

I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020)



Un proyecto compartido en el horizonte del 2020

I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020).

Edita: Secretaría General de Servicios Sociales. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. 2016.

Diseño, Maquetación y Edición Electrónica. CIPS.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

PRESENTACIÓN

El I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia, 2016-2020, responde a la previsión recogida en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en la que se insta a las Comunidades Autónomas a elaborar Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia.

La Junta de Andalucía, fiel a su compromiso con el desarrollo con el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, ha asumido la indicación con la intensidad que exige dar respuesta a las necesidades de las 178.738 personas que están siendo atendidas a principios de 2016, lo que supone que nuestra Comunidad Autónoma atiende a más del 22% del conjunto de la población en situación de dependencia en España.

Al tiempo que seguimos desarrollando el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, trabajamos en la promoción de la autonomía personal y en prevención de la dependencia o el agravamiento de ésta, tareas que requieren del concurso de diversas Administraciones, siendo fundamental la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

Es evidente que no partimos de cero, que hay mucho camino recorrido. Aun así, tenemos que seguir avanzando, para lo cual el presente Plan va a ser un instrumento idóneo para mejorar la calidad de vida de la ciudadanía, ya que se dirige a toda la población, si bien concreta acciones dirigidas a grupos de población específicos, como son las personas mayores, las personas con discapacidad, y las personas en situación de dependencia. De igual manera, las personas cuidadoras cuentan con una especial atención en este Plan.

Por todo lo expuesto, me satisface poder presentar este Plan como resultado del consenso de tantas y tantos profesionales que han colaborado en su estudio y redacción, así como de las personas que han trabajado en los grupos, en los equipos de revisión y redacción y también de quienes han aportado el conocimiento que ha sido esencial para su gestación. Estoy convencida de que por su carácter práctico, riguroso y participativo supondrá un avance significativo en los actuales escenarios de atención y cuidados de las personas en situación de dependencia y de aquellas que pudieran estar en riesgo de derivar en ella.

Mi agradecimiento a todas las personas que han concentrado su esfuerzo profesional en que el Plan vea la luz y mi felicitación más efusiva por la calidad del mismo. Me atrevo a asegurar que vamos a impulsar su desarrollo para que el reto de llevarlo a cabo se realice con la mayor presteza.

Agradezco, muy especialmente, la permanente y enriquecedora colaboración de las Asociaciones, Universidades, CERMI Andalucía, Consejo Andaluz de Personas Mayores, ONGs y entidades sociales públicas y privadas, con las que seguiremos contando en su desarrollo y evaluación.

Con todo mi aprecio y reconocimiento a quienes lo han hecho posible, les presento el I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia 2016-2020.

María José Sánchez Rubio

Consejera de Igualdad y Políticas Sociales

Junta de Andalucía

ÍNDICE.

I.- Introducción. Marco conceptual	6
II.- Justificación.....	15
III.- Principios y criterios del Plan.....	20
IV.- Metodología del Plan	24
V.- Antecedentes.....	27
VI.- Análisis de situación: población con discapacidad o en situación de dependencia en Andalucía y recursos existentes.....	30
6.1.- Características de la población con discapacidad y en situación de dependencia	
6.2.- Características de la población en situación de dependencia (SISAAD Andalucía).	
6.3.-Previsiones de la población andaluza en situación de dependencia. El envejecimiento demográfico y las consecuencias de la crisis económica	
6.4.- Análisis de recursos	
6.5.- El tercer sector de acción social	
VII.- Finalidad y población objeto del Plan	118
7.1.-Finalidad del Plan.	
7.2.-Población objeto del Plan	
VIII.- Objetivos del Plan	119
IX.- Líneas generales de actuación. Objetivos específicos y acciones	120
X.- Desarrollo y evaluación del Plan.....	139
10.1.- Desarrollo operativo del Plan	
10.2.- Estructura de coordinación, seguimiento y evaluación del Plan: la Comisión Técnica Interadministrativa	
10.3.- Composición	
10.4.- Funciones	
10.5.- Metodología de trabajo.	
XI.- Bibliografía	143
XII.- ANEXO. Acrónimos	146
AGRADECIMIENTOS	156

I.-INTRODUCCIÓN. Marco conceptual.

En este primer apartado se incluyen conceptos clave para la comprensión del alcance de la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) (1) define la **dependencia** como *“el estado 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”*. Esta Ley clasifica en tres los posibles grados de dependencia en los que se puede encontrar una persona:

- 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 tiene 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 requiere el apoyo permanente de una persona cuidadora o tiene 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 al día 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.

El reconocimiento de la situación de dependencia, tras la aplicación de los baremos aprobados por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, es el que permite acceder a los servicios sociales y prestaciones económicas regulados en la LAPAD. Los órganos de valoración de la dependencia dependen de la Consejería de Igualdad y Políticas sociales de la Junta de Andalucía.

La valoración se basa en conocer la capacidad para desarrollar determinadas Actividades de la Vida Diaria (AVD), que son aquéllas que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social. Se dividen en básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las ABVD engloban las capacidades de autocuidado más básicas (alimentarse, vestirse, aseo personal, desplazamientos, continencia), que son las últimas en perderse y las primeras en recuperarse después de un deterioro funcional. Las AIVD son actividades más elaboradas

(uso del teléfono, preparar comida, uso del transporte, comprar, lavado de ropa, administrar medicación) que se pierden antes que las ABVD y que tienen que ver con la capacidad de manejar distintos instrumentos o situaciones corrientes de la vida cotidiana. Afectan al funcionamiento social y se precisan para vivir de forma independiente en la comunidad (2).

Por otro lado, la **discapacidad** es la situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias, previsiblemente permanentes, y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (3-5). Por lo tanto, las personas con discapacidad lo que necesitan es accesibilidad y, en su caso, los apoyos que sean necesarios (6-8).

Discapacidad no es sinónimo de dependencia ni se equipara con enfermedad, como se demuestra por el hecho que cuatro de cada diez personas con discapacidad pueden valerse por sí mismas para actividades de la vida diaria, aunque con dificultad, pero sin ayuda personal (9). Todas las personas en situación de dependencia tienen discapacidad (reconocida o no oficialmente), pero no al contrario.

La valoración del grado de discapacidad mediante la aplicación de los baremos aprobados por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, permite acceder a medidas de acción positiva como beneficios fiscales, prestaciones económicas, prioridad en el acceso a plazas escolares, reserva de plazas en las Ofertas Públicas de Empleo, bonificaciones empresariales en la contratación de personas con discapacidad, exención de tasas universitarias..., medidas a las que se puede acceder tras obtener el 33% de grado de discapacidad. Los órganos de valoración de la discapacidad también dependen de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

El Decreto 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía, define la **ayuda técnica** como *“cualquier medio o sistema que, actuando como intermediario entre la persona con discapacidad y el entorno, posibilita la eliminación o minoración de cuanto dificulte su autonomía o desarrollo personal.”*

De manera común, las ayudas técnicas o productos de apoyo se definen como herramientas de uso individual en la vida cotidiana diseñadas para promover la vida autónoma de personas con limitaciones funcionales (10). Se trata, por tanto, de instrumentos que mejoran la calidad de vida de las personas en situación de dependencia (11).

La **accesibilidad universal** es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.

Presupone la estrategia de «diseño universal o diseño para todas las personas», y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse (12).

Los **apoyos** son los recursos y estrategias que se dirigen a promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar de una persona, así como para mejorar su funcionamiento individual. Un sistema de apoyos es el uso planificado e integrado de las estrategias de apoyo individualizadas y de los recursos que acompañan los múltiples aspectos del funcionamiento humano en múltiples contextos. Ejemplos de ello son los sistemas organizativos, incentivos, apoyos cognitivos, instrumentos, recursos humanos, ambiente físico, habilidades/conocimiento y habilidad inherente.

Por **calidad de vida**, según el modelo de Schalock y Verdugo (13), se entiende *“el concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades fundamentales. Según los autores, estas necesidades son las mismas para cualquier persona y en cualquier cultura, y se concretan en 8 dimensiones: bienestar emocional, bienestar material, bienestar físico, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social, relaciones interpersonales y derechos.”*

Por **capacidad** entendemos el conjunto de actitudes y recursos que tienen las personas para desempeñar una determinada tarea o cometido. Todas las personas, incluidas quienes tienen graves situaciones de dependencia, conservan capacidades que es preciso identificar para, apoyándose en ellas, estimular que puedan seguir tomando decisiones y convertir sus derechos en libertades reales (14).

El **envejecimiento humano** es un proceso caracterizado por la pérdida progresiva de múltiples capacidades físicas y cognitivas, lo cual favorece una mayor morbilidad y mortalidad. El estado de salud en las personas mayores se mide mejor como capacidad de funcionamiento que como presencia de enfermedades (15). El clásico esquema de la OMS (Enfermedad → Impedimento → Discapacidad → Hándicap) ha quedado obsoleto por falta de criterios claros que le restan operatividad y, actualmente, se encuentra en fase de revisión (16).

El término **Envejecimiento Activo** fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 para extender la idea de Envejecimiento Saludable (17). En 2002, en el marco de la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, se define el concepto de Envejecimiento Activo (18) como *“el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”*. La OMS propone el desarrollo de la estrategia de Envejecimiento Activo en base a sus tres pilares fundamentales: salud, participación y seguridad y su definición ha sido revisada recientemente (19). Este concepto incorpora las siguientes características:

- El término “activo” hace referencia no sólo a la actividad física u ocupacional sino que pretende dar sentido y dotar de proyecto a todas las etapas del ciclo vital.
- Es universal e inclusivo, pues no sólo afecta a personas que cumplan determinadas características sino que incluye precisamente a personas frágiles, personas con alguna discapacidad o en situación de dependencia.
- Considera la diversidad: la heterogeneidad aumenta a medida que se avanza en el ciclo vital.
- Considera la desigualdad de cualquier tipo (nivel socioeconómico, género, territorio, capacidad funcional, cultura): se basa en la optimización y en la extensión de las oportunidades de bienestar y calidad de vida en cualquier condición y circunstancia (20).
- La capacidad funcional de las personas mayores es clave para valorar su estado de salud, no se conoce suficientemente la forma en que ésta varía en el tiempo ni factores que condicionan distintas formas de evolución que determinan distintas formas de envejecer, riesgos, necesidades de atención.
- Se orienta a la participación activa: tiene en cuenta las expectativas de las personas mayores con respecto a su situación (21-22).
- Incluye el contexto individual y social: los recursos personales y del entorno próximo, las redes de apoyo y la red de relaciones.
- Sustituye una planificación estratégica basada en necesidades por otra fundamentada en los derechos humanos y en la ética de los principios de equidad, dignidad y solidaridad (23-24).

Por lo tanto, como se indica en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo en Andalucía (25): *“el concepto de envejecimiento activo nos propone considerar a las personas mayores como un miembro más de nuestra sociedad, necesitadas, como cualquiera, de apoyo para envejecer de modo satisfactorio pero, a la vez, capaces, como cualquiera, de contribuir al bienestar y desarrollo colectivo. Hablar de envejecimiento activo aludiendo más a las personas mayores, como solemos hacer en la actualidad, tiene que ser tan sólo una práctica transitoria: la clave para hacer del envejecimiento activo una oportunidad de desarrollo y bienestar está en incluir a toda la población andaluza en los esfuerzos para promover esta forma de envejecer”*.

El estado de **fragilidad** (26-27) es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas de la persona adulta mayor ante

situaciones estresantes, desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad (28), hospitalización, institucionalización y muerte. La prevalencia oscila entre un 7 y un 12 % en la población mayor de 65 años. Por lo tanto, personas mayores frágiles (anciana o anciano frágil) (29-31) son las personas mayores de riesgo, caracterizado por una mayor vulnerabilidad para sufrir deterioro progresivo con mayor pérdida de función y de padecer eventos adversos (institucionalización, mayor discapacidad y muerte).

Siendo el cuidado de las personas adultas mayores difícil y complejo, el mantenimiento de la **independencia funcional** hasta el final de la vida constituye la meta más ambiciosa de la atención social y sanitaria (32).

Por **autonomía personal** entendemos la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa y con seguridad, 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, de integración y de participación social. Si bien la LAPAD entre sus definiciones recoge las “necesidades de apoyo para la autonomía personal” como “las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad”, en realidad, a través del conjunto de servicios sociales y prestaciones económicas que regula esta ley se favorece la autonomía personal, se destinan a unas tipologías de discapacidades u otras. Por ejemplo, a través de la asistencia personal se posibilita la vida independiente de personas con diversidad funcional (33).

Promover la autonomía personal significa desarrollar acciones e iniciativas que permitan a las personas disponer de los recursos y apoyos que contribuyan de modo efectivo a incrementar, en la mayor medida y con los mayores niveles de calidad posibles, su plena participación social y el desarrollo de una vida independiente con seguridad y capacidad de autodeterminación. Este planteamiento, centrado en ofrecer opciones a las personas para mejorar o mantener su bienestar, gana valor si a él se le suma un enfoque de participación de la persona o de la comunidad en el desarrollo de esas opciones. El reto es prestar los servicios necesarios equitativa y eficientemente, pero con la participación plena de la persona implicada en su propio proceso. La participación puede implicar una reorientación de los modos o metodologías de prestar los servicios, potenciando la escucha y la adecuación a cada perfil (34).

Prevenir es evitar la generación de situaciones de dependencia en la población, así como evitar el agravamiento de la situación cuando ésta es ya irreversible (35-36). En la prevención es necesario considerar las desigualdades de acceso físico o cultural a las medidas propuestas. La prevención de la dependencia resultaría de diferentes medidas:

1. **Promoción de la Autonomía Personal.** Medidas dirigidas a personas y comunidades, destinadas a incrementar, mantener o controlar los determinantes de la autonomía

personal, para fomentar ésta, actuando sobre estilos de vida, factores grupales, sociales o medioambientales que contribuyen a mejorarla. La promoción de la autonomía personal implica además de los determinantes de salud, otro tipo de determinantes educativos, culturales, socio – económicos y medioambientales. Su objetivo es que las personas y comunidades cuenten con las condiciones y los medios necesarios para mejorar su autodeterminación, seguridad y las funciones de relación y participación social, promoviendo el desarrollo de sus capacidades y la disposición y uso de los recursos que facilitan una vida satisfactoria. Sobre todo si hacemos referencia a personas con trastornos mentales graves o personas con discapacidad intelectual. Estos recursos, al igual que los **activos en salud**, pueden ser materiales y económicos, pero también políticos, ambientales, culturales y personales (37). Son ejemplos el envejecimiento saludable, el fomento de la actividad física y una alimentación saludable en la población, pero también promover la relación social, las políticas de accesibilidad universal, etc.

2. Las actividades de promoción de la autonomía deben realizarse con estrategias de orientación comunitaria, con un enfoque ecológico, en el que el contexto físico y social juega un papel protagonista como parte del sistema donde se desarrolla el ser humano. Cada persona forma parte de una o varias redes sociales que interactúan entre sí de forma más o menos organizada formando redes comunitarias. Se trata de trabajar con el potencial que tiene esa red para favorecer la autonomía de las personas, es decir desarrollar el “capital social” de la población, entendido como conjunto de recursos y activos sociales o culturales y recursos ciudadanos que procuran conocimientos, destreza y capacitación en las personas por pertenecer a un colectivo común y participar en organizaciones que fomentan su autonomía e influencia en conseguir fines comunitarios (38).
3. **Prevención primaria de la dependencia.** Medidas dirigidas a disminuir la incidencia de la dependencia, por tanto establecidas sobre personas sin dependencia, para evitar o retrasar la aparición de la misma. Incluye tanto actividades clásicas de prevención primaria de salud (vacunaciones, evitar accidentes o el tabaquismo...), como el correcto manejo de factores de riesgo y situaciones más específicas de personas mayores o con discapacidad relacionados con la aparición de dependencia (uso de medicación, hospitalización, deficiente soporte social, aislamiento...), en personas que aún mantienen la funcionalidad íntegra. Incide también sobre personas sanas, pero sobre todo en las personas con riesgos determinados en base a la existencia de esos factores predictores, y en las personas mayores con enfermedades crónicas, pero que aún no tienen afectación funcional establecida.
4. **Prevención secundaria de la dependencia.** Considerando la continuidad desde grados leves de pérdida funcional hasta grados avanzados de dependencia establecida, consiste en la intervención sobre esta situación de pérdida de funcionalidad precoz,

cuando todavía existen posibilidades de reversión o modificar su curso, por tanto, de mejorar su pronóstico. Es un concepto ligado a la persona de riesgo considerado en base al deterioro funcional precoz, incipiente, leve, antes incluso de que se manifieste clínicamente (persona en riesgo y frágil).

5. **Prevención terciaria de la dependencia.** Medidas dirigidas a disminuir el impacto de la dependencia sobre la vida de la persona en situación de dependencia, ya sea de carácter transitorio o permanente, con el fin de abordar sus problemas, minorar sus consecuencias, o actuar sobre su progresión. Son, por ejemplo, las medidas rehabilitadoras, de fisioterapia, de soporte a personas que cuidan, correcto tratamiento de la patología derivada del inmovilismo, etc.

Por otra parte, la **recuperación**, entendida como “recuperación social”, es una perspectiva centrada en la persona, que enriquece el modelo de atención comunitaria en salud mental, en torno a un conjunto de valores compartidos (implicación personal, autodeterminación, esperanza...) y que plantea la posibilidad de recuperar el control de la propia vida, a través de un proyecto de vida con sentido, independientemente de los síntomas de la enfermedad.

El **Modelo de Recuperación** (39) incorpora el enfoque de la promoción de la salud que facilita que las personas y sus comunidades incrementen el control y las elecciones sobre las decisiones que afectan a su bienestar. Desde esta perspectiva es importante destacar que las personas en su proceso de recuperación utilizan sus propios recursos personales y habilidades para la vida (40). Lo cual implica un proceso de coproducción del propio bienestar, apoyado por los servicios pero no solo dependiendo de ellos. La autonomía personal implica apropiarse de sí mismo/a (personal y socialmente).

