	<ul style="list-style-type: none">-Mejora del acceso a información del paciente-Mejora del nivel de competencias y capacidad en la gestión en todos los niveles de organización y en enfermería.-Mejora de la coordinación intersectorial y del acceso a los recursos de la red
Gestión y sostenibilidad	<ul style="list-style-type: none">-Uso más adecuado de los recursos y agilidad en la gestión de los pacientes-Disminución de la demanda(evitar asistencias innecesarias)-Colaboración con organizaciones y asociaciones de paciente y familiares para conseguir una mayor autonomía del paciente
Resultados de salud	<ul style="list-style-type: none">-Disminución de la morbilidad: reagudizaciones o aparición de nuevas patologías-Mejora de la calidad de vida y mayor satisfacción de los pacientes y familiares-Disminución de la mortalidad evitable por enfermedades crónicas

III. Principios de la estrategia

El modelo de atención a la cronicidad en Castilla y León se ha diseñado teniendo en cuenta 7 principios fundamentales:

- Atención centrada en las personas, considerando que son protagonistas de toda intervención y corresponsables de las decisiones en salud.
- Abordaje con un enfoque de salud poblacional: pretende mejorar la salud de toda la población (personas sanas y personas enfermas), considerando asimismo los determinantes sociales de la salud y orientada a la mejora de la calidad de vida de las personas.
- Enfoque sobre necesidades de salud. Clasifica a los pacientes en función de los procesos y su gravedad, enfocado sobre todo al control del paciente crónico y pluripatológico.
- Integración asistencial que garantice la continuidad en la atención mediante la coordinación funcional de estructuras y el desarrollo de procesos integrados.
- Coordinación intersectorial entre los sistemas sanitario y social.
- Atención primaria como eje de la atención a la personas con enfermedad crónica. El proceso se sustentara en una atención primaria potente, con capacidad resolutoria y accesible; exigirá asimismo una cierta reorganización y adaptación funcional de la atención especializada, focalizando los esfuerzos de este nivel asistencial en el paciente con la pluripatología en un grado avanzado.
- Establecimiento de alianzas y creación de redes (entre profesionales de distintos niveles y sectores, centro, asociaciones comunitarias y de pacientes, etc.), que promueven los cambios, participen en su desarrollo y fomenten la corresponsabilidad en la utilización de los servicios.

IV. Visión y objetivo

El objetivo de la Estrategia es mejora los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención sanitaria integrada y la continuidad de cuidados, adaptada a las necesidades del entorno en coordinación con los servicios sociales y garantizando la calidad de la atención y la eficiencia.

Esto supone un gran reto para la organización cuyo éxito va a depende de:

- La implicación y compromiso de los profesionales sanitarios
- La participación de los pacientes, sus familiares y sus asociaciones
- La formación específica de los profesionales

- Una infraestructura informática adecuada que permita utilizar una historia clínica electrónico compartida.

V. Desarrollo de la estrategia

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: ASEGURAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La organización del trabajo ha de garantizar la continuidad asistencial, asegurada la atención en el ámbito más adecuado y por los profesionales que mejora puedan dar respuesta a sus necesidades, a traves de integración asistencial y el trabajo en equipos multidisciplinares.

- Línea estratégica 1. Integración asistencial: asegura la continuidad asistencial y la coordinación funcional entre los diferentes intervinientes mediante la gestión compartida de los recursos.
- Línea estratégica 2. Continuidad con la atención sociosanitaria: garantiza la coordinación de los sistemas asistenciales sanitarios y sociales para la atención a las personas con problemas de salud secundarios
- Línea estratégica 3. Adaptación de la organización a las necesidades del paciente crónico: la atención debe pivotar sobre una atención primaria mas resolutive y sobre la adecuación de la atención especializada, incorporando nuevos recursos sanitarios y sociosanitarios y nuevas competencias y roles profesionales

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: POTENCIAR LA AUTONOMÍA Y LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Corresponsabilizar a los pacientes y sus familiares en el mantenimiento y mejora de su salud y en el control de la enfermedad.

- Línea estratégica 4. Auto cuidado, corresponsabilidad y participación: se centra en actuaciones orientadas a mejorar la información, formación, implicación, interacción y comunicación del paciente, con el apoyo de las asociaciones de pacientes y familiares.
- Línea estratégica 5. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: pretende conseguir reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas, el fomento del envejecimiento activo en buena salud de la población y la prevención de complicaciones en pacientes crónicos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Incorporar innovaciones en las formas de trabajo y en la gestión e implantar nuevas tecnologías.

- Línea estratégica 6. Tecnologías facilitadoras del cambio: tienen finalidad de asegurar que la información esté disponible donde se precise en cada momento.
- Línea estratégica 7. Formación e investigación: es necesaria la formación de las profesionales en nuevas competencias derivadas de la estrategia. Asimismo ser necesario impulsar la investigación en el ámbito de la cronicidad para generar evidencia científica que avale las intervenciones propuestas.

VI. Participación de los profesionales de proyectos

La base del desarrollo de esta Estrategia es la implicación de los profesionales en los diferentes proyectos, necesaria para alcanzar las metas que mejoren la calidad de la asistencia al paciente crónico. Los principales proyectos de la Estrategia que atañen fundamentalmente a los profesionales son:

<p>Diseño y desarrollo de los subprocesos clínicos integrados</p>	<p>-Diseñar procesos clínicos bajo la metodología de gestión por procesos</p> <p>-Implantar los procesos asistenciales integrados: insuficiencia cardiaca, ictus, EPOC, fractura de cadera</p> <p>-Desarrollar guías clínicas asistenciales electrónicas compartidas y sistemas de información clínica</p> <p>-Establecer mecanismos de coordinación y comunicación entre niveles asistenciales</p>
<p>Proceso de atención integrada en domicilio</p>	<p>-Diseñar e implantar el proceso de atención integrada a personas dependientes que viven en su domicilio entre atención primario y los servicios sociales</p>

Una mirada hacia el enfoque del Riesgo social en el ámbito de la coordinación socio-sanitaria y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en Castilla y León

Potenciación del papel de la atención primaria y aumento de la capacidad resolutive	<ul style="list-style-type: none">-Adaptar las tareas y capacidades de la enfermera de atención primaria en la gestión de casos-Incorporar al trabajador social en la valoración y gestión de pacientes con necesidades sociosanitarias-Establecer un sistema de comunicación ágil entre los profesionales de diferentes niveles
Nuevas Unidades, competencias y roles en atención especializada	<ul style="list-style-type: none">-Unidades de Continuidad Asistencial, establecer los mecanismo de coordinación con AO y servicios sociales, adoptar el papel de enfermería en la UCA y del medico interconsultas-Unidades de Convalecencia Sociosanitaria, coordinar la prestación de servicios mediante la creación de comisiones mixtas de valoración-Competencias avanzadas de enfermería coordinadas, adquirir formación para nuevas funciones y realizar tareas de fomento de la comunicación y coordinación entre AP y AE
Desarrollo de acciones específicas de formación sobre el proceso	<ul style="list-style-type: none">-Adquirir la formación en gestión por procesos, nuevos roles y competencia

ANEXO 9: SERVICIOS SANITARIOS DEDICADOS A LA DEPENDENCIA

Según el Libro Blanco de la Dependencia (2005), los servicios sanitarios dedicados a la dependencia son los siguientes:

1. Atención primaria

Las actuaciones sanitarias más planificadas en relación al dependiente se han desarrollado en torno a los siguientes programas:

a) Programa de actividades de prevención y promoción de la salud (PAPPS)

El PAPPS, creado en 1988 por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), se ha caracterizado por la generación de recomendaciones de prevención y promoción de la salud en un marco de priorización con unas bases sólidas de evidencia científica. Estas recomendaciones se han acompañado cada dos años de una evaluación.

La organización Mundial de la Salud (OMS) auspicia un programa de características similares al PAPPS, pero de ámbito europeo, denominado European Review Group on Health Promotion and Prevention (EUROPREV).

La coordinación del Europrev se lleva a cabo desde SEMFYC, y el PAPPS es uno de los programas incluidos en Europrev. Las recomendaciones del PAPPS y de otros organismos, como el US TASK FORCE, han ido poniendo cada vez más énfasis en las actividades de prevención primaria basadas en el consejo y educación sanitaria, dirigidos a conseguir cambios en las conductas de riesgo tanto a nivel individual como poblacional.

En el año 2003 este programa estaba implantado en 695 Centros de Salud de las 17 Comunidades Autónomas.

El objetivo de las actividades preventivas en los mayores sería el aumento de la expectativa de vida libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional, y cuándo este se ha producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible. En esta población la prevención secundaria y terciaria son más relevantes, ya que se enfocan a la prevención de incapacidades.

Actividades preventivas comunes con el adulto:

- Actividades preventivas cardiovasculares.
- Recomendaciones sobre estilos de vida.
- Prevención del cáncer.
- Prevención de enfermedades infecciosas.
- Prevención de los trastornos de salud mental.
- Prevención y promoción de la salud de enfermedades prevalentes en los ancianos.
- Prevención del maltrato.
- Prevención en los siguientes síndromes geriátricos: Caídas; Demencias; Alteraciones de la visión; Hipoacusia; Medicación en el anciano; Incontinencia urinaria; Malnutrición.

b) Programa del anciano

Las recomendaciones actuales ponen especial énfasis en que es mejor para las personas dependientes permanecer en sus hogares con los miembros de su familia cercana, por ello se puso en marcha este programa con la intención de lograr una atención de calidad a las personas mayores. El objetivo general del programa es el de fomentar la autonomía física, psíquica y social de las personas mayores de 65 años. Y los objetivos específicos son el de promover la salud de las personas mayores de 65 años y prevenir los riesgos relacionados con su edad, y el de garantizar la continuidad de los cuidados que las personas mayores de 65 años deben recibir acordes a su nivel de salud (sano, enfermo) y con el nivel de riesgo al que esté expuesto.

c) Programas de atención domiciliaria

En Atención Primaria el programa de Atención Domiciliaria se desglosa en dos subprogramas:

- *Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y atención a terminales*

La atención domiciliaria es una de las funciones básicas del Equipo de Atención Primaria. La continuidad de la asistencia y de los cuidados de salud es una de las características fundamentales de la Atención Primaria y su realización práctica no es posible sin contemplar el ámbito domiciliario.

La población diana del programa de Atención Domiciliaria es:

- Personas que padecen enfermedad crónica invalidante o tienen una incapacidad de origen multicausal, que les impide el desplazamiento al Centro de Salud.
- Personas afectadas por un problema de salud que requiere asistencia sanitaria frecuente, pero el condicionante socio familiar les impide la asistencia regular al Centro de Salud. La inclusión en el programa de estos pacientes es temporal hasta que se resuelva el problema de salud o desaparezcan los condicionantes sociosanitarios que dificultan la asistencia al Centro de Salud.
- Los ancianos de alto riesgo determinado por la edad (mayores de 80 años), por las situaciones de soledad, de aislamiento social, de bajo soporte familiar o situaciones de duelo, estas precisan una valoración multidimensional en el domicilio.
- Los pacientes con enfermedad en fase terminal, independientemente del tipo de enfermedad.

- *Evaluación de Cartera de Servicios:*

La evaluación de las coberturas en los servicios de Cartera de Atención Primaria del INSALUD relacionados con la dependencia en 1999 y 2000 es la siguiente:

Los datos de cobertura de 2001 han sido: atención domiciliaria a inmovilizados:

42,0%; atención a terminales: 51,3% y prevención y detección de problemas en el anciano: 43,3%.

La evaluación de la calidad de los servicios, definida a través de las normas técnicas mínimas (NTM), se realiza mediante un sistema de auditoría de historias clínicas, con una evaluación de 147.121 historias en el año 2000, en todo el territorio del INSALUD.

d) Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD y PADE) y Unidades de Cuidados Paliativos

Con el objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria que se presta en domicilio y potenciar el mismo como lugar de atención, la Dirección General de Atención Primaria y Especializada del extinto INSALUD implantó en 1998 el Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD) en las Áreas 1, 2 y 4 de Madrid.