La importancia del concepto de recuperación, esencial en el caso de personas con discapacidades derivadas de padecer trastornos mentales graves (41), pero extensible con distintos matices a todas las personas con discapacidad, marca el objetivo general de la intervención: apoyar itinerarios personales que permitan en cada caso la superación de los síntomas, las limitaciones funcionales y las desventajas sociales derivadas de la enfermedad y la discapacidad para permitir la emergencia de un nuevo sentido de la vida, el desempeño de roles sociales significativos y un mejor sentido del bienestar y calidad de vida, aunque siga existiendo la enfermedad y la discapacidad, imagen que refuerza la consideración de la autonomía personal y la ciudadanía y no el mero cuidado paliativo, como objetivos comunes para la atención sanitaria y social de estas personas.

En el ámbito de la promoción de la autonomía personal y de la prevención de las situaciones de dependencia es crucial la **coordinación entre los servicios sociales y sanitarios**. Esta coordinación debe ser percibida por las y los profesionales de ambos sistemas, por lo tanto, debe ser mejorada con todo el apoyo institucional que requiere.

La puesta en marcha de instrumentos eficaces de coordinación aporta ventajas que se materializan en sustanciales mejoras de la atención a la ciudadanía. En la literatura científica se señalan como tales:

- Mejor utilización de los recursos.
- Mejora sustancial del funcionamiento de los servicios.
- Reducción significativa de los niveles de discapacidad.
- Aumento de la satisfacción de las personas usuarias.
- Efecto positivo y significativo de la autonomía.

Existen diversos mecanismos de coordinación que se reflejan en el uso de equipos multidisciplinares, intersectoriales, empleo de las TICS... Uno de los instrumentos más efectivos de coordinación es la utilización de la figura de la persona **profesional de referencia** que tendrá como función canalizar los diferentes servicios y prestaciones que necesite la persona, asegurando la globalidad y la coordinación de todas las intervenciones de todas las personas implicadas (profesionales, personas usuarias, familias e instituciones) en los procesos derivados del desarrollo de este Plan, asegurando una atención sistemática, integral, continuada y garantizando la coherencia de los itinerarios y la coordinación con los demás sistemas.

Para una atención integral de las necesidades de la ciudadanía también es necesario impulsar la coordinación de los servicios sociales y sanitarios con cuantos otros servicios sean precisos para abordar la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia desde una perspectiva multidimensional e interterritorial.

A tal fin se necesitará el desarrollo de estructuras formales de coordinación que actúen en diversos planos territoriales (local, comarcal, provincial y autonómico) cuyo desarrollo reglamentario es imprescindible para el éxito de las acciones y medidas que se describen en el Plan. Pero sería insuficiente plasmar en la norma estructuras de coordinación si esta tarea no estuviera acompañada de un cambio de mentalidad organizativa que añada a los tradicionales espacios de coordinación nuevos agentes como los servicios de vivienda, educativos, de tráfico, de juventud, de prevención de riesgos laborales y de empleo.

Ello redundará en una mejor utilización de los recursos, la garantía de la continuidad en los cuidados, mejoras sustanciales en el funcionamiento de los servicios, reducción de los niveles de discapacidad y dependencia y, sobre todo, aumento de la calidad de vida y satisfacción de la ciudadanía.

Por último, conviene distinguir entre los **servicios de promoción de la autonomía personal** para las personas reconocidas en situación de dependencia, conforme a lo establecido en el Catálogo de Servicios de la LAPAD (art.15.1.a), del presente **Plan de**

promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia, dirigido a la población en su conjunto, conforme a lo previsto en el art.21 de la citada Ley, si bien este último debe considerar el funcionamiento de aquel otro.

II.- JUSTIFICACIÓN.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su artículo 21, nos dice que la prevención de las situaciones de dependencia tiene por finalidad: *“prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”* (42).

Con este fin, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en su sesión del día 16 de enero de 2013 acordó los criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaborasen las Comunidades Autónomas.

España presenta unos de los índices más altos de envejecimiento no sólo de Europa sino del mundo, situándose actualmente las personas mayores de 65 años en un 18,2% de la población total (43), con un aumento importante de las personas mayores de 80 años (envejecimiento del envejecimiento) que constituyen un 4,1% del total de la población, cifra que irá en aumento en los próximos años. Este envejecimiento poblacional es una realidad incuestionable y un logro histórico (44) y se deriva del incremento de la esperanza de vida por una mejora sustancial de las condiciones de vida de la ciudadanía, de los cambios en los patrones de las enfermedades y el avance de la sanidad, del descenso de la natalidad, y por ello comporta un aumento importante y progresivo de la morbilidad asociada a procesos de cronicidad y así como del número de personas con discapacidad, en consecuencia, de la dependencia. Andalucía no es ajena a esta “revolución demográfica”, presentando en sus datos un envejecimiento de su población, aunque no tan acusado como en otras Comunidades Autónomas, con un porcentaje de mayores de 65 años que se sitúa en el 15,9%. Siendo así, la proyección demográfica hacia el futuro ofrece un escenario donde las personas de edad representarán más de la tercera parte del total.

Es de sobra conocido que este sector de población es el más vulnerable, concentra el mayor riesgo de dependencia y las mayores cifras de dependencia ya establecida, lo que ocasiona que las personas presenten un mayor gasto en salud en relación con un mayor consumo de recursos sanitarios y sociales (45), existiendo diferentes estudios que evidencian que:

- El gasto medio en servicios sanitarios y sociales es diez veces mayor que en la fase en la que se haya la dependencia libre de este factor. El tránsito a la dependencia rompe el equilibrio por cuanto que el gasto sanitario pierde peso frente al social situándose en un 32% frente al 68% de gasto social (46).
- Los servicios sociales absorben mayor gasto en fase de dependencia que los servicios sanitarios. Al pasar de la fase de no dependencia a la de dependencia el gasto se multiplica por trece en los servicios sociales mientras que en los sanitarios se aumenta en siete veces. La explicación a esta diferencia se encuentra en que las necesidades de atención se tornan permanentes y continuas en el ámbito social (internamiento y ayudas económicas) en tanto que en el sanitario, aun siendo costosos, se consumen con menor frecuencia (47).
- Este mismo criterio se mantiene en el consumo de productos farmacéuticos y ayudas técnicas, incrementándose en dependencia en una proporción de seis.
- El gasto sanitario y social está estrechamente relacionado con la evolución de la dependencia y sus grados. Pasar del nivel moderado (grado I) al severo (grado II) supone una duplicación del gasto, en tanto que el paso de grado II a gran dependencia (Grado III) es de un 1,66. El 90% aproximadamente del volumen de recursos sanitarios y sociales consumidos se concentra en los últimos 7 u 8 años de vida de la persona que está en algún proceso de dependencia (48).
- Una persona mayor en situación de dependencia consume como promedio 2.498 horas/año en servicios, frente a las 199 horas/año que consume una persona mayor sin dependencia, de las que el 85% se consumen en centros de internamiento, consumo este último que tiende a concentrarse en los dos o tres últimos años de la vida de la persona.
- El empeoramiento de las condiciones de vida debido a la crisis económica (49) se constata en un aumento del consumo de psicofármacos por problemas de salud mental de la población.

Los datos expuestos indican que la atención a las personas en situación de dependencia, en el reconocimiento de sus derechos sociales, supone una alta inversión económica para las administraciones públicas. La crisis económica ha propiciado que en las reformas realizadas a la Ley 39/2006, se haya priorizado los recortes de las prestaciones y la reducción del gasto. En un futuro próximo se deberá evaluar si realmente estas medidas han contribuido a la sostenibilidad del sistema o, por el contrario, han favorecido la invisibilización de los retornos de bienestar social y económico derivados de los servicios y prestaciones reconocidos por la LAPAD, tal y como analizaba el Libro Blanco de la Dependencia.

Esta situación presenta indudables retos que deben afrontarse como una oportunidad de mejora. Mejora en la coordinación de los sistemas y servicios, mejora en la eficiencia y sostenibilidad de los recursos, y sobre todo, mejora en la atención a las personas y de sus niveles de calidad de vida percibida (50).

Si bien es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas en situación de grave dependencia, no se debe dejar en segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia o para la recuperación cuando la dependencia es reversible, por lo que las intervenciones que tengan como objetivo la actuación preventiva, temprana y rehabilitadora deben ocupar un lugar preferente (51).

Diversos estudios evidencian la necesidad de abordar políticas preventivas como piezas fundamentales del sistema y como garantías de su viabilidad. Se trata, en definitiva, de fomentar una cultura de la prevención que aglutine las acciones de los distintos agentes públicos y privados. Para ello es imprescindible la coordinación de los recursos poniendo en valor los ya existentes, generando otros que respondan a las necesidades de la ciudadanía (52).

Es necesario forjar, por un lado, una cultura de prevención de las discapacidades y, por otro, incentivar un nuevo paradigma que propugna que evitar la aparición de la dependencia es más importante que abordarla, y hacerlo cuando es reciente y reversible, es más efectivo que llevarlo a cabo cuando ya está establecida. Por ello, son cruciales tanto las acciones de promoción de la autonomía personal como las de prevención de dependencia, pues en la acción combinada de ambas y su adaptación a las características de cada persona, esté o no en situación de dependencia, radicará el éxito de los objetivos del Plan.

Promocionar la autonomía personal y la salutogénesis en el ámbito familiar y comunitario es una de las piezas clave para prevenir la dependencia. En aplicación de uno de los principales axiomas que sostiene que es mejor prevenir la dependencia que tratarla, se necesita intensificar las acciones denominadas de prevención primaria, pero también de prevención secundaria y terciaria. Se trata, en definitiva, de fomentar que, una vez establecida la situación de dependencia, las personas mantengan el mayor nivel de calidad de vida, evitando su deterioro en el mayor grado posible.

El desarrollo de las acciones de promoción de la autonomía personal y de la prevención de la dependencia no sólo supondrá un aumento de la calidad de vida de la ciudadanía, objeto principal de la actuación de los poderes públicos, sino que permitirá avanzar en la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas públicos de protección social al posibilitar un considerable ahorro de gasto, tanto social como sanitario en un momento de crisis económica con recursos escasos.

Los recursos destinados a las personas en situación de dependencia representarán en 2020 entre el 1.42 y el 1.65% del PIB llegando en 2050 al 2.50%, cuando en 2010 representó el 0,55% del PIB. Según las consideraciones del Libro Blanco de la Dependencia de Cataluña, la puesta en marcha de medidas preventivas de la dependencia en diversos países supone un decrecimiento anual de entre un 0,75% y un 1,3% del escenario de dependencia (53). La implementación de acciones preventivas que nos sitúe en un escenario parecido supondrá un considerable ahorro de cerca de 1.800 millones de euros en 2026 en España.

Los empleos creados o no destruidos en este periodo de crisis, gracias a los servicios derivados de la Ley 39/2006, han propiciado a la Administración General del Estado un ahorro en prestaciones de desempleo, e ingresos por impuestos generales y cotizaciones a la Seguridad Social. La atención a la dependencia, una vez afianzado el sistema y corregidas deficiencias derivadas de su nueva implantación y la ampliación a los grados I, puede ser sin duda un motor que impulse la economía y a la vez propicie bienestar social a un sector de la población que requiere de importantes apoyos para su inclusión social.

Los programas de autonomía personal e implicación de la ciudadanía en las comunidades en las que viven potenciarán un desarrollo comunitario basado en la participación, orientando la estrategia para el aprovechamiento de estos activos para generar bienestar, tanto de las personas como de los colectivos o entornos.

Para consolidar este modelo basado en la promoción del bienestar y la prevención de la dependencia es importante potenciar estrategias que hagan fáciles las opciones centradas en el bienestar de las personas y las comunidades que van desde los ambientes de aprendizaje de habilidades personales para una vida con menor dependencia, hasta generar entornos capaces de prevenir la discapacidad o facilitar la vida de la persona. También es importante desarrollar medidas que potencien el trabajo intersectorial, ya que la visión del Plan no puede quedarse en la visión desde los servicios sociales y sanitarios. Y por otro lado, es fundamental la reorientación de la atención no solo centrada en el déficit sino en las capacidades de las personas implicadas, participando y coproduciendo los procesos.

Otro de los instrumentos necesarios es el adecuado desarrollo de estructuras institucionales de coordinación que actúen en diversos planos territoriales. En el oportuno marco normativo que las regule, estas estructuras han de tener no sólo una composición intersectorial sino interadministrativa, dando destacada participación a la Administración Local por su naturaleza cercana a la ciudadanía y administradora de servicios y recursos de proximidad (54).

El carácter complejo (multidimensional, multifuncional y multicausal) de la dependencia requiere respuestas plurales y diversas, por cuanto la misma no sólo está

asociada a la situación biomédica de la persona sino que está altamente influenciada por condiciones ambientales, sociales, culturales, económicas y psicológicas.

Otro reto a afrontar por el Plan es la incorporación de la perspectiva de género, de forma transversal, en todo su proceso, así ha sido en su elaboración, pero también debe asegurarse en el desarrollo de los objetivos y medidas propuestas, y en su seguimiento y evaluación, siendo el análisis de impacto de género un criterio de evaluación de sus resultados.

Las actuaciones de investigación en el área de la prevención de la dependencia y autonomía personal, si bien han sido puntuales hasta la fecha, merecerían ser potenciadas a través del desarrollo y aplicación de productos, servicios y contenidos tecnológicos que favorezcan la autonomía personal y la prevención de la dependencia, así como la promoción de iniciativas de innovación y emprendimiento social.

Por otro lado, la formación es uno de los aspectos de sustancial relieve que se ha ido implantando en estos años, tanto dirigida a profesionales como a las propias personas usuarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), personas en riesgo de estar en situación de dependencia y cuidadoras y cuidadores no profesionales. Las actuaciones formativas se deben concebir desde una perspectiva innovadora que fomente la formación cruzada entre los distintos ámbitos profesionales involucrados en la promoción de la autonomía y prevención de la dependencia.

También se considera clave continuar con el estímulo de un modelo de educación familiar y comunitario basado en potenciar los aprendizajes para la vida, el principio del ciclo vital (en la escuela y la familia desde la primera infancia), y una estrategia de comunicación a través de los medios sociales y la web social, así como una estrategia educativa centrada en motivar y apoyar a las personas para vivir con más salud...

Y finalmente, otro de los grandes retos se dirige a mantener también en las acciones del Plan las garantías de participación de la ciudadanía a través de las organizaciones y asociaciones que las representan, así como de los agentes sociales. Solo así se fraguará un plan flexible y eficaz situado en el centro de las necesidades de la ciudadanía.

III.- PRINCIPIOS Y CRITERIOS DEL PLAN.

1.- Universalidad.

La prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal irán encaminadas a lograr que la población en general mejore su calidad de vida, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación.

2.- Igualdad.

El Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia orientará sus actuaciones para **favorecer la cohesión social** contribuyendo a **superar las desigualdades** de carácter social.

3.- Responsabilidad pública.

Los poderes públicos dispondrán de los recursos financieros, humanos y técnicos adecuados a la consecución de los objetivos propuestos.

4.- Dignidad.

Como atributo humano esencial, inherente a la condición de persona que, por serlo, tiene valor y no precio, y que constituye el fundamento de la ética ya que en su concepto se engloba el conjunto incondicional de los derechos humanos.

Como el atributo intrínseco de la persona que, en cualquiera de sus etapas y circunstancias vitales, ejerce su autonomía moral y sus derechos para orientar su existencia hacia el logro de un plan de vida propio, acorde con sus preferencias y deseos. La dignidad implica el reconocimiento y el respeto inherente a la condición humana por parte de todas las personas (14)

5.- Calidad.

Se facilitará la fijación de **criterios comunes** para garantizar unos determinados **estándares esenciales de calidad**.

Se procurará establecer criterios de seguridad, sistemas basados en el modelo de calidad de vida e **indicadores que permitan la evaluación de la calidad de las actuaciones**.

Se promoverá, asimismo, el desarrollo de una gestión orientada a la **optimización de recursos y a la mejora continua de procedimientos**.

6.- Participación ciudadana.

Se establecerán los **canales de comunicación y las fórmulas de colaboración** necesarias para promover y desarrollar la participación de las entidades sociales en la identificación y análisis de la situación, en la realización de programas de carácter preventivo, que mejoren la atención y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia o en riesgo de padecerla.

En la planificación, desarrollo, seguimiento y evaluación de las medidas de este Plan se promoverá la **colaboración** de las organizaciones y grupos, así como la **participación efectiva** de las personas usuarias y cuidadoras y de la ciudadanía en general.

7.-Atención centrada en la persona, integral y continua.

Se ofrecerá una **atención personalizada, con la participación e implicación de la persona. Ajustada a sus capacidades y necesidades particulares**, tanto físicas, como psicológicas o sociales, y/o necesidades de la familia, o persona cuidadora, y basada en la evaluación integral de sus necesidades en su entorno familiar y comunitario. Se garantizará la **continuidad e integralidad de la atención** mediante la planificación conjunta de la atención, el seguimiento y la evaluación de resultados, así como el fortalecimiento del trabajo cooperativo y en red.

8.-Sostenibilidad.

Las actuaciones se caracterizarán por su **viabilidad y sostenibilidad**

9.-Interdisciplinariedad.

Con el fin de garantizar el carácter integral de la acción preventiva prestada y la aplicación racional y eficiente de los recursos públicos, se favorecerá la **interdisciplinariedad de las intervenciones, el trabajo en equipo y la integración de las aportaciones de las diversas profesiones de los ámbitos sanitarios y sociales**, así como cualesquiera otras que resulten idóneas.

10.-Intersectorialidad.

Se tendrá en cuenta la **transversalidad** de las políticas de promoción de la autonomía personal y de prevención de situaciones de dependencia, por lo que se incluirán medidas de carácter interdepartamental e intersectorial. Se ha de partir de la premisa que sostiene que la **dependencia es de carácter complejo** (multidimensional, multifuncional y multicausal) y por ello requiere **respuestas plurales y diversas**, por cuanto la misma no sólo está asociada a la situación biomédica de la persona sino que está altamente influenciada por condiciones ambientales, sociales, culturales, económicas y psicológicas.

11.- Proximidad y equidad territorial.

Las actuaciones, cuando su naturaleza lo permita, responderán a criterios de máxima descentralización.

Estas actuaciones deberán desarrollarse lo más próximas posible al **domicilio particular**, impulsando las actuaciones conjuntas con las **Administraciones Locales**, teniendo en cuenta **las zonas rurales** y/o otras peculiaridades. Se garantizará así el **acceso equitativo a los recursos y servicios** contemplados en el plan, con independencia del lugar de residencia

12.- Transversalidad de género.

La Junta de Andalucía garantizará que tanto la valoración de riesgos y necesidades de las personas y grupos sociales como, en su caso, el acceso a las prestaciones y servicios, se realicen con arreglo a **criterios de equidad e igualdad efectiva de oportunidades de mujeres y hombres**.

En especial, se tendrán en cuenta las **distintas necesidades de mujeres y hombres** - tanto en personas afectadas como en quienes las cuidan - **teniendo presente la feminización de la dependencia en edades avanzadas, del trabajo de cuidados**, adoptando y promoviendo **medidas específicas dirigidas a las mujeres tendentes a corregir la especial vulnerabilidad por razón de género en cuanto a los riesgos de exclusión vinculados a la discapacidad y la dependencia**.

13.-Emprendimiento e innovación social.

Se promoverá el **talento** de las personas emprendedoras e innovadoras, canalizando el más valioso talento humano para buscar las mejores soluciones, compartiendo las **prácticas exitosas** y favoreciendo su **replicación y posible escalada** dentro del Plan.

14.-Normalización e integración.

Se utilizarán **los cauces normales que la sociedad establece para la satisfacción de las necesidades sociales y culturales, respetando el medio familiar, el entorno social y el derecho a la diferencia**.

15.-Respeto a la diversidad.

El **respeto por la diferencia y la aceptación de las personas** con discapacidad y dependencia han de verse como parte de la **diversidad consustancial a la condición humana**.

16.-Respeto a la autonomía individual.

El respeto a la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida **la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas**, de acuerdo con lo previsto en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (55), aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de Naciones Unidas y artículos 25 y 26 de la **Carta Europea de los Derechos Fundamentales**.

17.- Cooperación y Coordinación.

Las Administraciones Públicas actuarán de conformidad con el deber de cooperación entre sí, de forma efectiva y real y respondiendo a un planteamiento multisectorial.

Además de la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales, directamente implicados en la intervención en situaciones de dependencia, **se establecerán mecanismos de coordinación eficaces entre otros sistemas y políticas públicas, orientadas asimismo a prevenir la dependencia y al fomento y promoción de la autonomía personal, al objeto de optimizar los recursos humanos y económicos.**

18.- Responsabilización.

Se articularán medidas que contemplen la **responsabilidad individual en la participación y la utilización de los recursos y servicios disponibles.**

IV.- METODOLOGÍA DEL PLAN.

La elaboración del plan ha pasado por distintas fases, utilizándose la técnica metodológica combinada del **consenso formal de grupos** de personas expertas y el **método Delphi**, propiciando la intervención activa y equitativa de los distintos actores.

Se llevó a cabo en diferentes pasos siguiendo los criterios del Consejo Territorial (56):

PASO 1.- Constitución de un Grupo de Trabajo Promotor en el seno de la Secretaría General de Políticas Sociales y un Grupo Coordinador que dependía de la Dirección General de Personas Mayores, Infancia y Familias para definir la metodología y el procedimiento.

PASO 2.- Elaboración de un borrador-base y desarrollo de diversos documentos orientativos sobre el objeto, fines, objetivos, personas destinatarias, principios, líneas y acciones del plan y material explicativo sobre la finalidad de los Grupos de Trabajo.

PASO 3.- Constitución de nueve Grupos de Trabajo de 12 a 24 personas expertas en diferentes ámbitos para validar con reuniones presenciales los objetivos y las acciones propuestas dentro de cada línea general, definir y concretar las acciones propuestas, y mejorar y ampliar la propuesta inicial. En cada grupo se nombró un/a moderador/a.

PASO 4.- Delphi de grupos no presenciales donde se realizó una Encuesta a Personas Expertas (cuestionarios telemáticos) donde se integraron las mejoras al texto inicialmente propuesto y las adiciones que se consideraron oportunas con las siguientes fases:

1.- **Primera fase: consulta de posición.** Cada componente del panel recibió del moderador o moderadora:

- Documentos de contextualización del Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia.
- Otros documentos de interés para su trabajo en el grupo.
- Un cuestionario on-line.

2.- **Segunda fase: consulta de consenso.** En esta fase las personas expertas recibieron un segundo cuestionario dirigido a concretar definitivamente y validar las aportaciones realizadas por los componentes mostrando su nivel de acuerdo.

PASO 5.- Reuniones de los grupos presenciales que siguieron, en su metodología, una combinación del método Delphi con la técnica del consenso formal de grupos de personas expertas con las siguientes fases:

1.- **Primera fase: consulta de posición.** Con idéntico esquema que el de los grupos no presenciales.

2.- **Segunda fase: taller presencial de definición.** Los grupos realizaron un análisis de las aportaciones realizadas en la Consulta de Posición:

- a) Se analizaron los textos de los objetivos y acciones a desarrollar.
- b) Se concretaron las propuestas.
- c) Cada componente defendió ante el grupo su posición.
- d) Se validaron por el Grupo.

En estos talleres participaron 87 personas expertas donde se realizaron numerosas aportaciones y mejoras al texto propuesto.

PASO 6.- Una vez terminada esta fase se abrió un período de últimas sugerencias y propuestas puntuales de mejora hasta el 31/05/14.

PASO 7.- El grupo final redactor del Plan revisó y ordenó todas las aportaciones realizadas.

La elaboración del I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia se ha regido por los siguientes principios:

1.- Intervención Activa. Para ello se han seguido diversos cauces de expresión de la opinión al objeto de definir las estrategias, medidas y objetivos del Plan.

2.- Multidisciplinariedad. Han participado diferentes perfiles profesionales y estamentos con conocimiento en la materia.

3.- Intersectorialidad. Han tomado parte de las discusiones representantes de diversas entidades, estamentos y departamentos de la Administración, para un abordaje del Plan desde perspectivas diversas que permitan abarcar la complejidad de la Prevención y Promoción de la Autonomía Personal. Han participado personas expertas de 41 organizaciones distintas distribuidas en 6 Consejerías (23 Centros Directivos), 3 Universidades y 2 entidades de investigación, 8 entidades locales entre Ayuntamientos y Diputaciones andaluzas y 10 entidades representativas del Tercer Sector. (En el apartado de agradecimientos se adjunta la relación de profesionales participantes y las entidades de pertenencia).

4.- Participación equilibrada de hombres y mujeres. Han participado en los grupos de discusión 131 personas expertas, de las cuales 83 han sido mujeres y 48 hombres. El grupo denominado “Enfoque de Género” realizó una importante tarea de desarrollo de propuestas de acciones que se distribuyeron entre los otros grupos temáticos dotando al conjunto del Plan de la pertinente transversalidad de género.

5.- Utilización de nuevas tecnologías para la reducción de los costes organizativos y facilitar la conciliación con la vida familiar y personal de las personas integrantes de los grupos de trabajo.

6.- Flexibilidad en la atención a las propuestas con establecimiento de cauces de comunicación permanentes.

La metodología de elaboración de este Plan y la importante participación con la que ha contado ha permitido enriquecer notablemente las propuestas de contenido mínimo incluidas en el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de 16 de enero de 2013.

V.- ANTECEDENTES.

El **Estatuto de Autonomía de Andalucía** recoge expresamente entre los objetivos básicos de la Comunidad Autónoma, **la integración social, económica y laboral** de las personas con discapacidad (artículo 10.3.16º), señala en su artículo 19 el derecho de las personas mayores a recibir una **atención integral** para la promoción de su autonomía personal y el envejecimiento activo. Y en el artículo 24 se insiste en que las personas con discapacidad y las que estén en situación de dependencia tienen derecho a acceder a las ayudas, prestaciones y servicios de calidad con garantía pública necesarios para su desarrollo personal y social.

Situar la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia en el **ámbito de los derechos** constituye un punto de partida clave en el desarrollo del Plan.

La atención a las situaciones de dependencia ha de **combinar necesariamente las intervenciones sanitarias con las sociales** para permitir una verdadera **atención integral** a las necesidades de las personas y sus familias, que suponga un apoyo a la función familiar de cuidados. Como señala el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD en su Acuerdo de 16 de enero de 2013, el desarrollo de los Planes de Prevención constituye *“una importante oportunidad de promover la coordinación y cooperación interadministrativa, para garantizar una atención integral e integrada y para el desarrollo de la calidad de los servicios especializados en la atención a estas personas”*.

Distintas leyes, normas reglamentarias y documentos de referencia han previsto la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios:

- El convenio marco entre la Consejería de Salud y la Consejería de Asuntos Sociales para el desarrollo de actuaciones sociales y sanitarias conjuntas en la atención a personas mayores y personas con discapacidad en Andalucía, de 1997.
- La Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores, ya recogía el sistema de atención sociosanitaria para las personas mayores en situación de dependencia que requiriesen la intervención de los servicios sociales y de los servicios sanitarios.
- La Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud define, en su artículo 14, 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 simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”*. Añadiendo que *“la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.”*

- El **Libro Blanco de la Dependencia** en 2004, apuntaba una serie de medidas para mejorar la coordinación entre los Servicios Sociales y la Atención Primaria de los servicios sanitarios. Entre ellos destaca, dados los escasos éxitos obtenidos en la implantación de estrategias de coordinación en sí mismas que no implicasen la creación de nuevas estructuras, la necesidad de abrir el debate sobre la creación de **equipos consultores, profesionales de referencia y de soporte**.
- La LAPAD, en su artículo 11, relativo a la participación de las Comunidades Autónomas en el SAAD, asigna a las Comunidades Autónomas la función de *“Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención”*.
- En Andalucía, el Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el 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, así como los órganos competentes para su valoración, establece en su Disposición final primera, denominada *“Procedimientos de coordinación sociosanitaria”*, que *“En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11.1.c) de la LAPAD, mediante Orden conjunta de las Consejerías competentes en materia de salud y de servicios sociales se establecerán los procedimientos de coordinación entre el Sistema Público Social y Sanitario, así como los instrumentos que procedan para garantizar una efectiva atención a las personas en situación de dependencia”*.

Así, a lo largo del desarrollo del SAAD en Andalucía se asentaron las bases de la necesaria colaboración entre los ámbitos social y sanitario. En 2007, a través de un acuerdo entre la Consejería de Salud y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, las personas que solicitan la valoración de su situación de dependencia no tienen que aportar el **informe de salud** requerido, sino que éste es tramitado entre ambas Consejerías, con lo que se evita molestias a la ciudadanía.

Por otro lado, se constata cómo la coordinación entre servicios sanitarios y sociales se ha producido, además de para los citados informes, a lo largo de diferentes programas, planes sectoriales y órganos de participación como:

- El Servicio Andaluz de Teleasistencia.
- Las Comisiones intersectoriales, provinciales y autonómica, integradas por personal técnico de los servicios de salud mental, de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA), donde se examinan las propuestas del Plan Individual de Atención (PIA) de personas con trastornos mentales grave.

- El Programa de atención infantil temprana.
- El acceso de las y los profesionales de los Centros de valoración y orientación de personas con discapacidad al DIRAYA.
- El protocolo general de colaboración entre la CIPS, la CS, la Consejería de Justicia e Interior, la FAMP, el Tribunal Superior de Justicia, la Fiscalía, el Defensor del Pueblo andaluz, y el CERMI, para la mejora de la coordinación y atención a personas con discapacidad en situaciones de dificultad y apoyo de las mismas en los procesos de incapacitación.
- La formación a personal de los servicios de salud mental sobre las personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta (tradicionalmente sólo atendidas por los servicios sociales).
- Los Planes de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía.
- El I Plan de acción integral para las mujeres con discapacidad en Andalucía 2008-2013.
- El Consejo Andaluz y los Consejos provinciales de atención a las personas con discapacidad.
- Los Consejos de Mayores, tanto Andaluz como Provinciales.
- El Libro blanco del envejecimiento Activo en Andalucía.
- El Plan de Alzheimer.
- El Plan de Atención a Cuidadoras Familiares de Andalucía 2005-2007.
- El IV Plan Andaluz de Salud: La salud en todas las políticas.

Asimismo, exponente de la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios en Andalucía es FAISEM, una fundación pública para la gestión y desarrollo de programas de apoyo social dirigidos a personas con trastornos mentales graves, muchas de éstas en situación de dependencia. Los distintos programas de FAISEM se llevan a cabo en coordinación con los servicios de salud mental, los servicios sociales, el sistema de atención a la dependencia y el Servicio Andaluz de Empleo. También existe un ámbito de cooperación con el movimiento asociativo de familiares, usuarios y usuarias. El patronato de FAISEM está integrado por las Consejerías de Igualdad y Políticas Sociales; Salud; Empleo, Empresa y Comercio; y Educación.

VI.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN. POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA Y RECURSOS EXISTENTES.

6.1. Características de la población con discapacidad y en situación de dependencia.

6.1.1. Introducción

Según el estudio "Discapacidad y Dependencia en Andalucía" - DDA-2012 (57), que explota los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia - EDAD-2008 (58) y mide la discapacidad percibida, en Andalucía el número de personas que tiene alguna **discapacidad** es de 725.395, lo que representa el 9,1% de la población. La población de 6 y más años con discapacidad alcanza la cifra de 716.136, el 9,6% de tales edades. Este mismo dato referido a España representa el 8,5% de la población.

De las personas que declaran alguna discapacidad, más de la mitad (54,6%) tiene 65 y más años. Entre los 16 y los 64 años alcanza el 43,5%, y entre los 6 a los 15 años no llega al 2%. Los datos corroboran que la prevalencia de la discapacidad es mayor cuanto mayor es la edad (Fig. VI.1.).

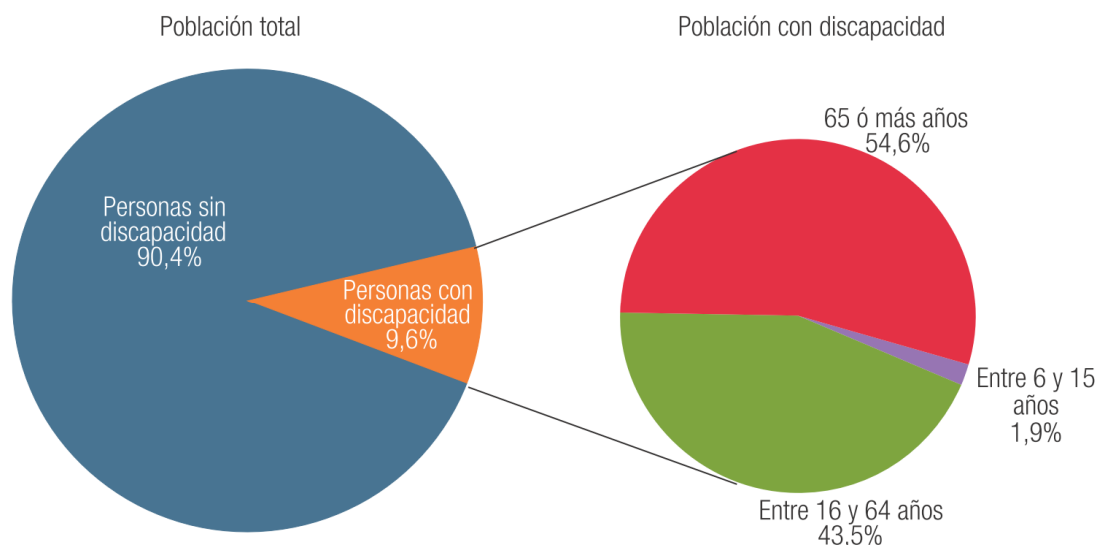


Fig. VI.1. Porcentaje de personas con discapacidad sobre el total de la población y su distribución por edad en Andalucía. Fuente: Estudio "Discapacidad y dependencia en Andalucía" IECA. 2012.

Las **niñas y niños menores de 6 años** que tienen alguna limitación (en esta franja de edad es muy difícil conocer si una discapacidad va a tener carácter de larga duración o

transitorio y, por otra parte, existen muchas limitaciones que son inherentes a la edad) son algo más de nueve mil (9.254), de un total de más de medio millón de niñas y niños en esas edades, lo que arroja un porcentaje del 1,7%.

En la anterior encuesta (EDDES-1999)(59), el número de personas de 6 y más años que tenía alguna discapacidad suponía un 10,6% de la población en Andalucía y un 9% en España.

No obstante, el **número de personas con discapacidad ha crecido**, aunque en menor medida que el del total de la población. Ello se debe principalmente a dos factores:

- por un lado, se ha producido un considerable aumento de la población mayor de 64 años (grupo de edad en el que más incide la discapacidad), que hace crecer el número de personas con discapacidad;
- por otro lado, la mejora de las condiciones sociales y de salud hace que el número de estas personas que fallecen sea menor de lo esperado.

Estas discapacidades o limitaciones van acompañadas de **dependencia** para 424.921 personas (415.667 de 6 y más años y 9.254 menores de esa edad), de manera que puede estimarse la población andaluza con discapacidad en situación de dependencia en el 5,3%. Dicho de otra forma, **seis de cada diez personas con discapacidad se encuentran en situación de dependencia** (58,6%). Las personas mayores vuelven a ser predominantes, un 63%. Entre los 16 a los 64 años suponen el 35%, y el restante 2% es para la población infantil con edades comprendidas entre 6 y 15 años (Fig. VI.2.).

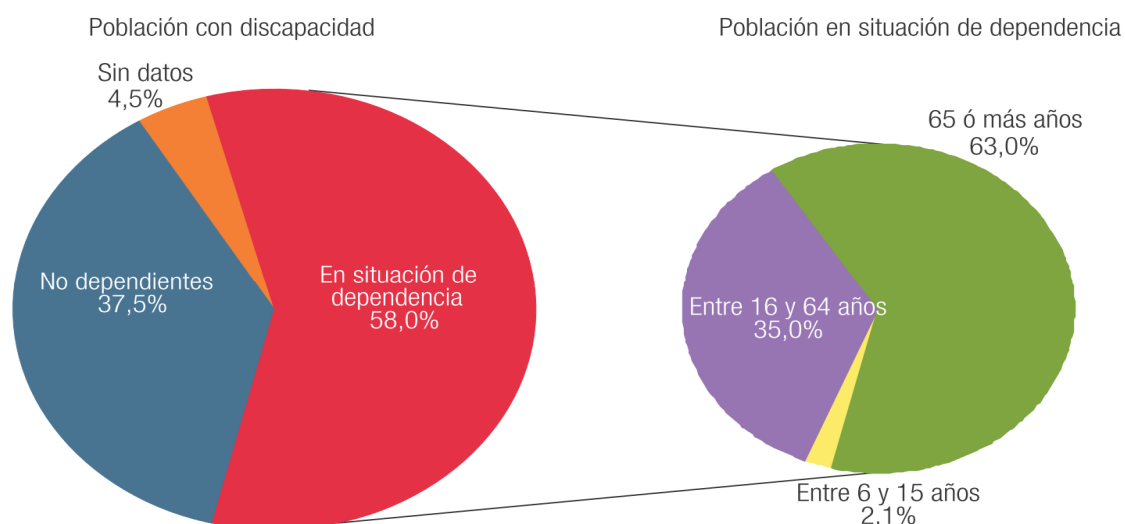


Fig. VI.2. Porcentaje de personas en situación de dependencia respecto al total de población con discapacidad y su distribución por edad en Andalucía. Fuente: Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía” IECA. 2012.