Dados los positivos resultados objetivados sobre la formación de profesionales, la calidad asistencial y coordinación sociosanitaria, en el mismo año 1999 se inicia una estrategia de consolidación y extensión de Programas de Atención Domiciliaria con ESAD, implantándose en un total de 10 Áreas del antiguo INSALUD (cobertura del 33,3% de la población) y llegando en el año 2000 a 16 Áreas (47,4% de la población).

En los últimos años esta estrategia de extensión ha sufrido una cierta desaceleración.

Los ESAD están compuestos en general por médicos y profesionales de enfermería, así como auxiliar de clínica y administrativos.

De la evaluación de los ESAD realizada en 2001 se deduce que la mayoría de los pacientes domiciliarios (95,2%) fueron atendidos por los Equipos de Atención Primaria, sin la colaboración del ESAD, y que estas unidades participaron en la atención del 4,8% de los pacientes.

Del total de pacientes atendidos por los ESAD, el 32,5% lo fueron sin la colaboración de los profesionales de Atención Primaria. Según el tipo de paciente, la intervención de los ESAD fue mayor en los pacientes terminales que en los pacientes inmovilizados.

Los Equipos de Soporte a la Atención Domiciliaria (PADES) fueron creados en 1986 por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, en el programa Vida als Anys, destinado a la atención de las personas mayores enfermas, enfermos crónicos y terminales.

Se trata de unidades superponibles a los ESAD. Su difusión se limita a Cataluña. Están formados por un médico, dos profesionales de enfermería y un trabajador social. Al igual que los ESAD, sus funciones principales son la asistencial, de manera compartida con Atención Primaria y la coordinación con atención especializada y con los recursos sociosanitarios. En la actualidad, existen 68 equipos, que dan cobertura a la práctica totalidad de la población. En el año 2002 atendieron a 14.497 pacientes. Con respecto al tipo de paciente, el 44% fueron oncológicos y el resto, geriátricos.

De las diversas unidades que existen en nuestro país para la atención domiciliaria al paciente oncológico terminal merece la pena citar aquí a los Equipos de Cuidados Paliativos de la Asociación Española contra el Cáncer, dada su difusión por gran parte del territorio nacional (acuerdo marco con el INSALUD).

2. LOS HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS

2.1. Datos de actividad hospitalaria

En relación a la frecuentación de las consultas de atención especializada y de primaria en los mayores de 65 años, la Encuesta Nacional de Salud de 2001 nos da un resultado de 12,24 consultas por habitante y año. Siendo mayor la frecuentación en mujeres, 13,44.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2001, el 13,3% de los mayores de 65 años reconoce haber estado hospitalizado, al menos una noche, en los últimos 12 meses. En relación al motivo de ingreso: 46,2% lo fue por intervención quirúrgica, 19,3% para estudio médico para diagnosticar, 28,6% para tratamiento médico sin intervención quirúrgica y 5,9% por otros motivos.

La población anciana consume más recursos hospitalarios porque su tasa de morbimortalidad es mayor que la de otros grupos de edad. Las personas mayores, y sobre todo las de mayor edad, son el colectivo que realiza una mayor utilización de los recursos sanitarios: frecuentación hospitalaria 1,9 veces mayor para ingreso hospitalario, siendo de 2,2 para los mayores de 75 años; un 35% del total de los ingresos hospitalarios; un 49% de las estancias, pero con una estancia media de 10,6 días frente a los 8,03 días en menores de 65 años. Los pacientes dependientes, incluidos los ancianos y otros, son atendidos por diversos especialistas y servicios: desde la Medicina Interna y sus especialidades, los servicios de Cirugía, Traumatología y desde luego los de Rehabilitación, entre otros.

Se considera que un 15-20% de la población mayor de 65 años son ancianos frágiles y precisan de una atención específica para los múltiples problemas que presentan con alto riesgo de incapacidad y dependencia y que la hospitalización aguda puede agravar.

2.2. Asistencia geriátrica en los hospitales generales de agudos

Según un estudio de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología de junio de 2003, el 32% de los hospitales españoles tienen cobertura geriátrica especial. En un 22% de los hospitales generales esta cobertura geriátrica estaría constituida por los equipos geriátricos multidisciplinares de evaluación con diferentes nomenclatura según la Comunidad Autónoma (Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos, EVCG en territorio INSALUD; Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias de Geriátrica, UFISS en Cataluña, etc.) y en un 10% por una cobertura que podemos considerar más completa (Servicios de Geriátrica o bien Unidades Geriátricas de Agudos).

Los indicadores de actividad a destacar de la atención geriátrica especializada en los hospitales generales españoles son los siguientes (Geriátrica XXI):

- Unidades Geriátricas de Agudos/Servicios de Geriátrica:
 - Ratio cama por 1.000 habitantes de alrededor de un 0,01, cuando lo estimado sería de alrededor de un 1,5-4,3 camas/1.000 habitantes.
 - La edad media ha progresado en los últimos 15 años desde los 75 años hasta los 83-84 años actuales.
 - Proceden de urgencias con alto nivel de presión asistencial en un 80-90%.

- Los principales GRD fueron la insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el accidente cerebro vascular agudo.
- La situación funcional de los pacientes ingresados corresponden a incapacidad moderada física en cerca de un 60% e incapacidad moderada mental en un 30%.
- La estancia media de las UGAs está en un rango de 9-12 días.
- La mortalidad, aunque variable dependiendo de las características de las diferentes UGAs, es siempre inferior al 15%.
- Equipos geriátricos multidisciplinares de evaluación:
 - Gran variabilidad en la actividad según la Comunidad y el hospital, con constitución del equipo muy variable, desde algunos equipos que no han conseguido completarlo con enfermera y/o trabajador social, hasta otros en donde son varios geriatras.
 - El Servicio que más interconsulta es el Servicio de Traumatología (42%), seguido de Urgencias (24%) y Medicina Interna (21%), junto con Cirugía (9%). La mortalidad media de los pacientes que se les interconsulta es de un 7%.

2.3. Urgencias

Los mayores de 65 años son el 26% de las personas que acuden a urgencias hospitalarias y constituyen el 40% de los ingresos hospitalarios por esta vía.

3. LOS HOSPITALES Y UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA Y CONVALECENCIA

Los hospitales o unidades de media estancia o convalecencia constituyen una pieza clave en la eficacia de la asistencia al paciente dependiente con necesidades de atención sanitaria. Estas unidades hospitalarias tienen como objetivo prioritario la recuperación funcional de los pacientes, generalmente ancianos con incapacidad o deterioro inicialmente reversible; pero también administran cuidados dirigidos a la adaptación de los pacientes a la incapacidad, la implicación y aprendizaje de familiares en el cuidado de ancianos incapacitados, el cuidado y cicatrización de úlceras y heridas, la planificación de la ubicación definitiva al alta hospitalaria, la evaluación de los síndromes geriátricos e incluso la estabilización clínica de enfermedades en fase subaguda.

Por ello desde su implantación en diferentes países han recibido múltiples denominaciones.

Existe una gran variabilidad entre los planes de salud de las Comunidades Autónomas con el consiguiente riesgo de ineficiencia y falta de equidad. Dependiendo de la localización geográfica, una persona mayor tendrá la oportunidad de recibir un tratamiento especializado completo, parcial o de ningún tipo. Esta realidad es manifiesta en lo que se refiere a la oferta de camas geriátricas de media estancia para la recuperación funcional.

Es difícil conocer con exactitud el número de camas existentes para este fin, debido a la escasa precisión en los datos publicados hasta la fecha, y compleja por tanto la cuantificación de las necesidades. Hay una cierta confusión terminológica, de manera que algunas camas de media estancia se encuentran en hospitales generales y otras en hospitales y centros de larga estancia sin estar definidas como tales.

Según datos del Catálogo Nacional de Hospitales, existen 117 Hospitales de Larga Estancia con 11.400 camas funcionantes, 447 Hospitales Generales con 621 camas de Rehabilitación y 2.658 camas de Larga Estancia y otros 117 Hospitales de Agudos con 514 camas de Rehabilitación y 414 camas de Larga Estancia .

Según el estudio *Geriatría XXI* de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, en el año 2000 existían 12 Unidades de Media Estancia en Hospitales acreditados para la Docencia en Geriatría con 311 camas; 14 Unidades de Media Estancia en otros Hospitales con Servicios- Unidades de Geriatría, con 645 camas, y un total de 46 Unidades de Media y de Media-Larga Estancia (promediando 40 camas por unidad en Cataluña) con 1.864 camas totales, con desigual distribución por Comunidades Autónomas.

Según el informe de la SEMEG, publicado en 2004, actualmente existen 2.066 camas hospitalarias de recuperación funcional con importante variabilidad interautonómica. Las discrepancias de los datos sobre camas en algunas Comunidades Autónomas entre los dos últimos estudios pueden deberse a las distintas fuentes de información consultadas y a lapso de tiempo transcurrido entre ambos.

Indicadores de funcionamiento. Por la heterogeneidad antes mencionada es difícil hacer una estimación cualitativa de las características de las unidades de media estancia, en lo que respecta a su ubicación, su dotación de recursos humanos y sus parámetros de funcionamiento. Algunos datos de indicadores generales a destacar son los siguientes:

- La primera causa de ingreso es el ictus, seguida de la fractura de cadera.
- Un 16-18% de pacientes, al alta de la unidad de media estancia, son institucionalizados.

4. LOS HOSPITALES Y UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

Para los pacientes dependientes la atención sanitaria en régimen de internamiento se prestará en los hospitales de media y larga estancia y los de salud mental y tratamiento de toxicomanías, definidos en el Real Decreto 1.277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Así mismo, cuando sea preciso, la atención se prestará en hospitales generales.

Lo principal del desarrollo de las unidades de larga estancia en España es su heterogeneidad. No existe consenso suficiente sobre su necesidad y las características que deben reunir estas unidades. De hecho se han desarrollado más en unas Comunidades que en otras. Además, los centros reciben diversas denominaciones, llamándose centros sociosanitarios, especialmente en Cataluña, u hospitales de larga estancia (o de media y larga estancia) en otras Comunidades.

El sistema de acceso es variable y la financiación también, así como el modelo de contratación por parte de la Administración. Mientras que en algunas Comunidades sí está diferenciado el contrato de las unidades de larga estancia, en otras Comunidades los servicios de larga estancia son contratados sin diferenciarlos de las unidades de agudos.

Sin embargo, una serie de parámetros, como las características de los pacientes, el diagnóstico principal, el nivel funcional, la estancia media o la mortalidad, dan idea de la tipología de pacientes atendidos.

5. LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

La *hospitalización domiciliaria* englobaría a la asistencia sanitaria que constituye una alternativa a la hospitalización convencional. Sin embargo, algunos autores incluyen bajo este concepto los dispositivos asistenciales que partiendo desde el hospital proporcionan cuidados domiciliarios, para intentar evitar ingresos, favorecer la continuidad de cuidados desde el hospital, etc.

La *atención domiciliaria* engloba diferentes sistemas asistenciales, que a menudo se superponen y que se pueden agrupar en:

- *Cuidados tras el alta hospitalaria.* El objetivo de los equipos que proporcionan estos cuidados son asegurar la continuidad de cuidados entre el hospital y la comunidad, facilitando la adaptación de los pacientes en su domicilio y previniendo reingresos hospitalarios evitables. Estas experiencias se han ensayado especialmente en patologías crónicas, como insuficiencia cardiaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y también en pacientes ancianos con múltiples patologías. En general estas experiencias han conseguido una reducción de reingresos, una tendencia a reducir la mortalidad y un ahorro de costes significativa.
- *Cuidados de soporte.* Son cuidados que se proporcionan a pacientes con incapacidad funcional y/o mental grave, establecida e irreversible, consecuencia normalmente de enfermedades crónicas en fase avanzada, por ejemplo, demencias en fase muy evolucionada, accidentes cerebrovasculares con incapacidad severa y sin posibilidad de recuperación. Los beneficios obtenidos con estos equipos son la mejora de la calidad de vida y mayor satisfacción de los pacientes y de la familia con los cuidados recibidos.
- *Cuidados paliativos.* Se proporcionan a pacientes con enfermedades en estadio terminal, habitualmente neoplásicas, centrándose en aspectos de control de síntomas y apoyo psicosocial tanto al paciente como a sus cuidadores.
- *Hospitalización domiciliaria propiamente dicha.* Es una alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio del paciente procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales.