Al analizar el peso de la dependencia dentro de la población con discapacidad, por grupos de edad, se observa que no sólo resulta importante dentro de la población de 65 y más años (67%), sino también dentro de la población de 6 a 15 años (64,8%). Se puede afirmar por tanto que **la discapacidad es un fenómeno con escasa incidencia entre la población infantil, pero cuando se produce, su gravedad provoca dependencia con mucha frecuencia**. Las personas con discapacidad jóvenes y adultas (16 a 64 años) son las que más frecuentemente gozan de autonomía funcional a pesar de su discapacidad.

No obstante **debe evitarse la automática asociación de vejez y dependencia**. Responde a estereotipos negativos que poco o nada concuerdan con la diversidad de modelos que se observan al analizar este grupo. Pese a obtener mayores proporciones de discapacidad y dependencia que otros grupos de edad, conviene reparar en que la mayoría (66,1% en Andalucía y 69,7% en España) son personas sin ningún tipo de limitación, y que desempeñan, en muchas ocasiones, un papel clave para el funcionamiento social; buen ejemplo de ello lo tenemos al analizar los perfiles de las **personas que cuidan** a población en situación de dependencia, donde queda de manifiesto que alcanzar edades avanzadas no exime de importantes cargas de responsabilidad y trabajo.

La dependencia no se distribuye aleatoriamente en el territorio, sino que está más presente en unas zonas que en otras, tanto en Andalucía como en el conjunto nacional, traduciendo diferencias en la **estructura demográfica** (zonas más o menos envejecidas) o en las condiciones de salud de su población o del entorno físico y social en que se desenvuelven las personas

En el conjunto nacional, Andalucía sería la **sexta comunidad española con mayor proporción de personas en situación de dependencia** (considerando toda la población incluyendo niñas y niños de 0-5 años) tras Galicia, Extremadura, Asturias, Murcia y Castilla y León. Pero al estandarizar esas proporciones para evitar el efecto de la estructura por edad, pasa a un segundo lugar tras Murcia. El mapa de España repite un **patrón geográfico de discapacidad y dependencia** similar al de 1999. Madrid y La Rioja son las comunidades con menor proporción de personas en situación de dependencia.

Dentro de la comunidad autónoma, Sevilla y Málaga son las provincias que lógicamente tienen mayor número de personas con dependencia (6 y más años) pues son las de mayor peso demográfico, pero la mayor prevalencia se observa en Jaén y Granada (Fig. VI.3).

La EDAD-2008 no sólo estudió la población que vive en sus hogares, sino que por primera vez las personas que residen en hogares no familiares contaron con un módulo propio en el cuestionario de la EDAD. En Andalucía, algo más de treinta mil personas en su gran mayoría con alguna discapacidad, 25.637 personas con dependencia.

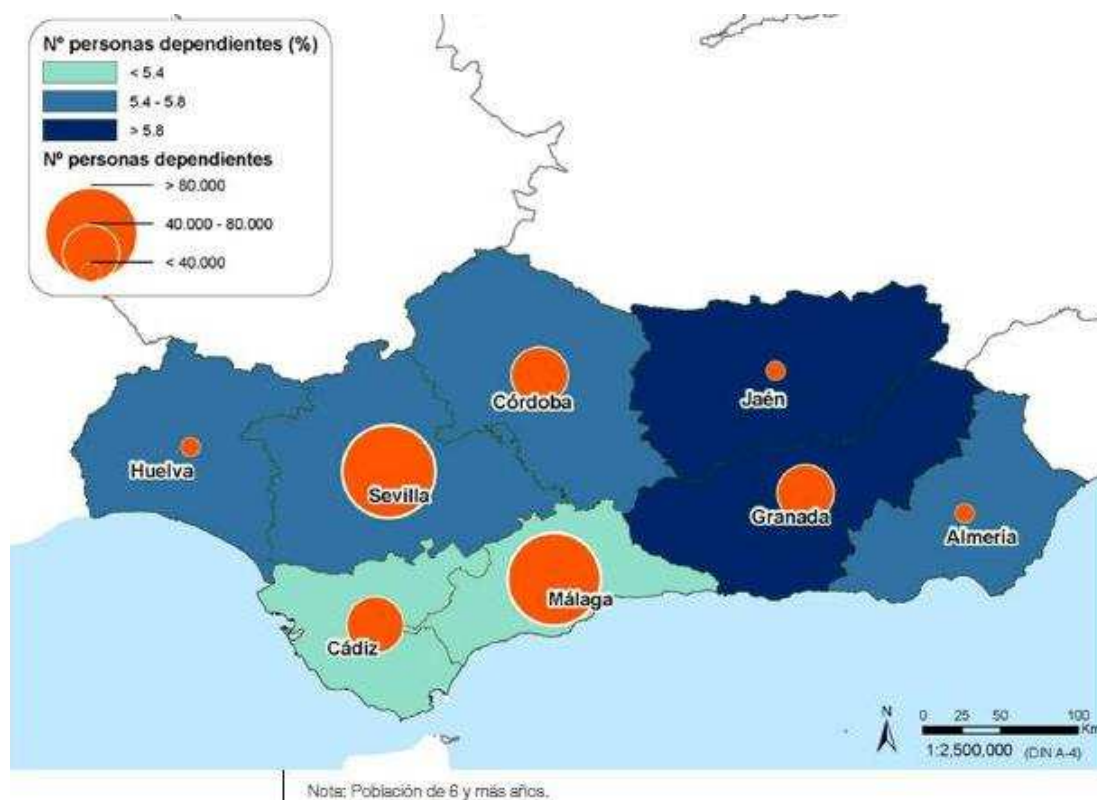


Fig. VI.3. Mapa de la dependencia 2008. Fuente: Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía” IECA. 2012.

6.1.2. Principales variables sociodemográficas

6.1.2.1. Edad y sexo.

La **prevalencia** de la discapacidad en Andalucía es algo mayor que la nacional (9,6% frente al 9,0%), y lo mismo ocurre con la de la dependencia, que en España es del 4,9% y asciende al 5,6% en la población andaluza. Puesto que su **estructura por edades** es más joven y, por lo tanto, favorable cuando se trata de fenómenos como éstos en los que la edad es un factor fundamental, esta diferencia es de hecho mayor.

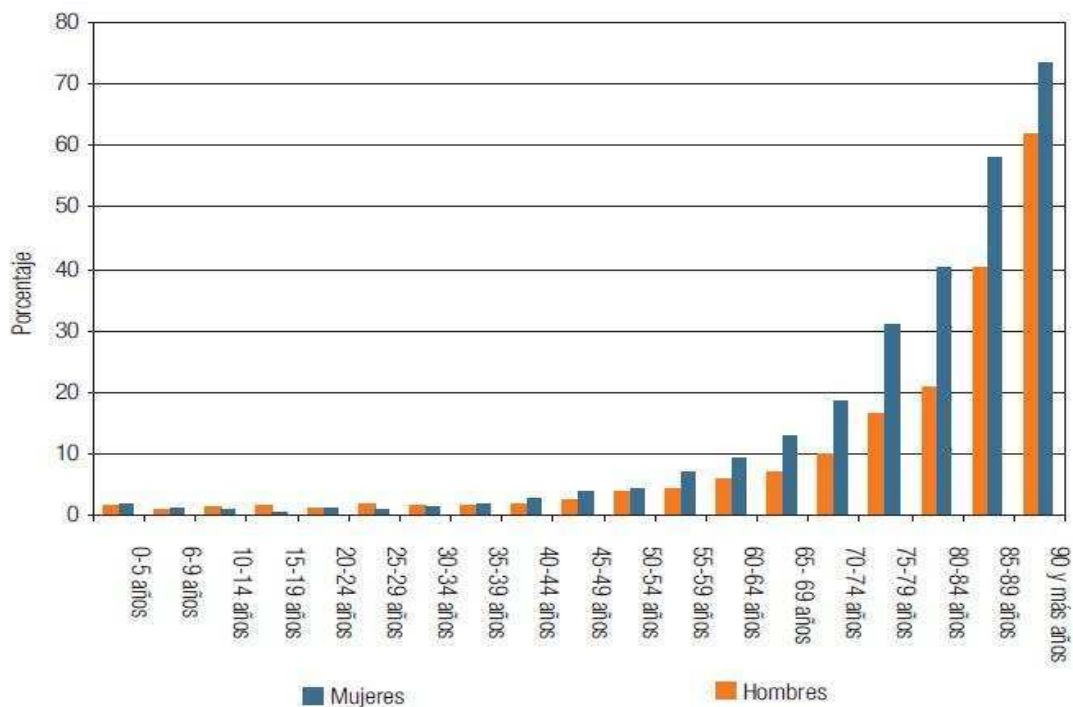
La dependencia es más probable entre las **mujeres**: un 7% mientras que entre los **hombres** esta cifra no llega al 4% (3,9%). El peso que obtienen las personas con discapacidad sin dependencia entre la población femenina es también superior al que resulta en la población masculina (4,0 y 3,2% respectivamente). Hay, por tanto, una **marcada “feminización” de la discapacidad**, que se manifiesta con algo más de intensidad en Andalucía, donde la proporción de discapacidad entre las mujeres es 4,2 puntos superior a la masculina (11,7 frente al 7,4); para el total nacional la diferencia es de 3,4 puntos. No obstante, la **estructura de edades** matiza, como se verá a en las gráficas que se acompañan, las diferencias entre sexos, colocando el fenómeno de la feminización en

edades avanzadas; la mayor proporción de personas de 65 años entre las mujeres incide en los resultados globales.

- Entre los **6 y los 15 años** la prevalencia es mucho menor; el 1,6% tiene algún tipo de discapacidad, y un 1,0% se encuentra en situación de dependencia, resultados similares aunque algo inferiores a los del total nacional.
- En el siguiente grupo de edad, las **personas jóvenes y adultas** con discapacidad ascienden hasta el 5,7%. Es en estas edades donde la discapacidad limita con menor frecuencia el desempeño de actividades. Las personas con discapacidad que gozan de autonomía funcional superan ligeramente a las que se encuentran en situación de dependencia, con proporciones del 2,8% y 2,7% respectivamente.
- El peso que la discapacidad y la dependencia tiene entre la población es notablemente mayor en el **grupo de 65 y más años**: una de cada tres personas declara alguna discapacidad (33,8%), y más de una de cada cinco se encuentra en situación de dependencia (22,7%); en ambos casos tres puntos por encima de los resultados que se obtienen para España (Fig. VI.4)

El mayor peso de discapacidad y dependencia en estas edades denota que la mayor parte de los casos derivan de **procesos degenerativos** asociados al envejecimiento. Esto evidencia la necesidad de políticas preventivas, y promoción de modelos de envejecimiento activo y saludable, que amplíen las posibilidades de una vejez en buena salud y de retrasar la aparición de la dependencia.

Teniendo en cuenta ambas variables, edad y sexo, es en el intervalo de 65 años o más donde la diferencia entre hombres y mujeres cobra importancia: las **prevalencias femeninas superan a las masculinas** en alrededor de 14 puntos porcentuales.



Nota: Porcentaje sobre el total de su grupo de edad.

Fig. VI.4. Porcentaje de personas en situación de dependencia por sexo y edad. Fuente: Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía” IECA. 2012.



Fig. VI.5. Diferencia entre las proporciones de dependencia por edad y sexo. Fuente: Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía” IECA. 2012.

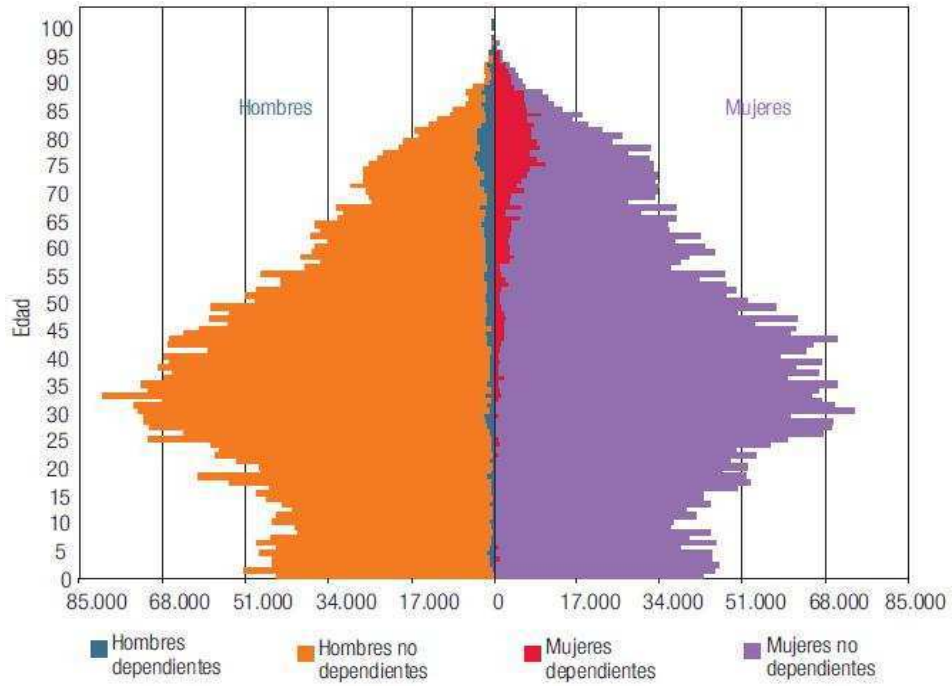


Fig. VI.6. Pirámide de la población con indicación de la población en situación de dependencia. Fuente: Estudio "Discapacidad y dependencia en Andalucía". IECA. 2012.

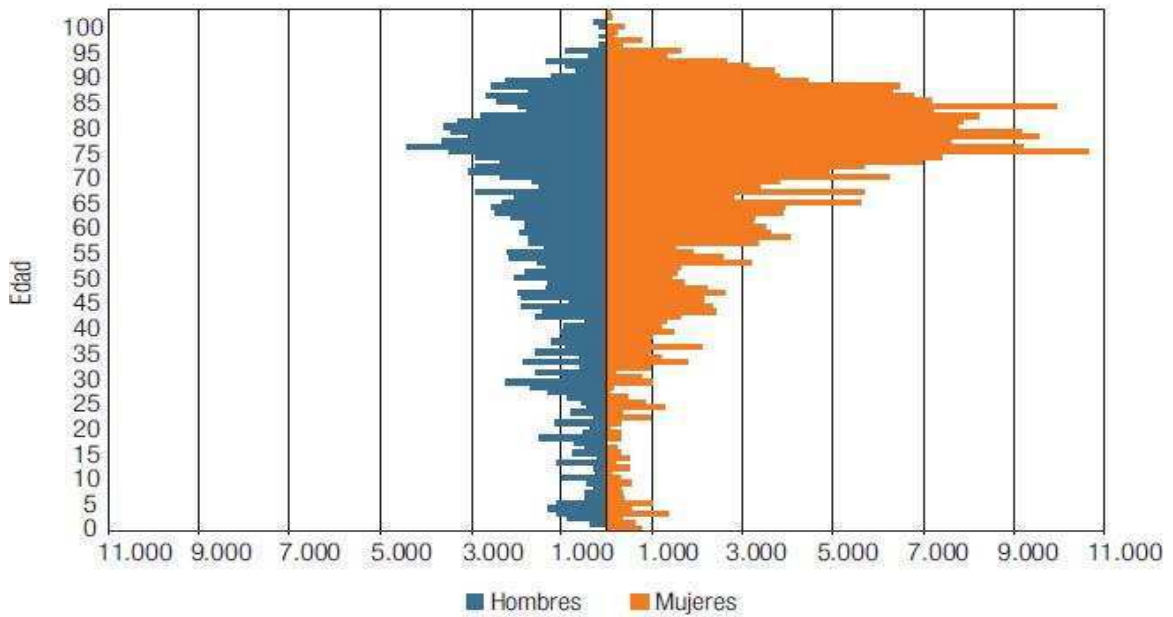


Fig. VI.7. Población en situación de dependencia por sexo y edad. Fuente: Estudio "Discapacidad y dependencia en Andalucía". IECA. 2012.

6.1.2.2. Hábitat.

La proporción de personas en situación de dependencia desciende a medida que la población del **municipio** es mayor, pero la pauta se rompe en los municipios de más de 100.000 habitantes donde estos porcentajes vuelven a subir. Los municipios con menos de 10.000 habitantes muestran las proporciones más altas en dependencia (6,4%), y este porcentaje va descendiendo hasta alcanzar el 4,3% en los municipios de entre 50.000 y 100.000 habitantes. En los entornos con mayor número de habitantes, casi el 6% se encuentra en situación de dependencia. El porqué de esta relación no es ajeno, una vez más, a la estructura de edades, resultando que los entornos más envejecidos son también los que mayores proporciones de discapacidad y dependencia registran.

La comparación por sexo muestra que este mismo patrón se repite en hombres y en mujeres, aunque con mayores proporciones de discapacidad y dependencia para estas últimas.

El mayor peso de personas en situación de dependencia en esas zonas debe tenerse en cuenta para que vivir en un **entorno rural** no agudice los problemas consecuentes, y para que los municipios pequeños no sean en sí mismos entornos discapacitantes.