- *Equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD)*. Estas unidades fueron implantadas por el antiguo INSALUD desde 1998, estando bastante extendidas en las Comunidades últimamente transferidas, aunque su desarrollo ha sufrido una cierta desaceleración en los últimos años. Dependen de Atención Primaria y su función es prestar apoyo asistencial, mejorar la formación de los profesionales y favorecer la coordinación de los diferentes recursos. Atienden habitualmente a pacientes geriátricos y paliativos. Con unas funciones similares pero centrados en la atención a paliativos existen los Equipos de Cuidados Paliativos de la Asociación Española contra el Cáncer
- *Programas de atención domiciliaria equipo de soporte (PADES)*. Forman parte del programa catalán de atención Sociosanitaria «Vida als anys». Son equipos de atención especializada que dan soporte a atención primaria para la atención de casos complejos y cuidados paliativos. El equipo básico está formado por un médico, dos enfermeros y un trabajador social. En 2002 había 68 equipos del PADES que atendieron a 14.497 pacientes, de los cuales un 66% eran geriátricos.
- *Equipos de asistencia geriátrica domiciliaria*. Dependientes de los Servicios de Geriátrica (por tanto dependen del hospital), su distribución es irregular y se circunscribe a algunos Servicios de Geriátrica, especialmente en las Comunidades de Madrid y Castilla-La Mancha. Su actividad se centra en la atención domiciliaria de pacientes geriátricos en su domicilio, habitualmente tras la solicitud de su médico de cabecera o tras el alta hospitalaria. Funcionan en coordinación con Atención Primaria.
- *Hospitalización a domicilio*. las unidades que se han desarrollado en España son dependientes de servicios del hospital, normalmente atendiendo pacientes con altas precoces o derivaciones desde el Servicio de Urgencias. Las Comunidades tienen un desarrollo diverso de estas unidades: Valencia (16 unidades), Galicia (12 unidades), Cataluña (14 unidades), País Vasco y Castilla y León (cinco unidades), Andalucía (cuatro unidades), Canarias y Madrid (tres unidades), Asturias (dos unidades), Murcia, Baleares, Extremadura y Cantabria (una unidad) (datos de la Federación Española de Hospitalización a Domicilio, Directorio 2002).

6. LOS CENTROS DIURNOS: HOSPITALES DE DÍA Y CENTROS DE DÍA

6.1. Hospital de Día

Los datos, visitas y hospitalización en relación a Hospitales de Día se muestran en la siguiente Tabla 5 (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2001).

El Hospital de Día Geriátrico (HDG) es un centro diurno interdisciplinario, integrado en un hospital, donde acude el anciano frágil o el paciente geriátrico, habitualmente con incapacidad física, para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica y regresa posteriormente a su domicilio (INSALUD, 1995). Por tanto los HDG actúan de puente entre el hospital y la Comunidad.

Los HDG pueden estar ubicados dentro o fuera del hospital, aunque lo más recomendable es que estén dentro del mismo, pudiéndose así reforzar los aspectos de control clínico y valoración. Los objetivos del HDG son:

- Recuperación de la capacidad funcional en pacientes con incapacidad leve-moderada que les permita acudir desde su domicilio, para lo que necesitan una mínima autonomía y un soporte social suficiente en la Comunidad. Se realizan actividades de fisioterapia y sobre todo terapia ocupacional.
- Valoración geriátrica integral en pacientes complejos, se debe realizar un abordaje interdisciplinar por todo el equipo.
- Cuidados médicos y de enfermería. El HDG puede ser un lugar adecuado para el control de tratamientos complejos, realización de técnicas, curas de úlceras complicadas, etc. Todo ello con los medios adecuados y sin que el paciente tenga que ingresar.

Los motivos puramente sociales no deben ser motivo predominante de asistencia al HDG, independientemente de que se puedan hacer orientaciones o trabajar en estos aspectos. Este tipo de cuidados deben ser asumidos por los Centros de Día.

En una revisión de Foster en 1999 se valoraron los beneficios del HDG y los resultados fueron: mejoría funcional, disminución de la mortalidad y de la institucionalización y una tendencia a reducir la estancia hospitalaria. Hay otros beneficios no fácilmente mensurables que se derivan de la actividad en el HDG, como son la situación afectiva y el grado de satisfacción del paciente y los cuidadores (Baztán, J.J., *et al.*, 2000).

Con respecto a los motivos de asistencia al HDG se recogen los siguientes:

- Terapia Ocupacional 52,4%
- Fisioterapia 44,2%
- Cuidados enfermería 32,7%
- Atención Médica 30,9%
- Valoración 15,6%
- Otros 10,4%

6.2 Centros de Día

Se distinguen del Hospital de Día (que tiene un componente de valoración más exhaustiva, de recuperación funcional y de control clínico médico y de enfermería) porque el Centro de Día tiene como función principal el mantenimiento de la situación funcional y de una cierta descarga de los cuidadores y, por tanto, es un recurso dependiente más de servicios sociales que de los sanitarios.

Se define como un servicio sociosanitario de apoyo a la familia, que ofrece a los pacientes dependientes y durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.

La cobertura de plazas de Centros de Día públicas (propias o concertadas) no sobrepasaba en ninguna Comunidad Autónoma 0,33 plazas por cada 100 mayores de 65 años. El índice de cobertura que añaden los Centros de Día privados es muy escaso.

Hay un subtipo de Centros de Día con características específicas que son los dedicados a pacientes con demencia. Estos Centros han demostrado beneficios en diferentes aspectos: retraso en el declinar cognitivo de los pacientes, mejora de su calidad de

vida, disminución de la institucionalización, disminución de la mortalidad, mejoría de las actividades de la vida diaria y del sueño nocturno, mejora sintomática en casos de agitación y de los trastornos del comportamiento. Además, se ha demostrado una mejoría en la satisfacción y calidad de vida de las familias

7. ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y LAS RESIDENCIAS ASISTIDAS

La atención institucional de larga duración en el caso de las personas mayores se lleva a cabo en Residencias y en unidades hospitalarias de larga estancia. Clásicamente se ha establecido una distinción, al menos teórica, en el sentido de que deberían vivir en Residencias las personas mayores que principalmente necesiten de cuidados sociales, y en unidades de larga estancia aquellas que precisen cuidados principalmente sanitarios.

Las Residencias, al estar adscritas a bienestar social, dependen para la atención sanitaria inicial de atención primaria, siendo éstos los responsables de su farmacia, así como en muchos casos de la atención directa de los usuarios (especialmente en situaciones de urgencias en Residencias sin cobertura médica las 24 horas).

8. CUIDADOS INFORMALES

La práctica totalidad del apoyo informal tiene su origen en los cuidados que proporcionan miembros de la familia de la persona dependiente.

Así, sólo en un 2,6% de los casos el cuidador principal es una persona que no tiene vínculos familiares con el sujeto que recibe los cuidados.

Según algunos estudios, el perfil medio del cuidador en España es el de una mujer de entre 50 y 60 años, hija en la mayor parte de los casos, que dedican muchas horas al día al cuidado. Sólo el 11,23% de las familias reciben ayuda externa de un cuidador profesional. Han existido experiencias de apoyo al enfermo crónico y/o terminal y a sus familias, en los domicilios, en los Centros de Atención Primaria y en los Hospitales a través de la prestación social sustitutoria o de ONGs.

ANEXO 10: DOCUMENTOS SOBRE LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA

El Libro Blanco de la Dependencia (2005), muestra cual son los documentos existentes mediante los cuales se ha desarrollado la coordinación sociosanitaria, que se dividen en documentos internacionales, estatales y autonómicos que se recogen en los siguientes cuadros:

Documentos internacionales sobre atención sociosanitaria

- Consejo de Ministros de la Unión Europea (1993). Refleja la conveniencia de «promover una coordinación de los diferentes servicios sanitarios y sociales» y la «necesidad de estimular prestaciones cualificadas y diferenciadas, con el fin de responder a las nuevas demandas».
- Recomendación N.º R (98) 11. Del Comité de Ministros a los Estados miembros de la Unión Europea sobre la organización de la atención sanitaria para los enfermos crónicos. Septiembre de 1998.
- Recomendación N.º R (98)9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia.
- Informe de la Royal Commission on Long Term Care. Reino Unido 1998.
- Sexta Conferencia de los Ministros Europeos de Sanidad. El envejecimiento en el siglo XXI: necesidad de un enfoque equilibrado para un envejecimiento con buena salud. Atenas, abril 1999.
- Mantener la prosperidad en una sociedad que envejece. Recomendaciones de la OCDE para España. Junio 2001.
- OCDE. A disease based comparison of Health Systems (2003).
- OMS. Salud y Envejecimiento: un marco político (2002).
- OMS. Key Policy Issues in Long- Term care (2003).
- Leyes de protección a la dependencia en Alemania (1995), Luxemburgo (1998), Austria (1993) y Francia (1997, revisión 2001, 2002 y 2004).

Documentos sobre atención sociosanitaria en el ámbito del estado

- Plan Gerontológico Nacional (1993). En sus Áreas 2 y 3, Salud y Asistencia Sanitaria y Servicios Sociales, establece las primeras bases de coordinación sociosanitaria.
- Acuerdo Marco para la coordinación sociosanitaria entre los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad en 1993. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1994.
- Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1996. Acuerdo parlamentario de 18 de diciembre de 1997 sobre Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en el que su apartado n.º 3 se dedica a «Instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria».
- Informe de la Ponencia especial, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales del Senado, para el estudio de la problemática del envejecimiento de la población española (diciembre de 1999).
- Informe del Defensor del Pueblo sobre «La Atención Sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos». Recomendaciones del Defensor del Pueblo a las Administraciones públicas implicadas e informes de la SEGG y de la AMG (2000).
- Convenio Marco de Colaboración sobre Atención Sociosanitaria, Salud y Consumo a las Personas con Discapacidad entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Comité Español de Representantes de Minusválidos. Marzo 2001.
- Bases para un modelo de atención sanitaria. Documento para el debate. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
- Plan de Acción para las personas mayores, 2003-2007. Acuerdo Consejo de Ministros 29-8-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- II Plan de Acción para las personas con discapacidad, 2003-2007. Acuerdo Consejo de Ministros 5-12-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012. Acuerdo Consejo de Ministros 25-7-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003).