6.1.2.3. Estado civil

El peso que la población mayor tiene entre las personas en situación de dependencia se refleja directamente en la variable **estado civil**. El porcentaje de situaciones de dependencia entre las personas **viudas** (28,1%) es mucho mayor que entre cualquiera de los otros estados civiles, pues viudez está estrechamente asociada a una edad elevada; por ejemplo, las personas con discapacidad sin dependencia son el 9,4%. Por el contrario, el menor porcentaje se da entre las personas **solteras**, un 2,6%, pues la mayoría de éstas son jóvenes.

En el caso de las personas con discapacidad con capacidad de funcionar de manera autónoma se repite el mismo patrón, es decir, la discapacidad también tiene más peso entre las personas viudas (39,0%).

Por otro lado, la proporción de personas en situación de dependencia entre las viudas supera en ocho puntos porcentuales a la que resulta entre los hombres en su misma situación.

6.1.2.4. Nivel de instrucción.-

El nivel de estudios también aparece relacionado con la declaración de discapacidad y/o dependencia, siendo el **analfabetismo** la categoría que muestra la prevalencia más alta. La estructura de edades condiciona una vez más estos resultados, porque la población mayor es la de menor nivel educativo, al mismo tiempo algunas personas con

discapacidad (especialmente de origen mental) no hayan podido alcanzar los mínimos niveles educativos; la presencia de niveles superiores es más reducida.

El nivel de estudios es uno de los factores asociados a la **clase social** y guarda una estrecha relación con el **nivel de ingresos**. Cabe inferir que el peso de discapacidad y dependencia será comparativamente mayor entre las clases de bajos recursos.

6.1.2.5. Situación laboral

Las personas con discapacidad presentan menores tasas de actividad y empleo que la población sin discapacidad, al igual que una mayor tasa de paro que ésta, siendo las mujeres con discapacidad las que presentan menores niveles de empleabilidad. Los datos hechos públicos por el INE en diciembre de 2015 sobre el empleo de las personas con discapacidad relativos a 2014 daban para Andalucía una tasa de actividad del 33,3%, una décima más baja que el año anterior, y varios puntos más bajos que el total nacional, un 38%, 39 puntos inferior a la de la población sin discapacidad.

La tasa de empleo de las personas con certificado de discapacidad en España era del 25,7%. Y la tasa de paro para el colectivo fue del 32,2% en 2014, lo que supone 7,8 puntos más que la de la población sin discapacidad.

Variables como la tipología de la discapacidad también inciden sobre estos datos. Por ejemplo, las personas con discapacidad auditiva presentan las mayores tasas de actividad frente a las personas con discapacidad intelectual que son las que menos tasa de actividad presentan.

6.1.2.6. Las limitaciones en las niñas y niños de 0-5 años

Siguiendo de nuevo la EDDES, se trata de 4.647 niños y 4.607 niñas, 9.254 en total, el 1,7% de estas edades. Esta proporción es ligeramente inferior a la del conjunto de España, en cuya muestra los niños varones tienen mayor representación que las niñas.

Las limitaciones más frecuentes son **“de desarrollo”**, generalmente de difícil delimitación en sus causas e, incluso, en el pronóstico de su evolución posterior (el 49% de los casos requiere atención temprana o estimulación, el 45% tiene dificultades para hacer las actividades propias de las niñas y niños de su edad...) lo que deja abierta la posibilidad de **recuperación** con la atención adecuada. Muy escasos son, en cambio, quienes presentan limitaciones derivadas de **problemas funcionales en órganos o sensoriales**.

Las deficiencias que están detrás de las limitaciones más frecuentes son, en buena lógica, propias de los **ámbitos cognitivos o del sistema nervioso**. Paradójicamente, la preeminencia de estas deficiencias de origen, sumada a que sus causas sean mayoritariamente **congénitas**, caracteriza a las sociedades avanzadas, porque las otras casuísticas, las más abundantes en el pasado, se han conseguido reducir

extraordinariamente. Los problemas iniciados después del nacimiento resultan hoy raramente en limitaciones infantiles gracias a las mejoras en su detección y tratamiento, y los que puedan provenir del periodo de gestación son igualmente señalados de forma precoz a través de sus signos más visibles en los **análisis amnióticos y prenatales**. Finalmente se estrecha el cerco en torno a aquellos problemas congénitos de difícil detección, por implicar órganos o funciones con consecuencias que sólo podrán ponerse en evidencia una vez en marcha el proceso de **desarrollo sensorial, cognitivo y psicomotriz** posterior al nacimiento.

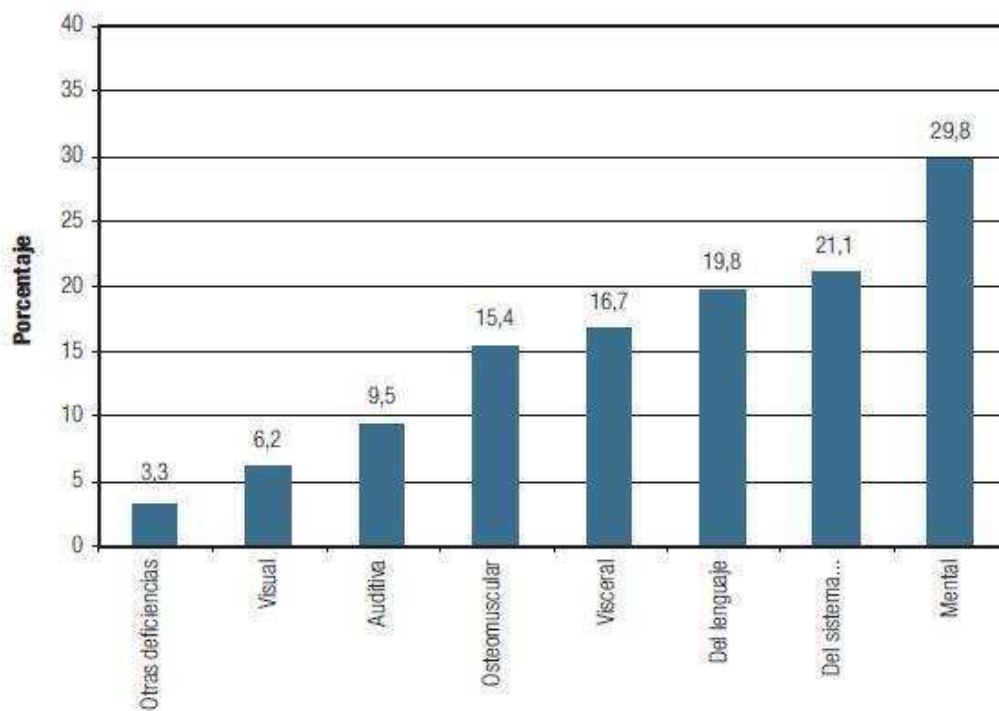


Fig. VI.8. Deficiencias de origen de los niños (0 a 5 años) con limitaciones. Fuente: Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía”. IECA. 2012.

Se entiende así que, cuando puede declararse una enfermedad diagnosticada como causa subyacente a la limitación infantil, lo más frecuente sea encontrar diagnóstico de **espina bífida/hidrocefalia, daño cerebral, síndrome de Down**, etc. Se trata generalmente de casos con **diagnóstico temprano**, que permite una igualmente temprana aplicación de refuerzos o tratamientos que mejoren el desarrollo posterior a la vez que favorezcan la inclusión familiar y social.

Según la EDAD prácticamente la totalidad de estos menores recibe las ayudas necesarias, pero en ello es evidente la principalidad de la función protectora y de bienestar que en España se atribuye a la **familia**. Es prácticamente inexistente el cuidado por personal empleado en el propio hogar, y cuando existen ayudas de personas ajenas al hogar, se trata casi siempre de familiares.

6.1.2.7. La población que reside en establecimientos colectivos

La EDAD investiga también a la población que vive en **centros residenciales**, novedad respecto a las anteriores encuestas de discapacidad del INE. Su objetivo es el mismo que el de la encuesta de hogares, atender la demanda de información estadística para el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, pero ahora dentro de la población residente en determinados establecimientos colectivos: centros de personas mayores, de personas con discapacidad, hospitales psiquiátricos y hospitales geriátricos. (En Andalucía se entrevistaron a 1.276 personas, 868 en centros residenciales y 408 en hospitales psiquiátricos o geriátricos o centros para personas con discapacidad, que convenientemente ponderado resultan 30.684 personas).

Con esta operación se persigue conocer el número de **personas con discapacidad institucionalizada** en esos centros, conocer sus limitaciones, el origen de esas limitaciones y conocer necesidades y demandas, pero se persigue también resolver el grave problema que suponía la salida de observación de una parte de la población en las fuentes estadísticas anteriores, con el consecuente sesgo en las interpretaciones que pudiesen hacerse de los datos, especialmente los relativos a las edades más avanzadas. Como resultado, el 83,6% de las personas institucionalizadas está en situación de dependencia. Predominan las **mujeres** (dos de cada tres residentes) y las personas de avanzada edad; sin embargo la proporción de viudos y solteros es superior a la de los hogares.

Respecto a las discapacidades destaca que la población menor de 65 años tiene más problemas que quienes viven en hogares familiares en su movilidad exterior, uso de transporte público, lavarse o cuidados de aseo; es posible que se trate de personas con mayores limitaciones de movilidad.

Un repaso por las **deficiencias** de origen de las discapacidades que presentan las personas en situación de dependencia permite plantear el hecho de que actualmente la institucionalización aparece estrechamente asociada con el deterioro cognitivo, las deficiencias mentales y las demencias.

Las **discapacidades intelectuales, las demencias y los trastornos mentales graves**, destacan entre las personas menores de 65 años atendidas en instituciones; el 88,8% de ellas ha declarado alguna deficiencia mental. Algo menor, pero notable, es que el 55,1% de las personas mayores declara ese origen para sus discapacidades, en claro contraste con las personas mayores que viven en su entorno familiar, entre quienes “sólo” el 25,5% declara deficiencias mentales como origen de sus problemas.

En segundo lugar en importancia están las **deficiencias osteomusculares** (columna, extremidades) para las personas mayores, y las nerviosas para las no mayores. Para las personas mayores residentes en viviendas familiares las deficiencias osteomusculares son,

en cambio, las más importantes (55,4% así lo declara). El resto de deficiencias tienen una importancia menor.

El patrón de **enfermedades diagnosticadas** para las personas en situación de dependencia institucionalizadas difiere notablemente y en el mismo sentido que las deficiencias. En los centros son más frecuentes personas con graves problemas mentales. Entre las no mayores, el 17,6% tiene daño cerebral adquirido y el 14,2% esquizofrenia. Entre los mayores el patrón también es diferente respecto a las más jóvenes y respecto a las que viven en familia; entre las institucionalizadas la enfermedad más frecuente es artritis y artrosis (28,3% la declaran), pero es el 68,0% en las que viven en viviendas familiares; las demencias (22,4%) y la enfermedad de Alzheimer (19,4%) vienen a continuación en importancia, y son menos relevantes entre los que viven en hogares.

6.1.3. El origen de las discapacidades: las deficiencias

Siguiendo el DDA, la explotación de los datos de la EDAD ofrece un panorama “lógico” de la relación entre las discapacidades implicadas en situaciones de dependencia, y las deficiencias que están en el origen de tales discapacidades.

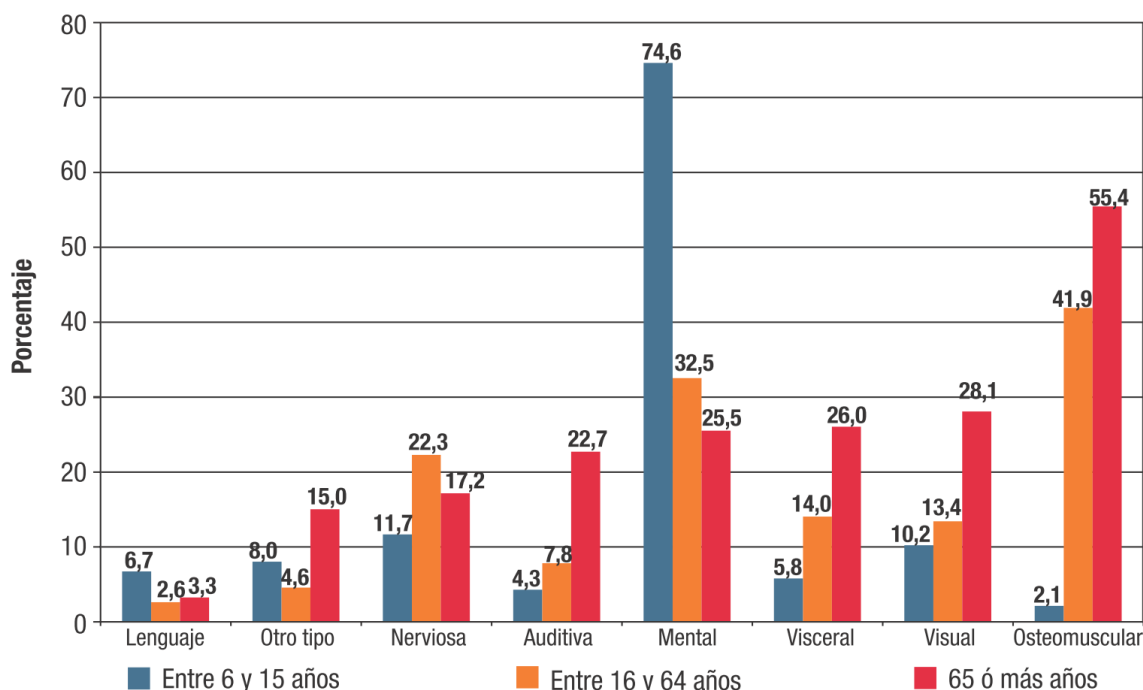


Fig. VI.9. Deficiencias de las personas en situación de dependencia por edad. Fuente: Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía”. IECA. 2012.

Deficiencia es cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano, por ejemplo, la ausencia de una mano, una paraplejia, limitaciones intelectuales, alteraciones cognitivas, etc. Todas y cada una de las discapacidades tienen una deficiencia de origen.

- Entre las **personas jóvenes** (6-15 años) predominan destacadamente las **deficiencias mentales** (retrasos madurativos, deficiencias intelectuales en sus diferentes grados, ligeras, moderadas y profundas, y otras enfermedades mentales o deficiencias) como origen de **limitaciones físicas o psíquicas**; el 74,6% ha señalado estas deficiencias como origen de sus discapacidades. (Fig. VI.9)
- En las **personas adultas** existe un cierto equilibrio en los orígenes de las discapacidades; aún son importantes las mentales pero van adquiriendo importancia las osteomusculares y nerviosas (paraplejias y otras).
- Finalmente, los problemas osteomusculares predominan en las causas de las discapacidades de las **personas mayores** en situación de dependencia, notablemente sobre las demás; el 55,4% de las personas mayores declara que esa es la deficiencia de origen de sus problemas; pero las demás tienen una representación importante; por ejemplo, el 28,1% declara problemas en los órganos de visión, o el 26,0% en deficiencias viscerales (aparato respiratorio, cardiovascular, etc.). Dado que el mayor número de personas en situación de dependencia son personas de edad, la imagen general de la dependencia se asocia estrechamente a estos problemas osteomusculares, a la escasa movilidad, y a continuación a problemas mentales.

El Gráfico VI.10 presenta la distribución de todas las deficiencias declaradas (cada persona puede declarar varias). Refleja el peso de las deficiencias mentales en las personas jóvenes, de la misma forma que destaca el de las osteomusculares en personas adultas y mayores, y en estas últimas ya empiezan a ser importantes las de “otro tipo” (múltiples, degenerativas).

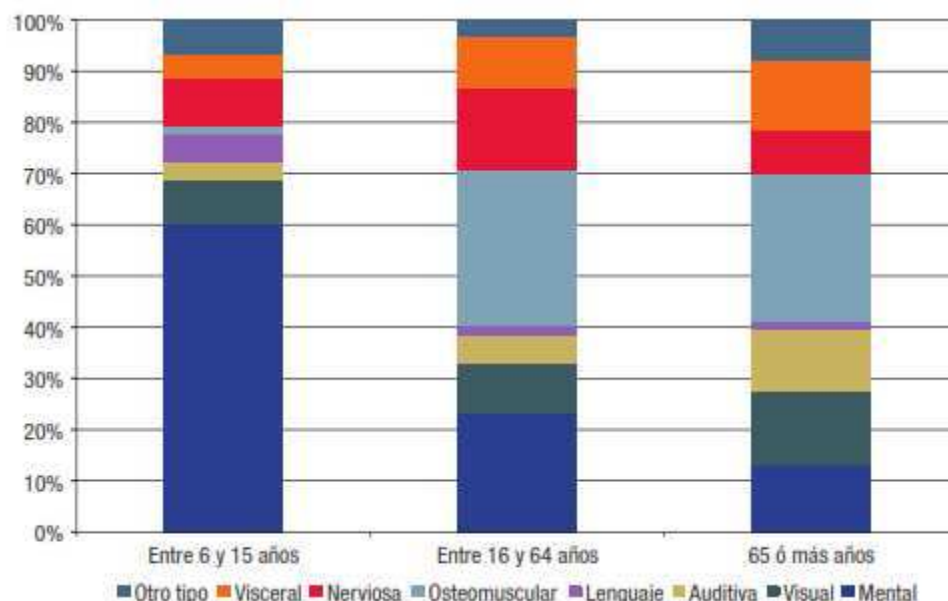


Fig. VI.10. Distribución de las deficiencias de origen de las discapacidades de las personas en situación de dependencia por edad. Fuente: Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía”. IECA. 2012. (Nota: Sobre el total de deficiencias declaradas - cada persona puede tener más de una deficiencia de origen).

La figura VI.11 dibuja la distribución de las deficiencias de origen, por sexo y tipo de deficiencia. Destaca una distribución más repartida entre los hombres, mientras que en las mujeres la distribución se decanta mucho más hacia las osteomusculares.

En la figura VI.12 se presentan las deficiencias de origen de algunas discapacidades (ver, realizar tareas sencillas, lavarse, realizar tareas de la casa). Las discapacidades sensoriales (de visión y de audición) tienen unas deficiencias de origen casi exclusivamente centradas en problemas de los órganos de la vista y la audición. Por ejemplo, el 41,3% de las personas ciegas o de las que sólo distinguen la luz ha declarado que su deficiencia es visual; para quienes tienen sordera, el 39,9% señala que la deficiencia causante de la misma reside en el órgano o función del oído (deficiencia auditiva).