Iniciativas de la administración autonómica

a) Programas sociosanitarios

- Plan «Vida a los Años» de la Generalitat de Cataluña (1986). Primera experiencia de desarrollo de la atención sociosanitaria en nuestro país.
- Plan de Atención sociosanitaria (Cataluña 2000-2006).
- Plan de atención sociosanitaria de Castilla y León. D/16. 1998.
- II Plan de atención sociosanitaria, 2003. Castilla y León.
- Programa sociosanitario de Galicia (PASOS), 1998.
- Programa sectorial de atención sociosanitaria 2002. Canarias.
- Programa PALET de la Comunidad Valenciana. Acuerdo de 16 de mayo de 1995. Programa especial de atención sociosanitaria a pacientes ancianos, con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal.
- Ley de Ordenación Sanitaria (2003). C. Valenciana.
- Plan de Acción sociosanitaria de las personas mayores de Cantabria. 1999-2005.
- Programas sociosanitarios de las Diputaciones Forales Vascas.
- Plan Foral de Atención sociosanitaria del Gobierno de Navarra, 2001-2005.

b) Planes gerontológicos o de atención a las personas con discapacidad

- Ley de atención y protección a las personas mayores de Andalucía (Ley 6/1999).
- Mapa de recursos Sociales y Sociosanitarios en Aragón, 2000. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Plan de atención a las personas mayores de Castilla-La Mancha, 1998-2002.
- Plan integral de Acción para personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha, 1999-2003.
- Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid, 1998.
- Plan Galego de persoas maiores, 2000-2006.
- Plan de atención para las personas mayores de Extremadura, 2001- 2005.
- Plan de Atención a Mayores, 2001-2003. Canarias.

c) Planes de Salud

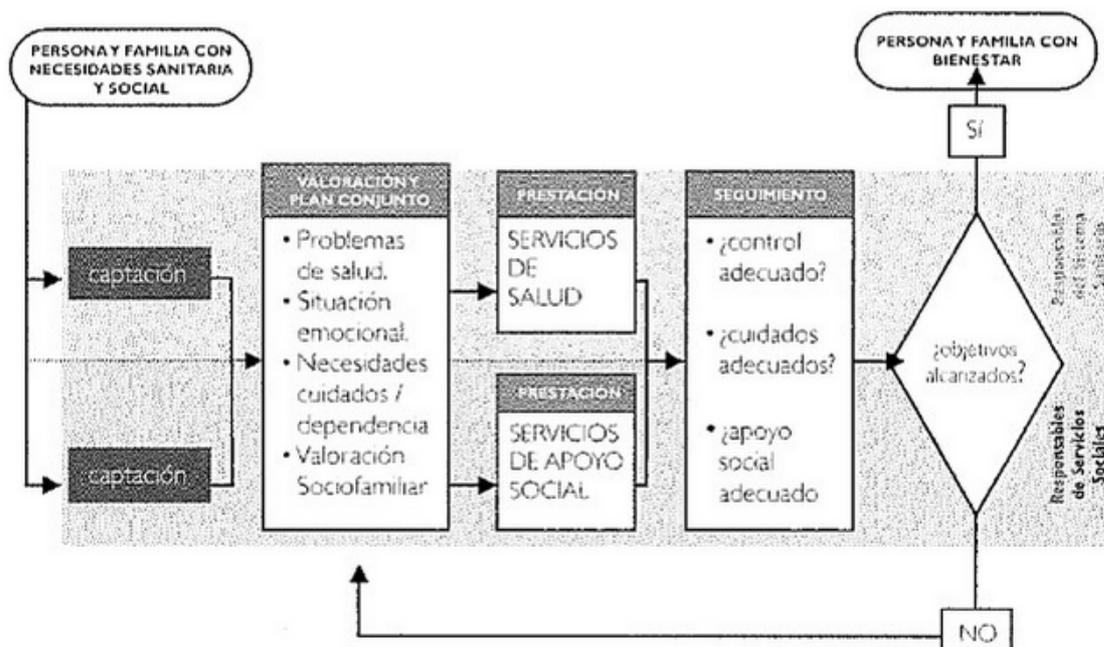
- Plan estratégico 2001-2006. Aragón.
- Plan de Salud de Canarias (D. 37 1997).
- Plan de Atención a las personas con enfermedad mental grave y crónica, 2003-2007. Comunidad de Madrid.
- II Plan Andaluz de Salud.
- Plan estratégico 2003-2007. Servicios Vasco de Salud.
- Ley de ordenación sanitaria. Galicia.

ANEXO 11: EL PROCESO DE COORDINACION SOCISANITARIA

El manual de funcionamiento de los equipos de coordinación de base elaborado por la Junta de Castilla y León explica el proceso que hay que seguir en la coordinación sociosanitario que se muestra a continuación.

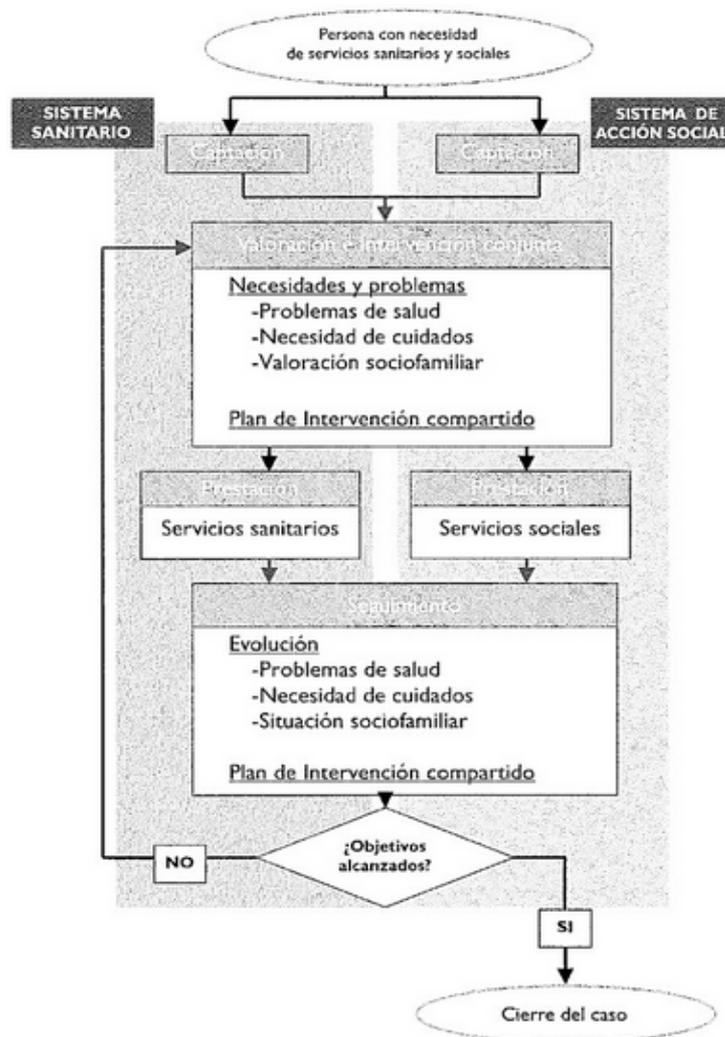
El proceso de coordinación sociosanitario se aplica la metodología de procesos a la gestión de casos, partiendo de identificar el proceso global de coordinación Sociosanitaria.

Es un proceso que pretende modificar la entrada, definida como persona y familia con necesidades sociales y sanitarias, mediante intervenciones que aporten alfo para lograr el cambio de esta situación, cambio que se identifica con mejoras en la situación, hacia el bienestar de la persona y su familia,



El esquema del proceso identifica las fases de captación, valoración y plan conjunto, prestación de servicios sociales y sanitarios, seguimiento y evaluación.

Se identifican las responsabilidades de cada sistema, ceñidas a la prestación de los servicios que corresponden a cada sistema, y los momentos de responsabilidad compartida, que implican a ambos.

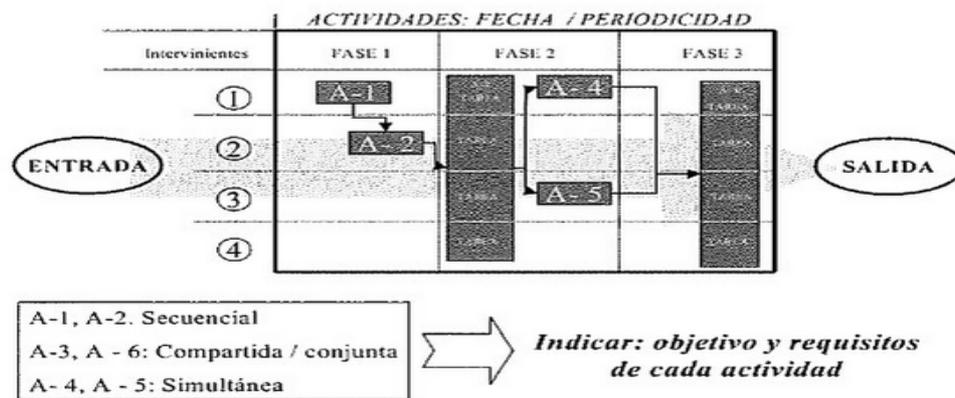


Diseñar el proceso:

Teniendo como referencia la identificación de cómo contribuye el proceso de que se trate al cumplimiento de la misión:

- Identificar la entrada: situación de partida que se pretende modificar
- Identificar la salida (el resultado, el producto): definir el cambio que se producirá en la situación.
- Identificar las fases e intervinientes: bloques de actividades que simultanea i sucesivamente aportan resultados parciales (objetivo de cada fase) al resultado final (indicadores).
- Desglosar cada fase en actividades, indicando el objetivo y la forma de alcanzarlo (los requisitos de la actividad), en los que se debe incluir quien es el responsable de la realización de la actividad, tiempo en que debe realizarlo y conexión que debe establecer con otras actividades.
- Representar gráficamente el flujo grama

Una mirada hacia el enfoque del Riesgo social en el ámbito de la coordinación socio-sanitaria y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en Castilla y León



Aplicar a la coordinación sociosanitaria los requisitos generales de calidad de procesos

A partir de tener clara la misión del proceso, alineada con otros procesos que tienen como misión compartida “garantizar la prestación integrada” el proceso debe ser:

Explicito: conocido por todas las personas a las que interesa el proceso

Cuidar especialmente el subproceso de información

Participado: todos los interesados han tenido oportunidad de aportar...

Cuidar el subproceso de comunicación: horizontal, vertical, bidireccional, recibir feedback.

Compartido: se han consensuado los puntos cruciales

Oportunidades para incorporar, consultar, contrastar...ha habido debate, cuyo resultado son acuerdos básicos del trabajo

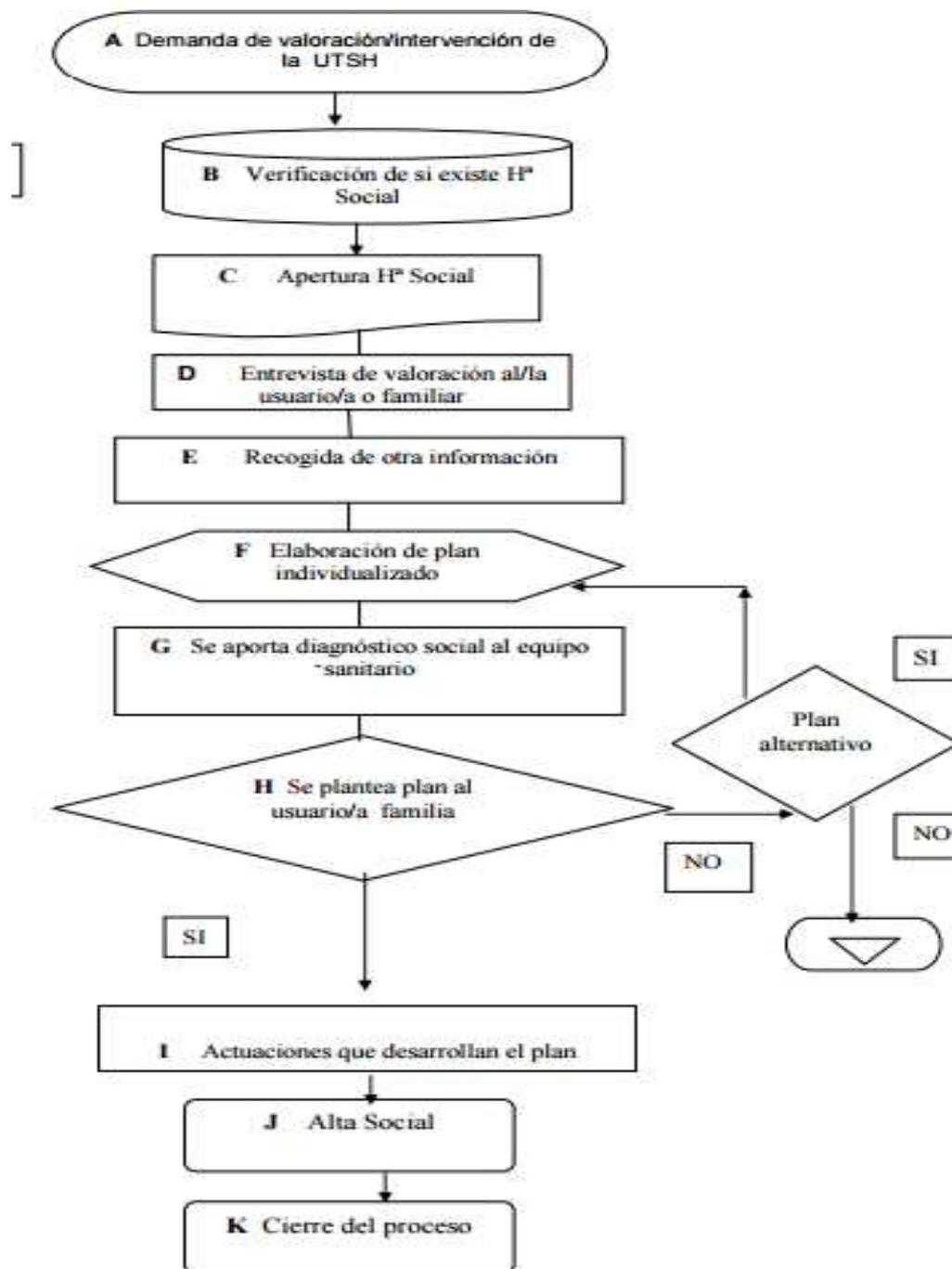
Organizado: cada interviniente sabe como contribuye al resultado, cual es su responsabilidad, con que y con quien se relaciona su papel

Se ha diseñado el proceso. Consta por escrito y cada una de las personas implicada tiene el documento en el que se intentan las acciones que le corresponde realizar

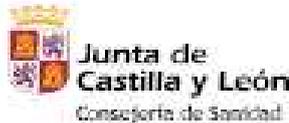
Monitorizado/evaluable: tiene establecido el sistema y procedimiento de recogida y de análisis de información para conocer, valorar e introducir las indicaciones pertinentes. Incluye señales para reaccionar rápidamente a los imprevistos.