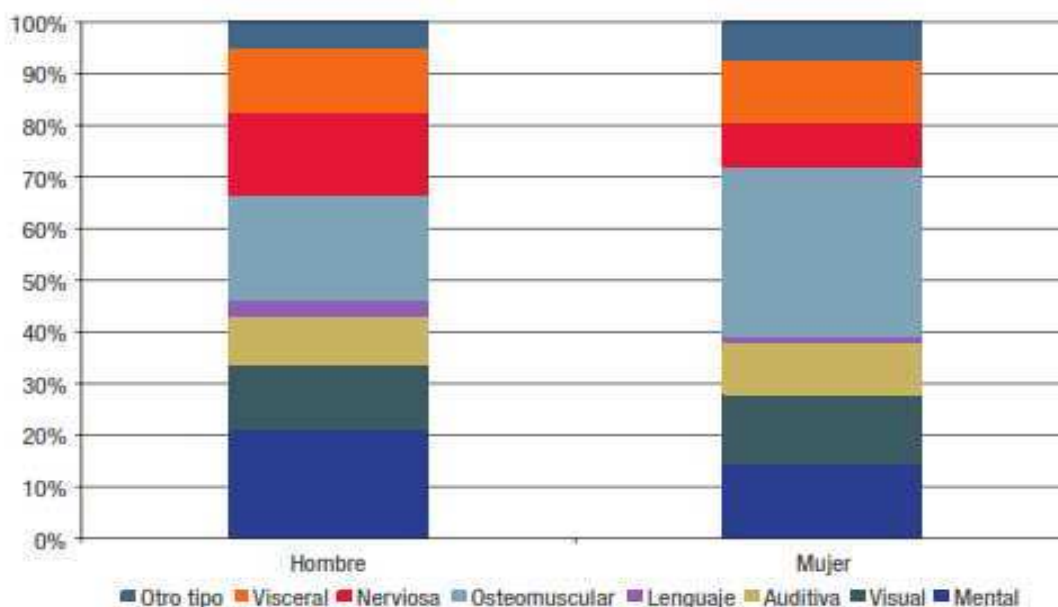


Fig. VI.11. Distribución de las deficiencias de origen de las discapacidades de las personas en situación de dependencia por sexo. Fuente: Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía”. IECA. 2012. (Nota: Sobre el total de deficiencias declaradas - cada persona puede tener más de una deficiencia de origen)

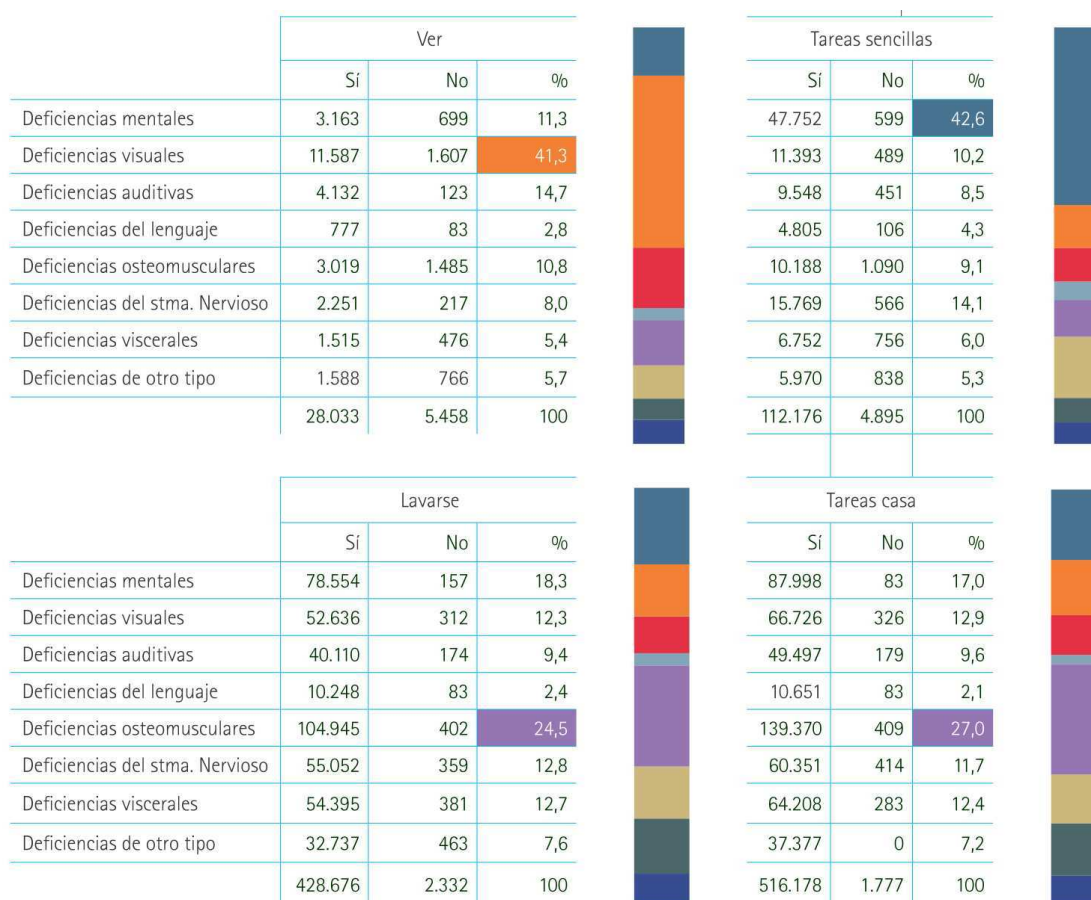


Fig. VI.12. Deficiencias de origen de algunas discapacidades de los personas en situación de dependencias (ver, tareas sencillas, lavarse, tareas casa) Fuente: Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía”. IECA. 2012.

Las **deficiencias mentales** afectan sobre todo a las funciones cognitivas (comprensión, orientación, etc.), actividades de aprendizaje y de relación interpersonal. Superan generalmente el 40% de los orígenes de esas discapacidades, dejando otros orígenes causantes de las limitaciones con apenas relevancia. Por ejemplo, el 45,6% de quienes tienen dificultad para comprender el significado de lo que dicen las demás personas, declara un problema mental como origen de su limitación; o el 48,7% de quienes tienen dificultad para prestar atención, o el 42,6% de quienes no pueden realizar tareas sencillas sin ayuda o sin supervisión, o el 47,6% de quienes tienen problemas para crear y mantener relaciones con amistades, vecindad, personas conocidas o compañeras/os (porcentajes no presentados en tabla). Las deficiencias mentales más habituales entre las personas mayores son las demencias, entre las personas jóvenes la discapacidad intelectual, y entre las adultas otros tipos de trastornos mentales.

Las **discapacidades de movilidad** tienen su origen en deficiencias osteomusculares, en especial las de las extremidades inferiores, en proporción muy superior a las de columna y extremidades superiores. Dado que las discapacidades relacionadas con la movilidad aumentan con la edad, las deficiencias de origen asociadas también lo hacen; y además, como sucede con las discapacidades, son más frecuentes entre mujeres. Por ejemplo, estas deficiencias las declara el 28,3% de quienes tienen dificultad para levantarse, sentarse o acostarse, o el 26,3% de quienes señalan problemas para andar o moverse dentro de la vivienda, porcentaje que se eleva al 27,6% si es andar fuera de casa. En las **restricciones de movilidad** intervienen muchas otras deficiencias, como las del sistema nervioso (parálisis, paraplejias, tetraplejias, etc.) con cifras en torno a 12-14% de las causas, las mentales, con una relevancia similar entre el 13-15%, o procesos degenerativos; a veces los problemas de origen están relacionados con la vista o el equilibrio.

En las **discapacidades de autocuidado** y de problemas para la realización de las tareas del hogar, las deficiencias osteomusculares vuelven a ser la causa principal, pero compartiendo protagonismo con las deficiencias mentales y las nerviosas. Por ejemplo, el 24,5% de quienes tienen problemas para lavarse señalan aquellas deficiencias como la causa de su problema, un 18,3% declara deficiencias mentales y un 12,8% deficiencias de tipo nervioso.

El peso que los **problemas osteoarticulares** tiene explicación en la importancia de disponer de un entorno accesible, en el que no existan barreras arquitectónicas, urbanísticas ni en los transportes públicos, así como las discapacidades derivadas de deficiencias sensoriales requieren un entorno sin barreras en la comunicación

Dos de cada tres personas mayores dicen tener diagnosticada artritis/artrosis y un 30% artritis reumatoide, enfermedades muy destacadas sobre todas las demás; los problemas

de visión (cataratas) afectan al 35,6% de las personas mayores con dependencia, lo que también provoca restricciones en la movilidad. Entre las más jóvenes (6-15 años) aparecen enfermedades diagnosticadas relacionadas con los problemas mentales, como autismo, trastornos asociados al autismo, daño cerebral adquirido y a continuación siguen en importancia enfermedades raras y síndrome de Down.

Nos detendremos a continuación a describir dos colectivos con peculiaridades propias, que requieren un análisis diferenciado, dado que por sus limitaciones funcionales presentan importantes dificultades en su autonomía personal: se trata de las personas con trastornos mentales graves y las personas con discapacidad intelectual.

6.1.4. Discapacidad intelectual

6.1.4. Discapacidad intelectual.

La **discapacidad intelectual** se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual, como en la conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años (60).

La discapacidad intelectual puede ser resultado de múltiples causas. El cociente intelectual tras haber sido medido con pruebas estandarizadas y de aplicación individual debe estar por debajo de 70 para que haya discapacidad intelectual.

Como el CI estándar se encuentra entre 85 y 115, las personas que se encuentran entre ambas puntuaciones, (entre 70 y 85), consideramos que tienen un nivel intelectual límite y las incluimos en este apartado.

Estas personas pueden precisar apoyos puntuales o intermitentes en algunos aspectos, sobre todo para el ejercicio de sus derechos. En general las necesidades de apoyos varían mucho entre unas personas con discapacidad intelectual y otras y dependerá de la severidad de las limitaciones intelectuales de la persona y de las características de sus entornos

En general, las personas con discapacidad leve solo requieren apoyos intermitentes relacionados con algunas actuaciones puntuales, mientras que las que sufren discapacidades severas precisan apoyos generalizados.

Es muy importante proveer de apoyos a las personas con retrasos en la maduración desde las primeras etapas de la vida. Estos posibilitarán el máximo desarrollo de las potencialidades de las personas y su autonomía.

En muchas ocasiones la etiología de esa discapacidad no se ha conocido ni tenido en cuenta. En la actualidad los avances genéticos han propiciado la investigación y el esclarecimiento de las causas de muchas de ellas.

Por esta razón, es fundamental considerar a este grupo de personas, población diana de las actuaciones que se planifiquen para la promoción de la autonomía personal y prevención de las situaciones de dependencia.

Provincia	Hombre	Mujer	Total	% POBL.
ALMERÍA	2.092	1.520	3.612	5,15‰
CÁDIZ	5.309	3.859	9.168	7,39‰
CÓRDOBA	4.347	3.286	7.633	9,59‰
GRANADA	4.116	3.072	7.188	7,84‰
HUELVA	2.775	2.113	4.888	9,40‰
JAÉN	2.210	1.659	3.869	5,91‰
MÁLAGA	5.921	4.254	10.175	6,25‰
SEVILLA	9.856	7.103	16.959	8,74‰
ANDALUCÍA	36.626	26.866	63.492	7,56‰
% POBL/sex	8,84‰	6,31‰		

Tabla. VI.1. Personas con discapacidad intelectual con más de un 33% en el grado de discapacidad en Andalucía. Fuente: CIPS. Base de datos de los Centros de valoración y orientación. Enero 2016.

6.1.5. Trastornos mentales.

Aunque el **grupo de trastornos mentales**, considerado en su conjunto, tiene una elevada prevalencia en la población, solo una parte de los mismos generan discapacidad, que a su vez pueden conducir a situaciones de dependencia. Situaciones que aparecen, frecuentemente, en las personas con trastornos mentales graves y que se deben a la interacción de factores personales y sociales y a la discriminación ligada al estigma.

El concepto de **trastorno mental grave** incluye una dimensión diagnóstica (esquizofrenia y trastornos delirantes, psicosis afectivas y algunos tipos de trastornos graves de la personalidad), otra de duración (dos o más años) y otra de discapacidad relacionada con la presencia de dificultades en distintas áreas. El criterio operativo, para valorar esta última dimensión, es tener una puntuación mínima por encima de 50, en un instrumento estandarizado a nivel internacional, como el *Global Assessment of Functioning (GAF)*. Partiendo de estos criterios, las cifras medias de prevalencia oscilan, en distintos países de nuestro entorno, entre 1,5 y 2,5 por 1.000 habitantes.

Los **Servicios de Salud Mental** del Sistema Sanitario Público Andaluz atienden anualmente a 35.000 personas que cumplen criterios diagnósticos de este grupo. Extrapolando los datos internacionales antes referidos a Andalucía, deberíamos considerar un rango entre 15.000 y 20.000 personas que presentan algún tipo de discapacidad derivada de tener un problema grave de salud mental.

6.1.6. Prevalencia específicas de otras discapacidades.

Teniendo como fuente de información la base de datos de los centros de valoración y orientación a fecha 1 de enero 2016, se pasa a exponer la prevalencia de personas reconocidas con un 33% o más de discapacidad con discapacidad física, con movilidad reducida, con parálisis cerebral, con trastornos generalizados del desarrollo, con trastornos cognitivos y con síndrome de Down.

Provincia	Hombre	Mujer	Total	% POBL.
ALMERÍA	8.956	13.901	22.857	32,60‰
CÁDIZ	25.767	22.976	48.743	39,30‰
CÓRDOBA	10.850	9.622	20.472	25,73‰
GRANADA	14.204	12.642	26.846	29,27‰
HUELVA	8.481	8.576	17.057	32,80‰
JAÉN	10.863	8.453	19.316	29,53‰
MÁLAGA	26.879	30.562	57.441	35,26‰
SEVILLA	23.111	24.759	47.870	24,66‰
ANDALUCÍA	129.111	131.491	260.602	31,03‰
% POBL/sex	31,15‰	30,91‰		

Tabla. VI.2. Personas con discapacidad física. Fuente: CIPS. Base de datos CVO. Enero de 2016

Provincia	Hombre	Mujer	Total	% POBL.
ALMERIA	2.857	2.459	5.316	7,58‰
CADIZ	9.534	8.996	18.530	14,94‰
CORDOBA	4.064	4.634	8.698	10,93‰
GRANADA	5.279	5.161	10.440	11,38‰
HUELVA	2.663	2.858	5.521	10,62‰
JAEN	2.871	2.776	5.647	8,63‰
MALAGA	10.720	11.236	21.956	13,48‰
SEVILLA	10.367	10.618	20.985	10,81‰
ANDALUCIA	48.355	48.738	97.093	11,56‰
% POBL/sex	11,67‰	11,46‰		

Tabla. VI.3. Personas con movilidad reducida. Fuente: CIPS. Base de datos de los CVO. Enero de 2016

Provincia	Hombre	Mujer	Total	% POBL.
ALMERIA	163	120	283	0,40‰
CADIZ	557	394	951	0,77‰
CORDOBA	437	330	767	0,96‰
GRANADA	542	373	915	1,00‰
HUELVA	242	144	386	0,74‰
JAEN	227	194	421	0,64‰
MALAGA	664	428	1.092	0,67‰
SEVILLA	1.005	742	1.747	0,90‰
ANDALUCIA	3.837	2.725	6.562	0,78‰
% POBL/sex	0,93‰	0,64		

Tabla. VI.4. Personas con parálisis cerebral. Fuente: CIPS. Base de datos de los CVO. Enero de 2016

Provincia	Hombre	Mujer	Total	% población
ALMERÍA	304	95	399	0,57‰
CÁDIZ	975	197	1.172	0,94‰
CÓRDOBA	562	138	700	0,88‰
GRANADA	520	105	625	0,68‰
HUELVA	302	70	372	0,72‰
JAÉN	327	64	391	0,60‰
MÁLAGA	1.035	203	1.238	0,76‰
SEVILLA	1.897	385	2.282	1,18‰
ANDALUCÍA	5.922	1.257	7.179	0,85‰
%POBL/sex	1,43‰	0,30‰		

Tabla. VI.5. Personas con trastornos generalizados del desarrollo (Autismo, S. de Rett y S. de Asperger). Fuente: CIPS. Base de datos de los CVO. Enero de 2016

Provincia	Hombre	Mujer	Total	% población
ALMERÍA	429	575	1.004	1,43‰
CÁDIZ	1.185	1.933	3.118	2,51‰
CÓRDOBA	655	1.041	1.696	2,13‰
GRANADA	727	1.007	1.734	1,89‰
HUELVA	334	467	801	1,54‰
JAÉN	401	602	1.003	1,53‰
MÁLAGA	976	1.540	2.516	1,54‰
SEVILLA	1.761	2.504	4.265	2,20‰
ANDALUCÍA	6.468	9.669	16.137	1,92‰
%POBL/sex	1,56‰	2,27‰		

Tabla. VI.6. Personas con trastornos cognitivos. Fuente: CIPS. Base de datos de los CVO. Enero de 2016

Provincia	Hombre	Mujer	Total	% población
ALMERÍA	185	127	312	0,44‰
CÁDIZ	624	496	1.120	0,90‰
CÓRDOBA	404	363	767	0,96‰
GRANADA	396	300	696	0,76‰
HUELVA	210	207	417	0,80‰
JAÉN	243	213	456	0,70‰
MÁLAGA	614	522	1.136	0,70‰
SEVILLA	992	756	1.748	0,90‰
ANDALUCÍA	3.668	2.984	6.652	0,79‰
%POBL/sex	0,89‰	0,70‰		

Tabla. VI.7. Personas con síndrome de Down. Fuente: CIPS. Base de datos de los CVO. Enero de 2016

6.2. Características de la población en situación de dependencia (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia - SISSAD Andalucía)

A fecha de 31 de diciembre de 2015 (61), en Andalucía, los datos de las personas en situación de dependencia integradas en el SAAD son los siguientes:

6.2.1. Personas con solicitud.

En el territorio nacional el 3,45% de la población ha presentado **solicitud de reconocimiento de su dependencia** subiendo este porcentaje hasta el 4,48% en el caso de Andalucía. La razón principal que explica esta diferencia es el modelo de organización del acceso al SAAD en Andalucía, cuya puerta de entrada son los **Servicios Sociales Comunitarios**, con presencia en todos los municipios andaluces, que ha permitido que la información llegue de manera fluida a toda la ciudadanía.