Se ha definido el conjunto mínimo de datos significativos y se han establecido los soportes documentales y los momentos de análisis

Protocolo básico de intervención



ANEXO 12: FICHA DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL



Gerencia Regional de Salud
Dirección General de Asistencia Sanitaria

REUNIÓN DE TRABAJO COORDINADORES DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida, la mayor supervivencia de las enfermedades crónicas y los cambios sociales producidos en los últimos años, hace que cada vez sea mayor el número de personas con procesos crónicos pluripatológicos y patologías asociadas al envejecimiento, que generan situaciones de dependencia con limitaciones de las capacidades físicas y mentales y que precisan de intervenciones sanitarias y sociales que aumenten su autonomía, puedan paliar sus limitaciones y contribuyan a su reinserción social.

Con el objetivo de detectar precozmente las situaciones sociofamiliares de riesgo y desarrollar actuaciones que minimicen en lo posible las disfunciones que puedan interferir en el nivel de salud y en la calidad de vida de estas personas, de acuerdo a la actual Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León; la Gerencia Regional de Salud establece el siguiente protocolo de detección precoz de riesgo social en el ámbito hospitalario, así como la valoración social en el nivel de atención primaria.

DETECCIÓN PRECOZ DE RIESGO SOCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

POBLACIÓN DIANA:

Personas mayores de 75 años y/o personas que al ingreso hospitalario presenten: fractura de cadera, ictus, EPOC, insuficiencia cardíaca o pluripatología crónica compleja.

ACTUACIONES:

1. Valoración en las primeras 48 horas del ingreso por el personal de enfermería. Para realizar esta detección precoz del riesgo social se utilizará la Escala Gijón abreviada incluida en el aplicativo GACELA.



ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE GIJÓN (abreviada y modificada)

Situación familiar

1. Vive con pareja y/o familia sin conflicto
2. Vive con pareja de similar edad
3. Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia

Relaciones y contactos sociales

1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio
2. Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa
3. Solo se relaciona con familia, sale de casa
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1 por semana)
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 semana)

Apoyos red social

1. No necesita ningún apoyo
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.)
4. Tiene soporte social pero es insuficiente
5. No tiene ningún soporte social y lo necesita

Si la puntuación resultante es igual o mayor de 8 ó bien necesita cuidador familiar, pero este no es válido o no existe (respuesta afirmativa a los criterios 3, 4 ó 5 de la situación familiar), GACELA generará, un icono de alerta en el mapa de camas que desaparecerá o cambiará de color cuándo el trabajador social haya realizado la valoración social para confirmar la existencia o no de Riesgo Social.

- El aviso, al trabajador social del hospital para que realice la valoración social, ante una probable situación de riesgo social, se podrá realizar:
 - I. Cuando aparece el icono en el mapa de camas de GACELA, la supervisora de la planta correspondiente se pondrá en contacto con el trabajador social (llamada telefónica, correo electrónico,...)
 - II. El trabajador social accede directamente al mapa de camas de GACELA visualizando los iconos de riesgo social pendientes de valorar.
- Para eliminar esta alerta, el trabajador social accederá igualmente al evolutivo a través del icono del mapa de camas o desde el diálogo de este servicio.



9. Diagnósticos sociales. Texto libre con codificación automática de CIE 9.

10. Plan de intervención: texto libre

11. Destino al alta: desplegable a registrar solamente en JIMENA

- Domicilio
- Centro concertado:
- UCSS
- Residencia privada
- Traslado a otro hospital o institución sanitaria
- Exitus

GLOSARIO DE TÉRMINOS:

Cuidador formal: Aquella persona, capacitada o no, que cuida de forma directa a la persona afectada recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo.

Cuidador informal: Persona que presta apoyo desinteresado y voluntario a la persona afectada. En la mayoría de casos se trata de familiares directos (cónyuge, hijo/hija, yerno/suegra, hermanos, primos, etc.) o amigos muy próximos.

Cuidador principal: Aquella persona, procedente del sistema de apoyo informal del paciente, que dedica la mayor parte del tiempo, medido en número de horas/día, a su cuidado.

Curador: Persona que se responsabiliza de asistir, acompañar o aconsejar, a la persona curatelada para la realización de aquellos actos que la sentencia determine. En ningún caso puede suplir la voluntad de la persona ya que no ostenta su representación.

Guardador de hecho: Persona que convive de hecho pero no tiene la tutela.

Valladolid a 6 de marzo de 2014
SERVICIO DE ASIST. PSIQUIÁTRICA
Y COORD. SOCIOSANITARIA

- Texto libre: nombre y apellidos. Dirección. Teléfonos de contacto y correo electrónico.

- Incapacidad laboral reconocida: desplegable

- Ninguna
- Permanente Total (IPT)
- Permanente Absoluta (IPA)
- Gran Invalidez
- Pendiente de resolución

2. Composición y dinámica de la unidad de convivencia (presencia e identificación del cuidador familiar)

- Convivientes: desplegable

- Vive solo.
- Vive con familia que cuida.
- Vive con familia que no cuida.
- Otros: texto libre

- Es cuidador: sí o no

- Tiene cuidador: sí o no (*hace referencia a cuidadores familiares*)

- Cuidador principal

- Texto libre: Nombre y apellidos. Dirección. Teléfonos de contacto y correo electrónico. Capacidad para cuidar, relación de apoyos, etc.

- Dinámica del núcleo de convivencia: desplegable

- Buena
- Conflictiva
- Riesgo de conflictos

- Valoración sociofamiliar Escala Gijón: poner puntuación

Buena/aceptable situación social (5-9 puntos). Riesgo social (10-14 puntos). Posible problema social (>= 15 puntos)

3. Apoyos formales/recursos de servicios sociales: desplegable

- Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)
- Prestación de cuidados en el entorno familiar
- Estancia Diurna (ED)

4. Otros apoyos formales: texto libre



- 5. Red social informal:** texto libre (*vecinos, amigos, tercer sector, etc.*)
- 6. Valoración de la vivienda: condiciones de habitabilidad, higiene y barreras arquitectónicas**
- Domicilio tipo: desplegable
 - Domicilio familiar estable
 - Domicilio familiar rotatorio
 - Institución
 - Sin techo
 - Otros (pensión, hotel, etc.)
 - Vivienda: desplegable
 - Adecuada a sus necesidades
 - Adecuada pero precisa mejoras
 - No adecuada
 - Sin vivienda
 - Entorno comunitario adecuado: texto libre
- 7. Situación laboral/ocupacional.** Desplegable
- Sin ocupación retribuida
 - Trabajo inestable
 - Trabajo estable
 - Jubilado
 - Otra
- Nivel de estudios. Desplegable
 - Sin estudios
 - Primarios
 - Secundarios
 - Universitarios
- 8. Capacidad económica individual y familiar**
- Ingresos mensuales propios: texto libre
 - Personas a su cargo: texto libre
 - Capacidad económica familiar: desplegable
 - Sin ingresos suficientes
 - Ingresos suficientes
 - Ingresos elevados
 - Gestión adecuada de los recursos económicos: texto libre

ANEXO 13: ENTREVISTAS REALIZADAS A LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN PROPIA INVESTIGACION CUALITATIVA DE ESTE TFG

Entrevistado nº 1

1. ¿El sistema de atención a las personas dependientes promueve la autonomía tal y como dice la ley?

Sobre si el sistema de la Ley de Dependencia promueve la autonomía: El sistema garantiza ciertos derechos subjetivos a través de prestaciones y servicios. Unos servicios que casi en su totalidad ya existían (SAD, Teleasistencia, Centro de Día, Residencias...). A nivel de Servicios nuevos que recoge la Ley, destacaríamos la de los EPAP (Equipos de Promoción de la Autonomía Personal) que trabajan a domicilio con personas con cierto grado de dependencia con el fin de mantener y mejorar sus capacidades. Por lo demás, no creo que haya nuevo, a menos que quieran hablar de "autonomía" en el sentido de que te den una prestación vinculada para contratar el servicio privado que prefieras...

2. ¿Las personas dependientes son un colectivo vulnerable? ¿Por que?

Las personas dependientes sí que son un colectivo vulnerable, obviamente. Su propio nombre lo dice. Si son dependientes, es porque tienen una vulnerabilidad que les hace depender de otras personas para cubrir sus actividades básicas del día a día, lo que les condiciona no sólo físicamente, sino emocionalmente (autoestima, etc.) y socialmente (dificultad para relacionarse, acceder a servicios y recursos, etc.). Es decir, están en situación de desventaja respecto al resto de miembros de la sociedad.

3. ¿Han aumentado las solicitudes de dependencia en los últimos años?

Sobre el aumento o no de las solicitudes en los últimos años: Hubo un "boom" inicial con la salida de la ley, ya que toda persona dependiente lo solicitó. Posteriormente, se fue estabilizando el número de solicitudes ya que se iban tramitando a medida que nuevas personas "caían" en situación de dependencia. El número es sostenido. Sí que es cierto que los primeros años de la Ley, la gente venía mayoritariamente a solicitar la "dependencia" sin embargo, ahora, no vienen a solicitar la dependencia, sino que vienen a solicitar servicios como la Ayuda a Domicilio y somos los profesionales los que les indicamos que para eso primero tienen que solicitar la valoración del grado de dependencia. Esto viene sobre todo motivado por los recortes en la Prestación de Cuidados en el Entorno Familiar, que al principio fue la prestación estrella y ahora es totalmente residual.

4. ¿Cómo es el perfil general de la persona beneficiaria del sistema de dependencia?

El perfil del usuario del sistema de dependencia es una persona mayor de 80 años, prioritariamente mujer y que vive sola o con algún hijo.

Esto es en el medio rural donde me muevo yo, quizá en las ciudades, al haber mayor población joven, puedan existir otros colectivos destacables. Aquí sobre todo mayores, salvo contadas excepciones.

5. ¿El apoyo informal es importante para el cuidado de las personas dependiente? ¿Por que?

El apoyo informal y familiar es muy importante, sobre todo en la atención a personas que continúan viviendo en su domicilio, ya que el apoyo institucional llega hasta donde llega y es rígido (días, horarios, presta una serie de servicios pero no presta otros...). Además la persona dependiente, como norma habitual, suele preferir los cuidados de un ser querido que los de un profesional. Por eso es importante la formación de los cuidadores

6. El cuidado de las personas dependientes ¿debe recaer exclusivamente en el Estado, en la familia o en ambos? ¿Por qué?

Sobre si el cuidado debe recaer en el Estado, en la familia o en ambos... Detrás de esto lo que hay es una visión ideológica más que técnica o profesional. Es algo muy subjetivo. Mi visión es que si la persona dependiente y la familia están de acuerdo en que el cuidado lo preste la propia familia, el Estado debe ayudarles (asesorando, formando a los cuidadores, facilitando los respiros familiares y reconociendo económicamente ese trabajo, y ese "ahorro" que le supone al Estado). Pero el Estado tiene que ser capaz y debe estar obligado a prestar una atención integral a cualquier persona dependiente que por decisión propia o de la familia (o porque no exista familia) desea una atención pública. Por tanto el Estado debe ser garante de los cuidados, al igual que debe serlo de la sanidad y la educación, debe serlo de la atención a la dependencia.