Ámbito Territorial	SEXO			Población 01/01/2015	Tasa de cobertura respecto población		
	Hombre	Mujer	TOTAL		Hombre%	Mujer%	Total%
Almería	11.352	19.540	30.892	701.211	31,88	56,61	16,19
Cádiz	18.808	32.250	51.058	1.240.284	30,68	51,42	15,16
Córdoba	13.503	26.206	39.709	795.611	34,57	64,70	16,97
Granada	17.743	32.102	49.845	917.297	39,26	68,98	19,34
Huelva	9.061	16.895	25.956	520.017	35,16	64,41	17,42
Jaén	14.187	27.365	41.552	654.170	43,81	82,85	21,69
Málaga	21.155	38.315	59.470	1.628.973	26,42	46,26	12,99
Sevilla	27.372	50.840	78.212	1.941.480	28,79	51,31	14,10
ANDALUCÍA	133.181	243.513	376.694	8.399.043	32,13	57,24	15,86
% ANDALUCÍA	35,36%	64,64%					

Tabla. VI.8. Personas solicitantes de reconocimiento de la situación de dependencia.

Fuente: SISAAD. 31/12/2015

Población publicada a 01/01/2015

6.2.2. Personas con dependencia reconocida

6.2.2.1. Distribución por grado de dependencia reconocida. Por provincias

En el actual marco legal de la dependencia se distinguen tres grados, según el baremo que valora a las distintas personas en situación de dependencia. Las personas con dependencia reconocida son aquellas cuya situación de dependencia ha sido valorada, disponiendo, por tanto, de una resolución que les reconoce gran dependencia, dependencia severa o dependencia moderada. A 31 de diciembre de 2015 contaban con resolución de reconocimiento de la situación de dependencia el 73,12% de las personas que en dicha fecha habían presentado solicitud de dependencia.

Ámbito territorial	GRAN DEPENDENCIA (G3)	DEPENDENCIA A SEVERA (G2)	DEPENDENCIA MODERADA (G1)	TOTAL	% VALORACIONES VS SOLICITUDES
Almería	6.892	9.859	7.281	24.032	77,79%
Cádiz	10.792	15.315	10.895	37.002	72,47%
Córdoba	8.407	10.941	7.923	27.271	68,68%
Granada	7.712	14.873	13.317	35.902	72,03%
Huelva	5.057	8.995	5.488	19.540	75,28%
Jaén	7.157	14.122	11.402	32.681	78,65%
Málaga	12.031	15.394	13.982	41.407	69,63%
Sevilla	17.982	22.567	17.039	57.588	73,63%
Total	76.030	112.066	87.327	275.423	73,12%

Tabla. VI.9. Personas con resolución de valoración. Grados. Provincializado. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

6.2.2.2. Distribución por sexo. Por provincias.

Como se ha indicado anteriormente, se vuelve a constatar el predominio del sexo femenino, que se incrementa con la edad, siendo mujeres el 65,13% de las personas con dependencia reconocida en alguno de sus tres grados.

Ámbito	Personas con resolución de valoración por sexo			Tasa de cobertura respecto población		
	H	M	Total	H ‰	M ‰	Total ‰
<i>Almería</i>	8.631	15.401	24.032	24,24	44,62	34,27
<i>Cádiz</i>	13.684	23.318	37.002	22,32	37,18	29,83
<i>Córdoba</i>	9.423	17.848	27.271	24,13	44,06	34,28
<i>Granada</i>	12.473	23.429	35.902	27,60	50,34	39,14
<i>Huelva</i>	6.608	12.932	19.540	25,64	49,30	37,58
<i>Jaén</i>	10.883	21.798	32.681	33,60	65,99	49,96
<i>Málaga</i>	14.754	26.653	41.407	18,42	32,18	25,42
<i>Sevilla</i>	19.586	38.002	57.588	20,60	38,35	29,66
ANDALUCÍA	96.042	179.381	275.423	23,17	42,16	32,79
% ANDALUCÍA	34,87%	65,13%	100,00%			

Tabla. VI.10. Personas con resolución de valoración. Por sexo. Provincializado. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

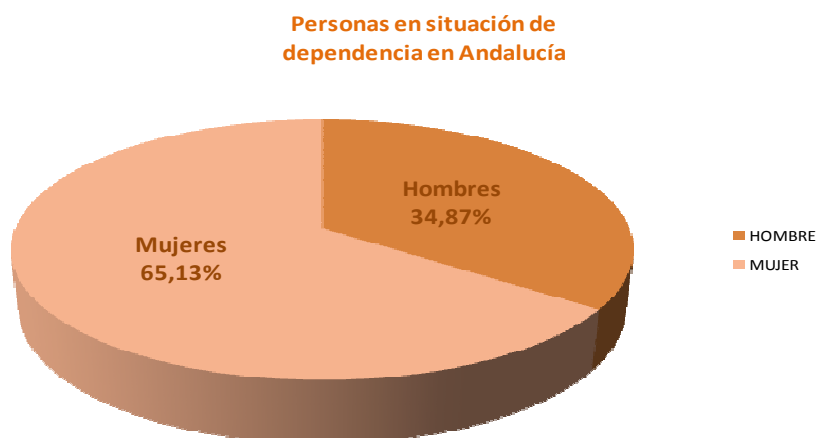


Tabla. VI.13. Porcentaje por sexo personas con dependencia reconocida. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

Rango de edad	Personas con resolución de valoración por sexo			Tasa de cobertura respecto población	
	Hombre	Mujer	TOTAL	Hombre ‰	Mujer ‰
0-4 años	621	436	1.057	2,84	2,11
5-9 años	2.722	1.353	4.075	10,81	5,69
10-14 años	3.067	1.656	4.723	13,17	7,49
15-19 años	2.690	1.637	4.327	12,05	7,80
20-24 años	2.607	1.645	4.252	10,54	7,01
25-29 años	2.488	1.686	4.174	9,42	6,54
30-34 años	2.869	1.926	4.795	9,20	6,32
35-39 años	3.597	2.524	6.121	9,99	7,29
40-44 años	4.168	2.946	7.114	11,97	8,68
45-49 años	4.721	3.635	8.356	14,08	10,85
50-54 años	4.983	4.247	9.230	16,38	13,78
55-59 años	5.076	4.977	10.053	19,83	18,87
60-64 años	4.871	5.446	10.317	23,84	25,31
65-69 años	5.218	7.669	12.887	27,95	37,29
70-74 años	6.362	13.033	19.395	42,70	74,73
75-79 años	8.624	24.048	32672	79,00	163,89
80-84 años	12.893	39.389	52.282	150,18	300,70
85-89 años	11.679	37.281	48.960	286,95	484,93
90-94 años	5.523	18.708	24.231	429,27	609,46
95-99 años	1.127	4.420	5.547	506,97	653,27
>100 años	106	664	770	211,58	417,09
TOTAL	96.042	179.381	275.423		

Tabla. VI.11. Personas con resolución de valoración. Por tramo de edad. Fuente: SISAAD. 31/12/2015 Se contemplan 85 personas sin especificar edad

6.2.2.3. Por tramo de edad. Distribución por sexo.

Se constata la tendencia ya apuntada por la EDAD donde se observa cómo la dependencia aumenta con la edad. El 71,46% de las personas con dependencia reconocida son mayores de 65 años, representando las mayores de 80 años más del 47,8% del total.

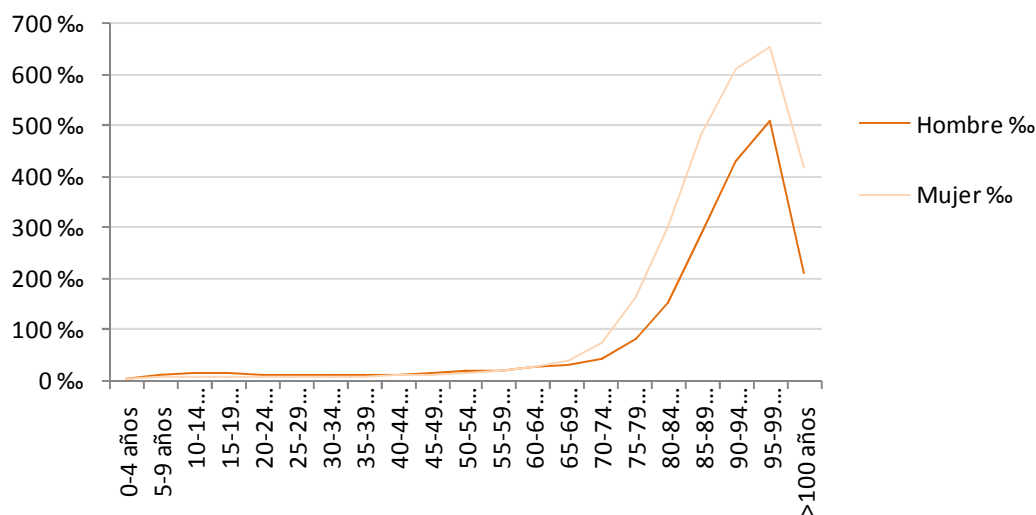


Fig. VI.14. Personas reconocidas en situación de dependencia por edad. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

Se observa que el rango de edad entre 0 y 60 años refleja que el número de hombres en situación de dependencia supera al número de mujeres; a partir de esa franja de edad dicha tendencia cambia. En términos generales, el porcentaje de mujeres (65,13%) en situación de dependencia es significativamente mayor que el de hombres (34,87%), por lo que pudiera pensarse que esto se debe a la distribución de la población en la que hay una **mayor presencia de mujeres en edades avanzadas.**

A continuación se incluyen los gráficos por provincia, en los que se observan las diferencias intra e interprovinciales con relación a la edad y el sexo, de la población con resolución de valoración de la dependencia.

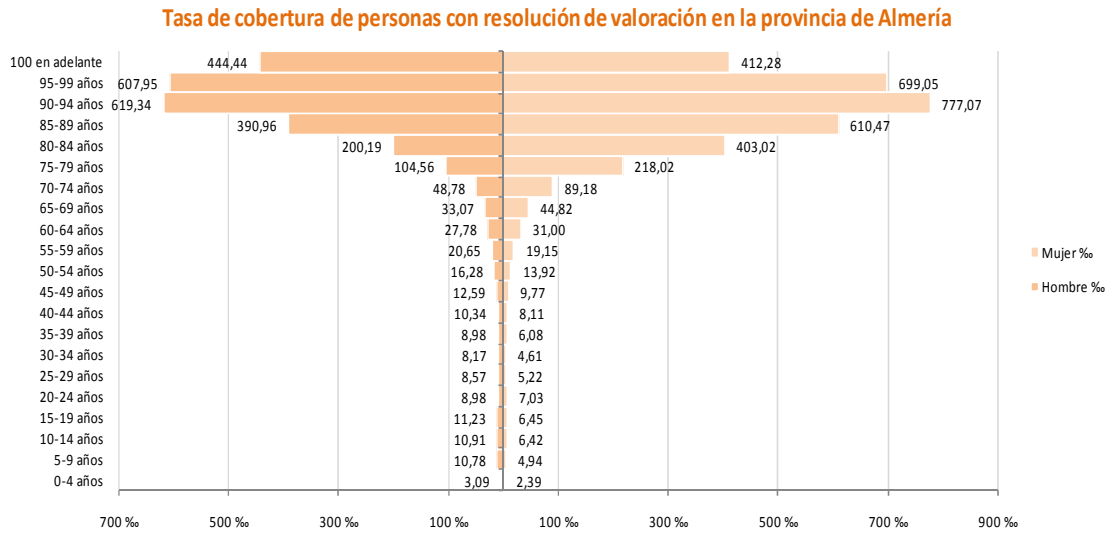


Fig. VI.15. Personas con resolución de valoración. Por tramo de edad en la provincia de Almería.
Fuente: SISAAD. 31/12/2015

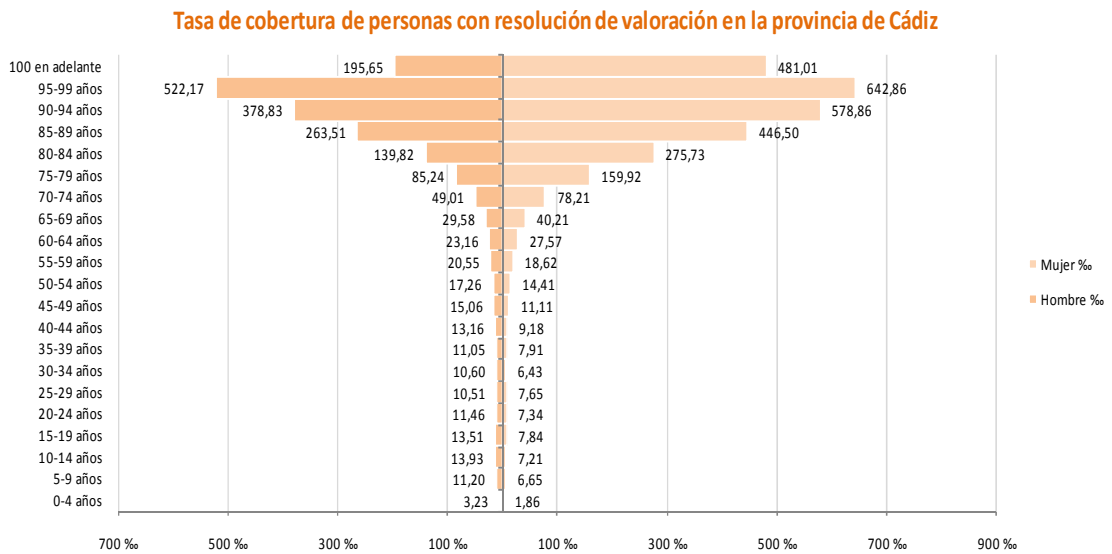


Fig. VI.16. Personas con resolución de valoración. Por tramo de edad en la provincia de Cádiz. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

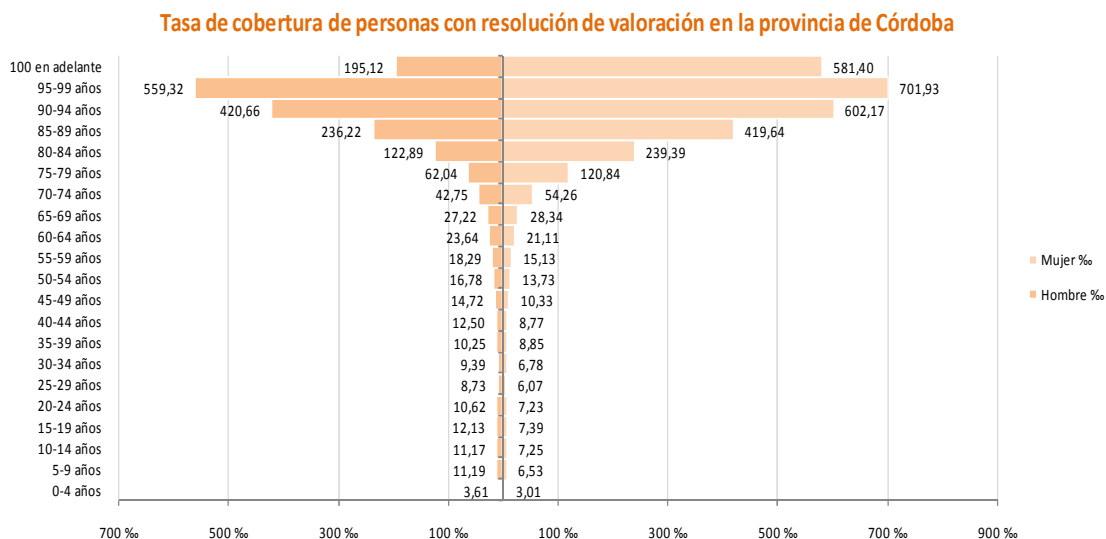


Fig. VI.17. Personas con resolución de valoración. Por tramo de edad en la provincia de Córdoba. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

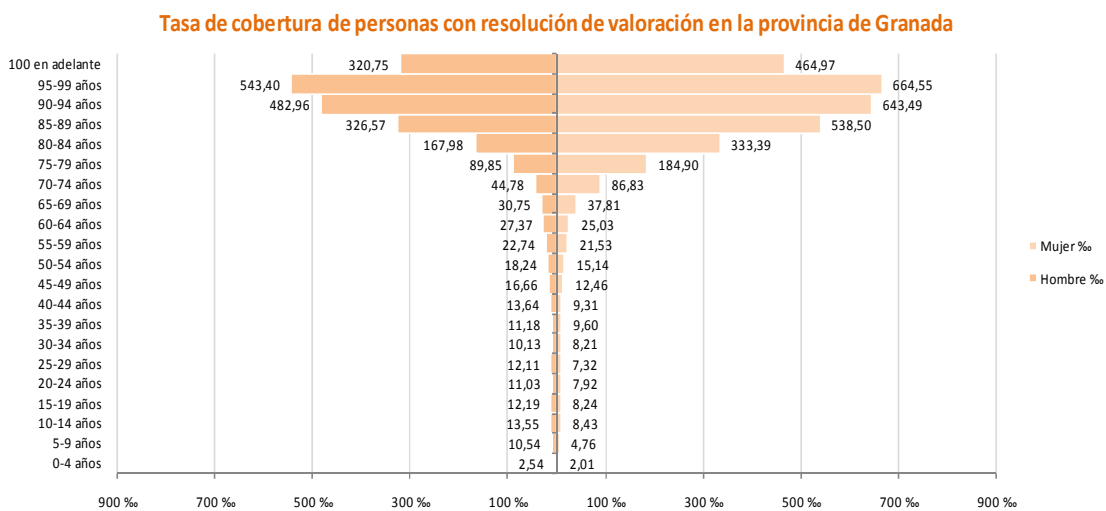


Fig. VI.18. Personas con resolución de valoración. Por tramo de edad en la provincia de Granada. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