7. ¿A los servicios sociales se les debe considerar el cuarto pilar del estado de bienestar? ¿Se encuentran a la misma altura que la educación o la sanidad?

A los Servicios sociales se les considera el 4º pilar, pero ni de lejos tienen el prestigio social que educación o sanidad. Es un sistema que es muy desconocido para la mayor parte de la población. Incluso a nivel político, se ve cómo cuesta menos hacer recortes en servicios sociales que en sanidad, educación o pensiones. Hay menos profesionales en Servicios sociales que en los otros sistemas y también menos usuarios, por tanto, genera menos movilización social y menos resistencia.

Además todavía hay un poso cultural (compartido con otros países mediterráneos) que sigue considerando la atención a mayores y dependientes como responsabilidad de la familia (en especial de las mujeres), algo que no sucede con sanidad, educación o pensiones.

8. ¿Cuál es el servicio o prestación que más se demanda?

El servicio más demandado sigue siendo la Ayuda a Domicilio. Al salir la Ley, fue la prestación de cuidados en el entorno familiar la que más se demandaba, pero en el medio rural, hay muchas personas mayores que viven solas, y no tiene cuidadores cerca porque los hijos trabajan en las ciudades. Los recortes en la PECEF (eliminación de la cotización del cuidador, bajada de las cuantías y periodo de suspensión del pago de hasta dos años, endurecimiento de los requisitos para acceder a la prestación...) han llevado a que esta prestación sea ahora mismo residual y a extinguir. Esto desde el CEAS, pero hay que tener en cuenta que toda la población que vive en residencias de mayores tienen o plaza pública o prestación vinculada.

9. ¿Qué cambios ha sufrido desde la implantación de la ley en 2006 a la actualidad?

Los cambios de la Ley han ido sobre todo en la línea que he dicho antes: desincentivar la PECEF (recortes de prestación y endurecimiento de requisitos de acceso) y promover los "cuidados profesionales" (ya sea SAD, o centro residencial). También, se realizaron dos modificaciones importantes que han supuesto en la práctica unos recortes brutales: por un lado la modificación del BVD, que se endureció mucho y por tanto da menos puntuación (lo que implica tener derecho a menos prestaciones y servicios), y por otro la eliminación de los niveles, lo que hizo que, por ejemplo, los que antes hubieran tenido un Grado 1 Nivel 2 ahora son sólo Grado 1, quedándose fuera del sistema y más aún con el retraso de la entrada en vigor de los grados.

10. Estamos viendo como se ha reducido el presupuesto para la atención a las personas dependientes ¿Cómo afecta esto a las personas dependientes? ¿y a sus familias?

El recorte en cuanto a presupuesto, lo que supone es que se vuelve a los servicios preexistentes a la Ley: sobre todo el SAD. También, sobre todo en la asistencia residencial, que cada vez hay menos plazas públicas y lo que se hace es favorecer la derivación hacia centros privados a través de la prestación vinculada. Lo que a su vez, en muchas ocasiones, lo que conlleva es un incremento del precio de la plaza privada, de forma que en lugar de beneficiarse el dependiente, se acaba beneficiando la empresa. (Ejemplo: precio de plaza 1.200€. Si te conceden 500€ de la vinculada, llega la residencia y te sube el precio a 1500€. Hay 300€ que en lugar de beneficiarte tú como dependiente, se los lleva la residencia.

11. ¿Crees que las administraciones públicas deberían apoyar más al sistema nacional de dependencia?

Claro que las Administraciones Pública deben apoyar más al sistema de dependencia. El fin básico del Estado y por tanto de la Administraciones es favorecer las condiciones para que cada persona tenga cubiertas sus necesidades básicas y facilitar las mejores condiciones de vida posible.

Y más aún en los casos de colectivos vulnerables que tienen dificultades en valerse por sí mismos. Si el Estado no está para esto, ¿para qué está? Además apostar por el sistema de dependencia generaría muchos puestos de trabajo

12. ¿Cómo será el futuro del sistema de atención a la dependencia?

Sobre el futuro del sistema de dependencia... Hay que partir de que apostar o no por el sistema de dependencia es una decisión política, no económica. Si hay dinero para rescatar a las autopistas, avalar las dudosas inversiones de la banca e incluso dejar prescribir una deuda millonaria a las eléctricas, ¿no hay dinero para la Dependencia? Dependerá de las decisiones y prioridades del Gobierno de turno. Así que, en el fondo, dependerá de lo que decida la gente en las urnas. Aquí cada uno tiene su visión (y diría que incluso su responsabilidad). Ya te digo que esto es una visión personal mía como profesional y como ciudadano, no como trabajador de la Diputación de Palencia.

13. ¿En que podría mejorar el sistema de atención a la dependencia?

¿En qué podría mejorar el sistema? En cuanto a agilidad en tramitaciones (dicen que Castilla y León es la que mejor va, así que no me quiero imaginar cómo está el resto). En mi opinión se debería apostar por fortalecer el sistema público de atención a la dependencia (plazas públicas en residencias, por ejemplo), en lugar de fomentar la iniciativa privada, ya que como expliqué antes, muchas veces la ayuda al dependiente se acaba convirtiendo en un incremento del precio de la residencia, por lo que se beneficia más la residencia que el dependiente). Por otro lado, la PECEF, bien dotada y bien controlada, con formación a los cuidadores, etc. era muy interesante porque permitía al dependiente y la familia decidir qué tipo de cuidado recibir. Además reconoce la labor del cuidador, sobre todo de la mujer. Permite el mantenimiento del dependiente en su domicilio porque es una atención integral y continuada, cosa que por ejemplo el SAD no puede cubrir, porque tiene una limitación de X horas al día.

14. Se ha producido un periodo de crisis que se habla de un recorte de 850 millones de euros en 2012 ¿podemos hablar de recortes de derechos? ¿Por qué?

Sobre si los recortes económicos suponen recortes en derechos, en mi opinión sí. Pero habrá quien diga que no se han quitado derechos, porque no estaban recogidos como tal. Yo creo que sí, porque suponen una merma en la calidad de la atención de personas especialmente vulnerables, que tienen que ser apoyadas desde las Administraciones.

15. ¿Peligran seriamente las atenciones que ya se han puesto en funcionamiento?

Sobre si peligran las atenciones que ya se han puesto en funcionamiento... Creo que los servicios se mantendrán, pero que seguirán endureciéndose el acceso a los mismos y posiblemente con una menor calidad, porque se tenderá a abaratar el coste. Como decía antes, es una decisión política, una cuestión de prioridades.

16. ¿Crees que los usuarios están contentos y conformes con las prestaciones que se les da?

Habría que diferenciar entre servicios y prestaciones. A grandes rasgos, y por las encuestas que cada cierto tiempo hacemos, los usuarios de SAD suelen estar contentos con el servicio. También los de teleasistencia. Sobre los que están en centros residenciales no te puedo decir, porque desde el CEAS apenas tenemos relación con ellos.

Pero los perceptores de prestaciones económicas, la gran mayoría están muy descontentos porque han visto reducir su prestación de cuidados en el entorno familiar hasta niveles ridículos: poco más de 20€ mensuales en muchos casos. Hay que tener en cuenta cuestiones culturales, y que por la edad, muchas personas mayores que han vivido la mayor parte de su vida en una dictadura, no suelen expresar sus críticas. En el medio rural, la gente mayor, salvo excepciones, suele agradecer cualquier ayuda por pequeña que sea. Pero los familiares, hij@s especialmente, sí que muestran su enfado por los recortes en las prestaciones económicas y en las demoras de la Administración

17. ¿La coordinación sociosanitaria es una oportunidad para el Trabajo Social?

Es una oportunidad para el Trabajo Social y es necesario para poder realizar una adecuada intervención.

Entrevistado nº2

1. ¿El sistema de atención a las personas dependientes promueve la autonomía tal o atiende solamente a la dependencia??

Existen más recursos destinados a la atención a la dependencia, es el grueso, (SAD, Residencia, Centros de Día,..). Para la promoción nos encontramos: con las Actividades formativas y capacitadoras, las actividades de los Equipos de Promoción para la Autonomía Personal y de forma anecdótica, la actividad que realiza el auxiliar de SAD en el domicilio de formación. En cuestión de prevención primaria, secundaria o terciaria, diría que no existe.

2. ¿Las personas dependientes son un colectivo vulnerable?

Desde el mismo momento en el que se les llama dependientes, el depender de otra persona, de un recurso que me ofrezcan, de una ayuda,... hace que seas más vulnerable.

3. ¿Han aumentando las solicitudes de dependencia en los últimos años?

No tengo esa percepción, se mantiene en una constante. Al principio si hubo un boom de solicitudes, por las expectativas creadas y porque eran los inicios.

4. ¿Cómo es el perfil general de la persona beneficiaria del sistema de dependencia?

Su perfil es el que corresponde a una población envejecida, como lo es la población de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

5. ¿El apoyo informal es importante para el cuidado de las personas dependiente?

Es necesario, pero debe de ser de calidad ¿Por que? La ayuda del entorno más directo es fundamental para la recuperación y/o mantenimiento de capacidades. Pero no todo vale.

6. El cuidado de las personas dependientes ¿debe recaer exclusivamente en el Estado, en la familia o en ambos?

La atención no puede ser exclusiva ni de la familia, ni del estado, se debe completar. El Estado de Bienestar debe garantizar, proporcionando los servicios necesarios, que sus ciudadanos puedan ejercer los derechos y cumplimiento de las obligaciones. La familia ha de cumplir con sus funciones de proveedoras y satisfacción de necesidades de sus miembros.

7. ¿A los servicios sociales se les debe considerar el cuarto pilar del estado de bienestar? ¿Se encuentran a la misma altura que la educación o la sanidad?

Si. Si

8. ¿Cuál es el servicio o prestación que más se demanda?

Ayuda a domicilio en los CEAS. Atendiendo al perfil de la población del entorno.

9. ¿Qué cambios ha sufrido desde la implantación de la ley en 2006 a la actualidad?

La eliminación de la retroactividad, la reducción de intensidad de prestaciones y el cambio del cálculo económico, debido a la crisis económica. También la eliminación de los niveles dentro de los grados.

10. Estamos viendo como se ha reducido el presupuesto para la atención a las personas dependientes ¿Cómo afecta esto a las personas dependientes? ¿y a sus familias?

Deteriora la atención dado que muchos (todos) recursos se compran en el mercado. Si cae el poder adquisitivo y la intensidad de los servicios es menor,.... El poder cubrir adecuadamente situaciones con recursos se hace más difícil. Se prioriza y se reduce su adquisición.

11. ¿Crees que las administraciones públicas deberían apoyar más al sistema nacional de dependencia?

Económicamente y dotándola de más recursos.

12. ¿Cómo será el futuro del sistema de atención a la dependencia?

Incierto, dado que se ha podido percibir que por intereses económicos, son los primeros en recortes. El gasto social no se debería tocar. Debería existir un pacto de Estado. Como en muchas otras materias.

13. ¿En que podría mejorar el sistema de atención a la dependencia?

Comenzando con volver al espíritu con el que nació en sus inicios.

14. Se ha producido un periodo de crisis que se habla de un recorte de 850 millones de euros en 2012 ¿podemos hablar de recortes de derechos? ¿Por qué?

Si no puede adquirir con tus ingresos recursos y la administración no te ofrece la intensidad que necesitas,.... No puedes cubrir tus necesidades. Tus derechos se ven afectados.

15. ¿Peligran seriamente las atenciones que ya se han puesto en funcionamiento?

Seramente no. Pero si se han visto tocadas.

16. ¿Crees que los usuarios están contentos y conformes con las prestaciones que se les da?

El usuario es conformista. No reivindica sus derechos.

17. ¿La coordinación sociosanitaria es una oportunidad para el Trabajo Social?

Es un gran instrumento de trabajo que hay que dotarle de recursos.

Entrevistado nº 3

1. ¿Cuáles son los aspectos positivos y negativos del riesgo social?

Aspectos positivos, el programa de riesgo social permite poder trabajar con antelación, posibilita poder trabajar con tiempo, permite encontrar problemas que se puedan presentar en los pacientes ingresados, con este programa podemos derivar a los pacientes que se encuentran con alguna situación de riesgo y puedan entorpecer las altas, nos permite visitar al paciente desde el momento del paciente y poder intervenir con él de una manera adecuada, por tanto la intervención será más eficaz. Por tanto lo bueno de este programa es que se puede conocer al paciente potencialmente problemático, con problemas al alta, para trabajar con tiempo suficiente y no alargar las estancias hospitalarias innecesarias, al final el programa lo que intenta es mejorar la atención del paciente.

Aspectos negativos, el programa tiene una visión muy positiva para poder atender de una manera adecuada al paciente, lo que veo negativo es en algunos aspectos que dificultan el trabajo. Se tendría que dotar de más personal para poder llevarlo con agilidad, es muy positivo pero por la carga de trabajo a veces no podemos hacer un seguimiento satisfactorio, por ejemplo, a veces no se puede ver al paciente porque hay otros temas que resolver y tardamos unos días en poder ir a visitarle, que no sobre pasa de los dos días, y ya se ha ido de alta.

También hay que decir, que no será mucho riesgo cuando no se han llamado, porque hay casos que no lo pasan como riesgo social pero desde la planta nos llaman porque la familia así lo ha solicitado.

Este programa genera mucho trabajo para una sola persona es mucho, porque tenemos que mirar todos los días el riesgo, registrarlo en una ficha social, ir a visitarle, pasarle la entrevista, conocer al paciente, intervenir en el caso que sea necesario, registrar la información en un programa.

2. ¿Con que dificultades os encontráis a la hora de detectar el riesgo social?

A veces nos encontramos con pacientes que ya están institucionalizados en residencias. Nos encontramos con falsos positivos, es decir, que nos lo han pasado como riesgo porque la puntuación de la escala Gijón a superado los ocho puntos, y subimos a ver a ese paciente y no tiene ningún problema, porque ya vive con su esposa, los hijos le atienden, o ya son usuarios de algún servicio. En otras ocasiones el paciente ya se ha ido de alta y no hemos podido ir a visitarle, otras veces se ha visitado pero no nos ha dado tiempo a registrarlo en Gacela y se ha ido de alta y ya no nos da la posibilidad de registrarlo.

3. ¿Por qué es importante la coordinación Sociosanitaria?

Es muy importante la coordinación sociosanitaria de una manera bidireccional. A veces no se reconoce el papel del trabajador social, a veces esto no se da, se tiene que trabajar para llegar a niveles más altos de coordinación. Aquí en el hospital por lo general sí que existe una coordinación entre los profesionales sanitarios y nosotras, de echo trabajamos mucho con la geriatra. Pero también hay que trabajar no solo en la coordinación dentro del hospital, sino también extrahospitalaria. Tenemos que trabajar más por parte de todos los profesionales para conseguir una verdadera coordinación y adecuada.

4. ¿Crees que el protocolo de riesgo social es el adecuado para la continuidad de los cuidados de las personas mayores?

Este programa es muy beneficioso para los pacientes y para el hospital, para el paciente porque mejora su intervención y su atención. Y para el hospital porque se evitan alargar estancias hospitalarias innecesarias.

5. ¿La coordinación sociosanitario es una oportunidad para el Trabajo Social?

La coordinación sí que es una oportunidad para el trabajo social, porque de esta manera permite visibilizar nuestras funciones, y demostrar que el Trabajo Social es necesario.

6. ¿El protocolo de riesgo social detecta las verdaderas necesidades del paciente?

Por supuesto que, se detectan en las entrevistas que en ocasiones no necesitan ningún recurso, pero el ir a presentarte les surge dudas y les tienes que dar información sobre dependencia. A veces aunque no muestren esas necesidades, simplemente con ir a visitarles resuelves otras necesidades que no expresan.

7. ¿En que se podría mejorar el programa de riesgo social?

Que se subiría la puntuación de la escala Gijón, ya que muchas de las ocasiones no son personas con riesgo social, y en alguna ocasión se ofenden la familia porque considera que su familiar está bien cuidado y no entienden porque tiene que ir la trabajadora social a verles

8. ¿En este programa es muy importante la coordinación con los diferentes profesionales del hospital?

Para todas las actuaciones necesario la coordinación entre todos los profesionales.

Entrevistado nº 4

1. ¿El sistema de atención a las personas dependientes promueve la autonomía tal o atiende solamente a la dependencia??

La ley presta una serie de servicios y prestaciones para atender a la dependencia y promover la autonomía. Lo que es cierto es que cuando se implantó la Ley no se pusieron en funcionamiento los servicios para promover la autonomía, es algo que es muy reciente.

2. ¿Las personas dependientes son un colectivo vulnerable? ¿Por qué?

Las personas dependientes serán un colectivo vulnerable dependiendo de los apoyos que se les preste, es decir, si una persona se la presta todos los apoyos necesarios para realizar sus actividades básicas diarias y las realiza de una manera normal no será una persona vulnerable, en cambio si no se le presta todos los apoyos que precise puede llegar a ser vulnerable.

3. ¿Han aumentado las solicitudes de dependencia en los últimos años?

Cuando se implantó la Ley hubo muchas demandas ya que era una novedad, pero ahora en la actualidad se mantiene estable.

4. ¿Cómo es el perfil general de la persona beneficiaria del sistema de dependencia?

Principalmente los que vienen a solicitar la valoración de dependencia son personas mayores.

5. ¿El apoyo informal es importante para el cuidado de las personas dependientes? ¿Por qué?

Es muy importante ya que son las familias las que prestan los servicios que en ocasiones no presta la Administración. De hecho nuestro modelo de bienestar mediterráneo la familia tiene un importante peso.

6. El cuidado de las personas dependientes ¿debe recaer exclusivamente en el Estado, en la familia o en ambos? ¿Por qué?

Debe ser algo común, no debe ser exclusivo del Estado ni exclusivo de las familias. Para que la atención sea de calidad deben de complementarse ambos.

7. ¿A los servicios sociales se les debe considerar el cuarto pilar del estado de bienestar? ¿Se encuentran a la misma altura que la educación o la sanidad?

Se les considera el cuarto pilar, pero creo que no está a la misma altura que la sanidad o la educación. Creo que tiene más reconocimiento los otros dos sistemas.

8. ¿Cuál es el servicio o prestación que más se demanda?

El Servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia

9. ¿Qué cambios ha sufrido desde la implantación de la ley en 2006 a la actualidad?

Los principales cambios que se han producido son la eliminación de los niveles, el endurecimiento de la entrada a nuevas personas que precisan de apoyo de este tipo, la disminución de la intensidad en las prestaciones y servicios, se ha estancado la entrada de nuevos beneficiarios.

10. Estamos viendo como se ha reducido el presupuesto para la atención a las personas dependientes ¿Cómo afecta esto a las personas dependientes? ¿y a sus familias?

En las personas dependientes afecta que recibirán menos prestaciones y servicios y menos intensidad, y tendrán que sufragar ellos los gastos que genere contratar estos servicios de manera privada. En las familias afectará que será en gran medida la que apoyen en los cuidados que precisen.

11. ¿Crees que las administraciones públicas deberían apoyar más al sistema nacional de dependencia?

Por supuesto que deberían apoyarla más, es algo que beneficia a muchas personas, y cada vez a más ya que cada vez la población es más envejecida, hay muchas enfermedades y accidentes que generan dependencia.

12. ¿Cómo será el futuro del sistema de atención a la dependencia?

A mí me gustaría seguir luchando por este sistema, pero tal y como venimos viendo se están haciendo muchos recortes en los servicios sociales, y no debería ser así. Por tanto como sigan haciendo recortes muchas de las personas que verdaderamente lo necesitan se van a quedar fuera de este sistema.

13. ¿En que podría mejorar el sistema de atención a la dependencia?

Que se reduzca los periodos de resolución para que puedan entrar antes las personas dependientes, hacer una mayor inversión en las prestaciones y servicios, el copago en ocasiones dificulta la entrada a los servicios en determinadas personas.

14. Se ha producido un periodo de crisis que se habla de un recorte de 850 millones de euros en 2012 ¿podemos hablar de recortes de derechos? ¿Por qué?

Se han cortado los derechos, ya que se ha endurecido la entrada a los nuevos dependientes y si no llegas a los mininos establecidos y precisas de apoyo es la propia persona o familia quien se tiene que hacer cargo-

15. ¿Peligran seriamente las atenciones que ya se han puesto en funcionamiento?

Las atenciones que ya están en funcionamiento no peligran, se seguirán prestando los servicios y prestaciones que actualmente se ofrecen para las personas dependientes.

16. ¿Crees que los usuarios están contentos y conformes con las prestaciones que se les da?

Las personas que reciben servicios como los de teleasistencia y servicio a domicilio están conformes con la atención que se les da, en donde se ve que hay mas descontenta es en la prestación por cuidados en el entorno ya que reivindican que se ha disminuido enormemente la cuantía. Pero por lo general están conformes.

17. ¿La coordinación sociosanitaria es una oportunidad para el Trabajo Social?

La coordinación sociosanitaria es muy importante. En primer lugar es importante para el propio paciente ya que se podrá atender sus necesidades desde el ámbito sanitario y social, permitirá que la intervención sea más completa, y en segundo lugar para el Trabajo Social es una oportunidad ya que mejora la visión de nuestra profesión, y demuestra que es necesaria nuestra intervención.

ANEXO 14: EQUIPOS PARA LA PROMOCION DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

A partir del documento elaborado por la Diputación de Segovia, en el cual explica de manera detallada los equipos para la promoción de la autonomía personal que expondré a continuación:

1. OBJETIVOS

Objetivos generales

- Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y/o dependencia que presenten dificultades o carencias importantes en la atención de sus necesidades o su integración social.
- Promover la permanencia en el domicilio a través de una integración integral en el entorno habitual o en su defecto, retrasar el mayor tiempo posible la institucionalización.
- Aproximar y reforzar la intervención social en el ámbito domiciliario y comunitario con personas en situación de dependencia y/o discapacidad y sus cuidadores.
- Potenciar la máxima autonomía en su entorno personal previniendo el deterioro.

Objetivos específicos

- Apoyar la continuidad de cuidados y la rehabilitación funcional
- Promover el proceso de integración comunitaria mediante el apoyo y acompañamiento cercano y flexible que permita su acceso a los recursos generales y específicos de carácter social, sanitario, formativo, ocupacional, de empleo protegido y de ocio
- Asegurar el acceso a recursos básicos y especializados para la discapacidad y dependencia.
- Proporcionar el apoyo necesario al cuidador, para garantizar una atención adecuada a las personas con Discapacidad y/o Dependencia y a sí mismo.
- Desarrollar intervenciones en los entornos de convivencia de la persona (familiar y comunitario) que contribuyan a establecer relaciones interpersonales satisfactorias y formas de participación significativas, previniendo o disminuyendo situaciones de conflictividad o de riesgo.
- Impulsar la creación de grupos y redes sociales de apoyo de personas con discapacidad / dependencia y/o familiares.
- Que las personas con discapacidad y/o dependencia tomen conciencia de sus capacidades.

2. NIVELES DE INTERVENCIÓN

- La persona destinataria.
- Sus cuidadores no profesionales.
- El sistema familiar y de apoyo informal.
- Otros profesionales (Auxiliar de ayuda a domicilio, centro de día, etc....).
- La Comunidad

3. PERFIL DE LOS DESTINATARIOS Y CRITERIOS PRIORITARIOS DE INTERVENCIÓN DESTINATARIOS DEL PROGRAMA

- Personas con más de tres años de edad, en situación de dependencia o discapacidad: Las dificultades en su autonomía personal pueden estar certificadas o no. Si no lo están deben haber sido contrastadas con los instrumentos existentes a tal fin y un objetivo fundamental es que se certifiquen oficialmente mediante la declaración de dependencia y la de discapacidad en su caso. No obstante, si se trata de un menor de edad en situación de desprotección, la intervención debe realizarse desde los equipos de intervención familiar.
- Que viven en un hogar familiar: Se excluyen a las personas que tengan atención residencial en sus diversas modalidades.
- Que presentan dificultades o carencias importantes en la atención de sus necesidades o en su integración social: Se entiende el concepto de necesidades en un sentido amplio: de subsistencia, de salud, de carácter social, de desarrollo personal, de autonomía.... Estas carencias tienen que tener un cierto grado de intensidad y cuanto mayor sea la carencia mayor prioridad debe tener el caso.
- Por causas psicosociales: Pero las causas de esas carencias o dificultades tienen que tener un origen psicológico y/o social, excluyéndose por ejemplo las que residan únicamente en factores como la salud, o en la carencia de medios económicos, etc., en cuyo caso las intervenciones deben proceder desde otros ámbitos.

Causas psicosociales más relevantes:

- Aislamiento.
- Riesgo de desprotección.
- Conflictividad familiar o con el entorno.
- Situaciones de desamparo.
- Situaciones de crisis.
- Nula o baja adherencia al tratamiento.
- Rechazo a la ayuda social.
- Reunificación familiar después de un periodo de atención residencial.
- Desorganización en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Riesgo de exclusión social por necesidad de apoyo emocional e inestabilidad psicopatológica.
- Presencia de cuidadores con baja competencia.

- Y para las que otros recursos han resultado o se consideran insuficientes, inadecuados o no están disponibles: Para que estos equipos intervengan deben haberse puesto previamente en funcionamiento los recursos habituales disponibles en el sistema de servicios sociales, y deben haberse demostrado como inadecuados o insuficientes, dentro de una estrategia de coordinación en el nivel comunitario con otros sistemas (ej. coordinación sociosanitaria de base). La intervención de los equipos puede darse simultáneamente con la aplicación de otros servicios y prestaciones que se consideren adecuados aunque insuficientes (ayuda a domicilio, centro de día, prestación económica de cuidados en el entorno familiar...)
- O que necesitan apoyo en las transiciones cuando concluye la intervención de otros dispositivos: Apoyan los procesos de retorno a una vivienda familiar desde un centro residencial, o continúan con intervenciones cuando concluye la actuación de otros equipos especializados si existen riesgos importantes de exclusión o de deficiente atención.

4. PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN

- Cuando el equipo no pueda atender a todos los casos derivados que cumplan requisitos, éste configurará una lista de espera ordenando los casos en función de la prioridad con la que tienen que ser atendidos, por lo cual se tendrán en cuenta los siguientes Criterios de preferencia:
- Gravedad de la problemática psicosocial: La atención a situaciones de desamparo y desprotección será prioritaria, así como la atención a las situaciones de conflictividad con el entorno.
- Gravedad de las carencias de atención: La falta de atención a las necesidades básicas (de subsistencia, salud, de carácter social, de desarrollo personal, de autonomía...) será prioritario para determinar la intervención.
- Situaciones de Crisis: Se priorizará la intervención en crisis.
- Grado de dependencia: Será prioritaria la atención a los grandes dependientes, cuando se combine con otros criterios.
- Nº de personas dependientes por unidad familiar: Cuando se combine con otros criterios.

5. CONTENIDO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

1. Recepción: CEAS

- Recogida de la información: conocimiento global de la situación e intervenciones previas.
- Verificación y adecuado registro en SAUUS

2. Valoración inicial

- Valoración inicial de la situación personal, sociofamiliar y del entorno
- Detección de necesidades.
- Determinación de las Áreas de intervención
- Evaluación de la idoneidad de la canalización del caso y requisitos de acceso

3. Intervención desde CEAS/derivación para la intervención del EPAP

Intervención desde el CEAS (primer nivel)

- Información, orientación y asesoramiento
- Intervención Social y Comunitaria
- Valoración funcional y social del caso
- Elaboración de un plan alternativo en caso de lista de espera en el EPAP
- Derivar a recursos ajeno
- Participar en equipos interdisciplinarios de segundo nivel de intervención(individual, familiar o comunitaria) si fuera necesario
- Canalizar el segundo nivel de intervención, en caso de discrepancia con el segundo nivel, se analizara conjuntamente por el Responsable de la Corporación Local, Coordinador del EPAP y CEAS adoptándose la decisión oportuna

Intervención desde el EPAP (segundo nivel)

1. Fase de observación (hasta 2 meses)

1.1 valoración específica

- establecer el nivel de prioridad en la atención
- valoración específica

1.2 establecimiento de un plan de intervención

- elaboración del P.I.I en colaboración con el CEAS, y acordado con el interesado
 - o establecer objetivos según necesidades, secuenciación y temporalización de los mismo, profesionales y responsabilidades
 - o designación del coordinador de caso

2. Intervención(hasta 18 meses)

- implementación del P.I.I: Usuario/familia/ámbito comunitario
- evaluación continua y revisiones del PII: nivel de consecución de objetivos, nuevas necesidades
- información semestral de la evaluación del caso

3. Seguimiento EPAP(hasta 6 meses)

- desenganche y conexión o derivación con otros recursos
- al finalizar esta fase, el EPAP deberá elaborar un informe-resumen final de la intervención

4. Finalización y cierre

- la toma de decisión de la baja la tomara el equipo en colaboración con el CEAS:
 - o por la consecución de objetivos
 - o por no avance en la consecución de objetivos en i tiempo razonable
 - o por haberse agotado los plazos máximo previstos para la intervención sin haber logrado los objetivos(especialmente cuando exista lista de espera)
 - o por imposibilidad material de continuar la intervención
- cuando sea preciso dar de baja en el EPAP por no haberse cumplido los objetivos, se elaborara un Plan Alternativo en colaboración con el CEAS.

6. FUNCIONES DEL EQUIPO

- **ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN**

Destinatarios:

- Técnicos de CEAS.
- Equipo Mixto de valoración de dependencia.
- Profesionales de otros servicios.
- Personas con discapacidad o dependencia, sus cuidadores y Personas con discapacidad o dependencia, sus cuidadores y familias.

Contenido del asesoramiento

- Orientación y asesoramiento sobre discapacidad y dependencia.
 - Recursos específicos.
 - Ayudas técnicas.
 - Colaboración en la formación y orientación grupal a cuidadores familiares organizados por las Corporaciones Locales.
- **VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD.**
 - Emisión de informes para dictamen inicial o de revisión de dependencia sobre las personas que se interviene.
 - Emisión de informes para dictamen inicial o de revisión de discapacidad de las personas sobre las que interviene.
 - Valoración para el diseño de Plan de Caso.
 - Valoración del entorno y condiciones de accesibilidad y propuesta de ayudas técnicas.
 - Valoración para acceso a dispositivos específicos.
 - Otras valoraciones (detección riesgo de maltrato, cuidador....)
 - **INTERVENCIÓN**

Objetivos

 - Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y/o dependencia que presentan dificultades o carencias importantes en la atención de sus necesidades o su integración social.
 - Promover que permanezcan en el domicilio o retrasar el mayor tiempo posible su institucionalización.
 - Aproximar y reforzar la intervención social en el ámbito domiciliario y comunitario de las personas con dependencia y/o discapacidad y sus cuidadores.
 - Potenciar la máxima autonomía de los usuarios.
 - **CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN**
 - Trabajo en Red y coordinación con otros sistemas de protección.
 - Intervenir en situaciones de crisis.
 - Resolución de conflictos familiares.
 - Mediación.
 - Orientación y asesoramiento.
 - Activación de los recursos de Apoyo Formal e Informal.
 - Derivación, acompañamiento y conexión con recursos de otros sistemas, que favorezcan la continuidad en la atención.

- Orientaciones básicas en cuestiones relacionadas con accesibilidad y prevención de accidentes, y cuestiones especializadas relativas a apoyos básicos.
- Valoración de ayudas técnicas.
- Entrenamiento en habilidades.
- Atención y apoyo al cuidador /familia.
- Conocimiento de su problemática y prevención de recaídas

7. **METODOLOGIA**

Se utilizarán complementariamente la metodología de planificación centrada en la persona y la metodología de intervención de caso.

La metodología de planificación centrada en la persona está basada en la creencia profunda de que ninguna persona es igual a otra y todos tenemos distintos intereses, necesidades, sueños y, por tanto, la individualización debe ser y de hecho es, el valor central de los servicios que prestan apoyos a las personas, siendo central el derecho a la autodeterminación, que se hace especialmente relevante cuando hablamos de personas adultas.

La planificación centrada en la persona ayuda a evitar que la gente se vea privada del control de su propia vida y que se convierta en mera espectadora de sus necesidades y en consumidores del cuidado que se les dispensa. Es una metodología que facilita que la persona (directamente o mediado por otros), sobre la base de su historia, capacidades y deseos identifique qué metas quiere alcanzar para mejorar su vida, apoyándose en el compromiso y el poder de un grupo para conseguir que eso ocurra.

El objetivo principal es que la persona tenga la oportunidad de formular planes y metas que tengan sentido para ella, teniendo gran importancia las personas más relevantes de su vida. En este sentido y teniendo como base la confianza en las relaciones sociales, se busca establecer y fortalecer la colaboración permanente con su círculo de apoyo tanto natural (miembros de la familia, amigos,...) como profesional. El apoyo imprescindible para una persona que tiene pocas habilidades para la autodeterminación es el de ayudarle a construir un proyecto de vida significativo y coordinar una red de apoyo que le ayude a desarrollar y cumplir este proyecto. La Planificación Centrada en la Persona es la metodología que da poder efectivo a la persona y, en ese sentido, garantiza su autodeterminación.

Los elementos necesarios para llevarla a cabo son:

- Evaluación comprensiva con la persona de las necesidades y sus puntos fuertes y débiles.
- Acordar con ella un plan de vida y unos compromisos.
- Implantar el Plan
- Realizar el seguimiento y revisión, valorando todo el proceso.

La metodología de Intervención de Caso se implementará mediante la designación de un coordinador de caso. La designación de dicho coordinador vendrá definida por su mayor peso en la intervención en función de las necesidades y problemática presentada. Y se tendrán en cuenta las cargas de trabajo de los miembros del equipo correspondientes a las tareas de coordinación de caso entre todos los usuarios del programa.

Las funciones del coordinador/a de caso serán las siguientes:

- Interlocutor con usuario y con el resto de los profesionales intervinientes en el caso durante todo el proceso de intervención y quien orientará a la persona en la planificación de su proyecto vital.
- Análisis, valoración, intervención, y seguimiento del caso conjuntamente con el resto de los profesionales del equipo de intervención.
- Coordinación de todos los profesionales, recursos e instituciones que intervengan en el PII.
- Convocatoria de las reuniones de equipo a propia iniciativa o a propuesta de cualquier profesional integrante del mismo.
- Impulso, seguimiento, supervisión general del cumplimiento, continuidad y coherencia de los objetivos y actuaciones que se desarrollen en el PII.
- Elaboración de los informes generales o específicos que sean necesarios en función de sus competencias y de los objetivos planteados.
- Gestión y actualización del expediente.
- La de ayuda general en el curso de los distintos procesos que afecten al interesado, así como la información y orientación sobre la adecuación de las diferentes prestaciones a las necesidades y circunstancias de este.
- Fomento la colaboración, apoyo mutuo, el trabajo coordinado y la integralidad de la intervención.

8. DERIVACION AL EQUIPO

La Intervención siempre requerirá una derivación previa de alguna de las siguientes estructuras:

- CEAS
 - Cuando considere que su intervención no es suficiente.
 - El CEAS valora si cumple requisitos de intervención y el EPAP determina la prioridad de intervención.
 - El equipo valora si el caso cumple requisitos de intervención y determina la prioridad y programa de intervención
- EQUIPO MIXTO PROVINCIAL DE SALUD MENTAL
 - Para aquellos casos que habiendo permanecido en recursos residenciales de larga estancia se prevea su próximo retorno al domicilio familiar siendo necesaria la continuidad de cuidados.
- GERENCIA TERRITORIAL(se determinaran situaciones y se establecerá el circuito)

Con carácter general las derivaciones se realizarán a través del CEAS

9. PROCESO DE INTERVENCIÓN CEAS- EPAP