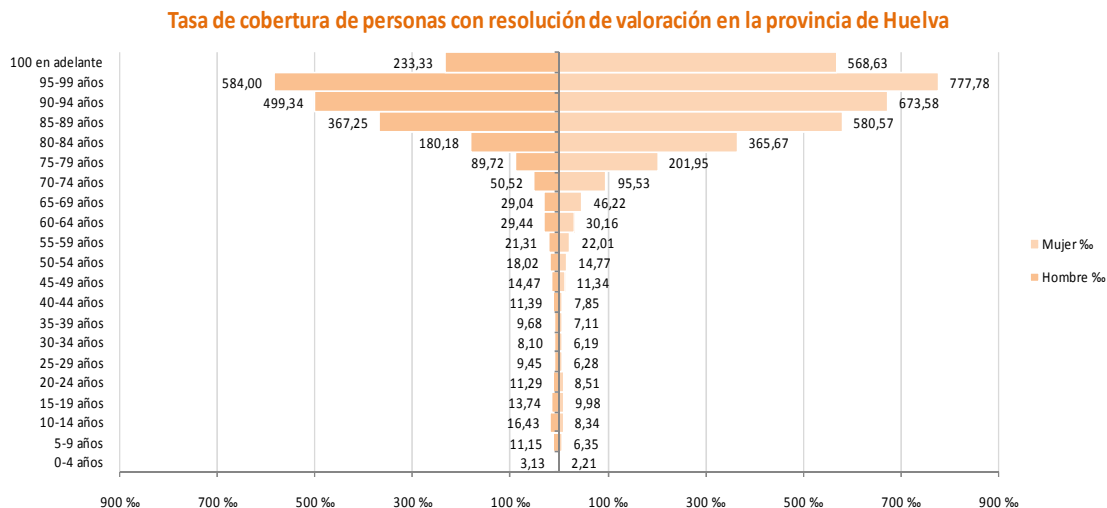


Fig. VI.19. Personas con resolución de valoración. Por tramo de edad en la provincia de Huelva. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

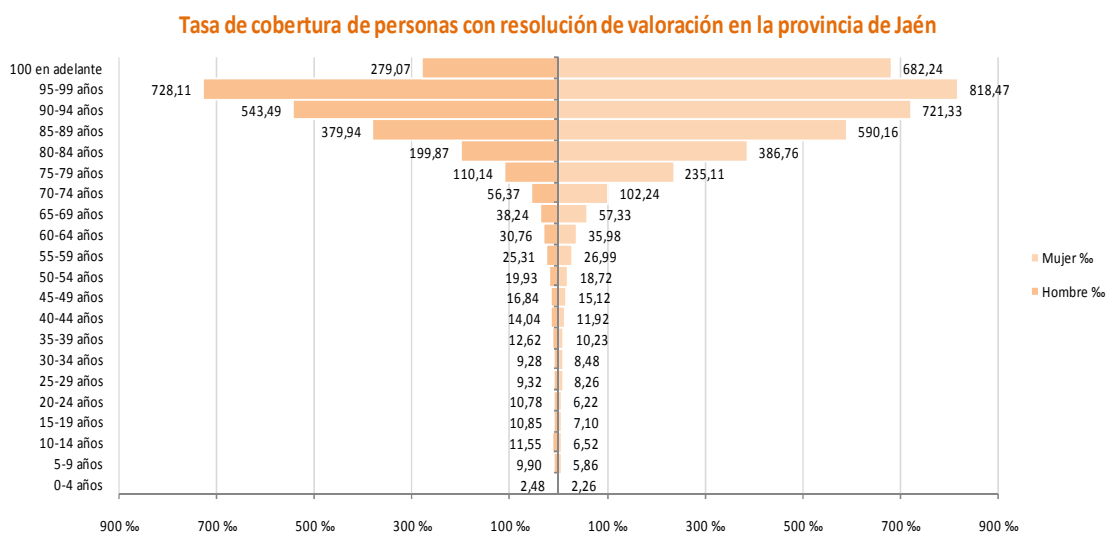


Fig. VI.20. Personas con resolución de valoración. Por tramo de edad en la provincia de Jaén. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

Tasa de cobertura de personas con resolución de valoración en la provincia de Málaga

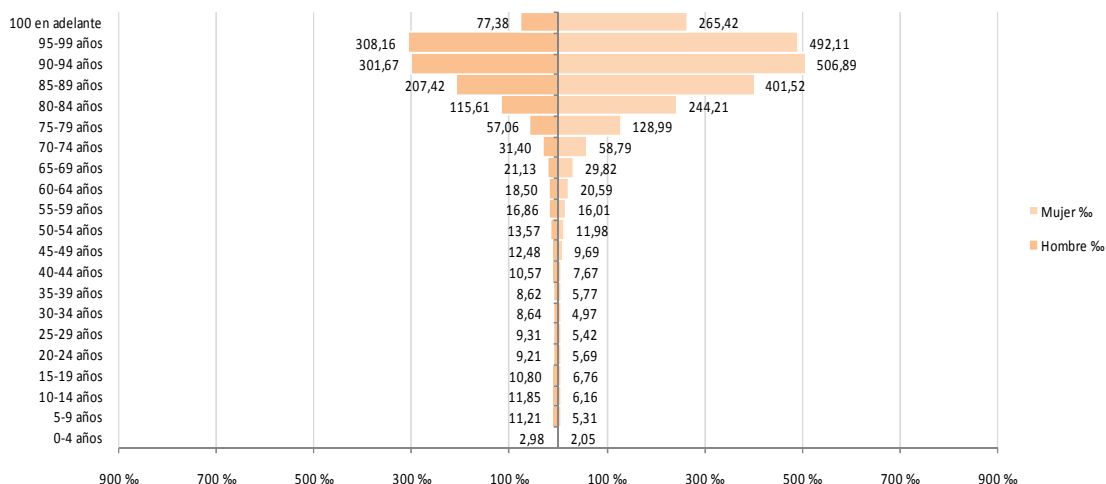


Fig. VI.21. Personas con resolución de valoración. Por tramo de edad en la provincia de Málaga. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

Tasa de cobertura de personas con resolución de valoración en la provincia de Sevilla

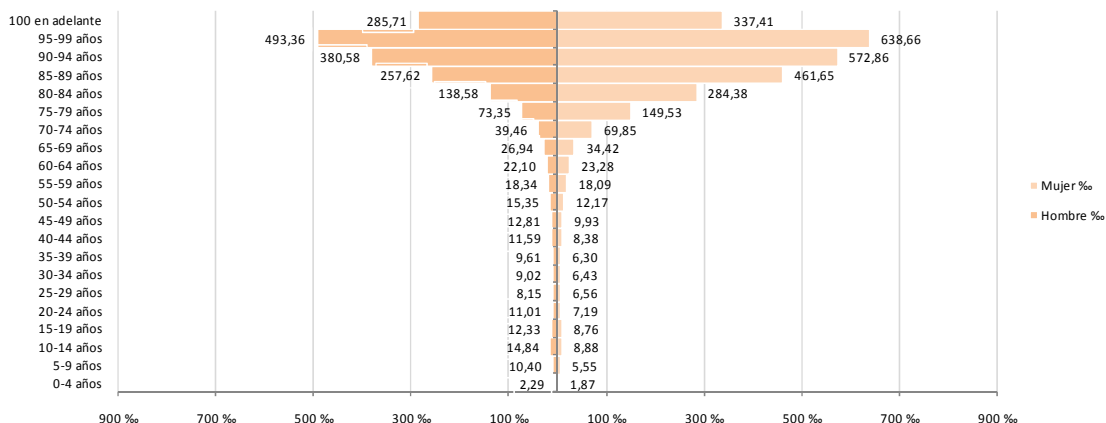


Fig. VI.22. Personas con resolución de valoración. Por tramo de edad en la provincia de Sevilla. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

6.2.2.4. Por grado de dependencia y edad.

En cuanto a la distribución de las personas con dependencia reconocida en función de su grado de dependencia, en el 27,6% de los casos se trata de personas con gran dependencia, incrementándose este porcentaje hasta el 40,69% en las personas con dependencia severa y representando las personas con dependencia moderada el 31,71% del total.

Rango de edad	GRADO DE DEPENDENCIA					
	Tasa de cobertura respecto población					
	Grado III		Grado II		Grado I	
	Hombre‰	Mujer‰	Hombre‰	Mujer‰	Hombre‰	Mujer‰
0-4 años	1,83	1,30	0,81	0,60	0,21	0,21
5-9 años	5,72	3,15	3,84	1,88	1,25	0,66
10-14 años	5,74	3,30	5,25	2,95	2,18	1,23
15-19 años	4,91	3,14	4,80	3,40	2,34	1,25
20-24 años	4,19	2,66	4,46	3,06	1,89	1,29
25-29 años	4,00	2,76	3,48	2,61	1,95	1,16
30-34 años	3,79	2,63	3,66	2,53	1,75	1,15
35-39 años	3,81	3,01	3,92	2,80	2,26	1,47
40-44 años	4,23	3,09	4,96	3,60	2,77	1,99
45-49 años	4,44	3,35	5,86	4,47	3,78	3,02
50-54 años	4,70	3,76	7,23	5,67	4,45	4,35
55-59 años	5,66	4,89	8,47	7,50	5,70	6,48
60-64 años	6,91	5,80	10,22	9,88	6,71	9,64
65-69 años	8,26	7,57	11,36	14,16	8,33	15,56
70-74 años	13,26	14,48	16,54	27,75	12,91	32,50
75-79 años	22,93	30,57	29,74	63,38	26,34	69,94
80-84 años	38,86	62,20	57,32	122,48	54,00	116,03
85-89 años	67,57	123,39	114,91	208,87	104,47	152,67
90-94 años	104,46	195,63	184,75	280,17	140,06	133,67
95-99 años	137,20	286,43	230,32	279,34	139,45	87,50
>100 años	81,84	241,21	109,78	152,01	19,96	23,87

Tabla. VI.12. Personas reconocidas en situación de dependencia. Por tramo de edad, sexo y grados.
Fuente: SISAAD. 31/12/2015. Se contemplan 85 personas sin especificar edad.

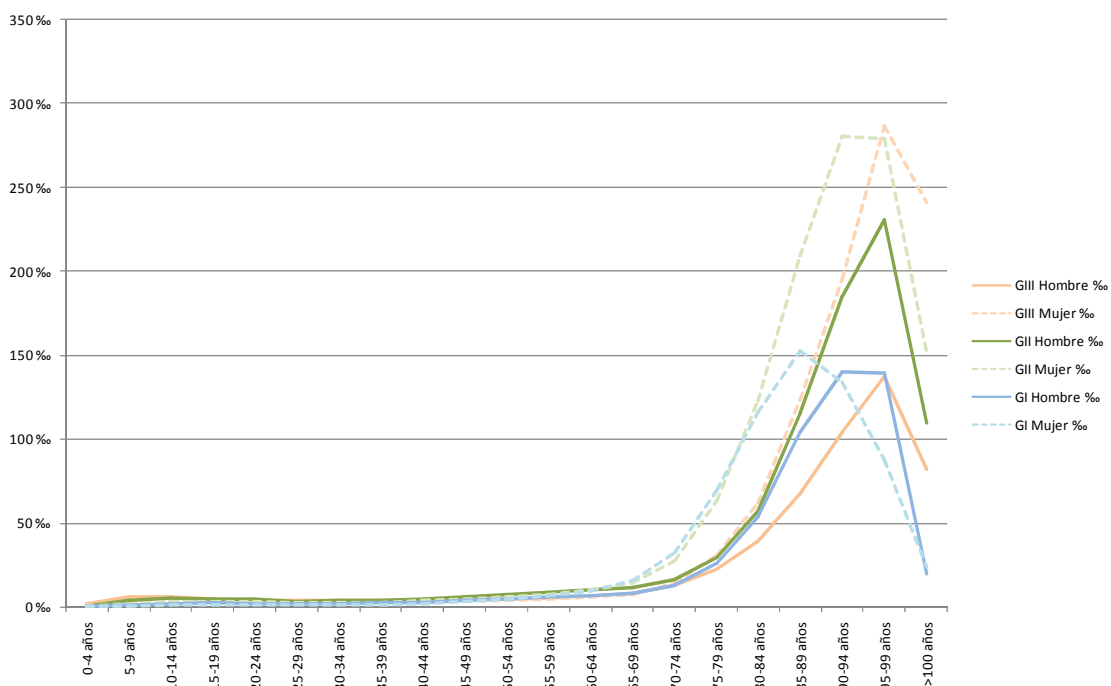


Fig. VI.23. Personas reconocidas en situación de dependencia. Por tramo de edad, sexo y grados.
Fuente: SISAAD. 31/12/2015

Si analizamos la distribución de los grados de dependencia en función de tramos de edad, se puede observar cómo la gran dependencia afecta en mayor medida a personas más jóvenes y la presencia de dependencia moderada se incrementa con la edad, por ejemplo, entre las personas con dependencia reconocida menores de 65 años, el 35,15% están en situación de gran dependencia y el 24,57% son personas con dependencia moderada invirtiéndose esta situación entre las personas con dependencia reconocida mayores de 65 años en los que la gran dependencia representa el 23,37% y la dependencia moderada el 34,63%.

6.2.3. Personas beneficiarias de prestaciones de dependencia.

Las personas beneficiarias de prestaciones de dependencia son aquellas que están siendo atendidas mediante la prestación de servicios o prestaciones económicas reconocidas a través del **Programa Individual de Atención (PIA)**.

6.2.3.1. Por provincia.

Ámbito territorial	Sexo			Población	Tasa de cobertura respecto a población		
	Hombre	Mujer	Total		Hombre ‰	Mujer ‰	Total ‰
<i>Almería</i>	5.899	10.925	16.824	701.211	16,57	31,65	23,99
<i>Cádiz</i>	8.607	14.990	23.597	1.240.284	14,04	23,90	19,03
<i>Córdoba</i>	6.261	12.262	18.523	795.611	16,03	30,27	23,28
<i>Granada</i>	7.274	14.459	21.733	917.297	16,10	31,07	23,69
<i>Huelva</i>	4.287	8.870	13.157	520.017	16,64	33,81	25,30
<i>Jaén</i>	6.870	15.178	22.048	654.170	21,21	45,95	33,70
<i>Málaga</i>	9.815	18.076	27.891	1.628.973	12,26	21,83	17,12
<i>Sevilla</i>	11.351	24.115	35.466	1.941.480	11,94	24,34	18,27
ANDALUCÍA	60.364	118.875	179.239	8.399.043	14,56	27,94	21,34
% ANDALUCÍA	33,68%	66,32%	100%				

Tabla. VI.13. Las personas beneficiarias de prestaciones de dependencia a través del Programa Individual de Atención. Provincializado. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

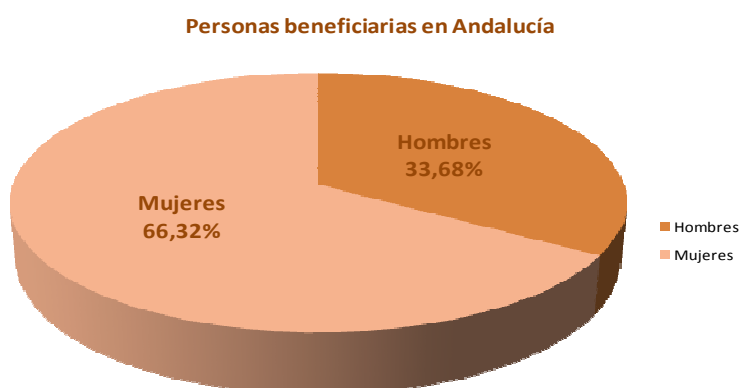


Fig. VI.24. Personas beneficiarias de dependencia. Por sexo. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

Tasa de cobertura por población de personas beneficiarias por sexo y edad

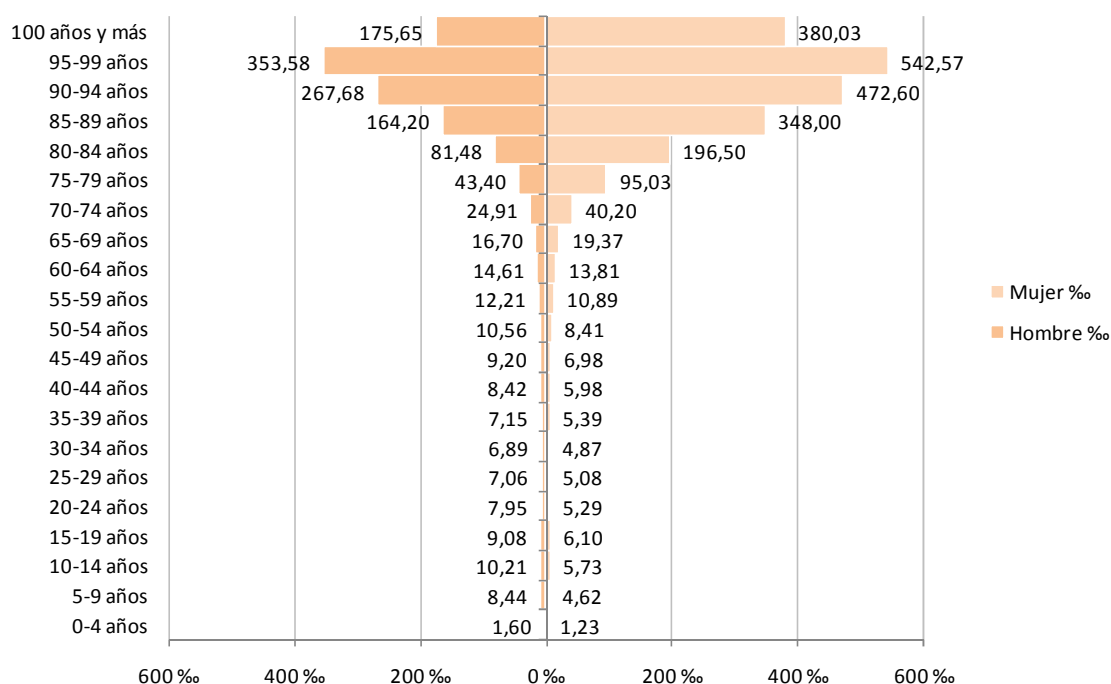


Fig. VI.25. Personas beneficiarias por sexo y edad. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

En Andalucía el 2,13% de la población está recibiendo alguno de los servicios o prestaciones económicas del catálogo de prestaciones del SAAD, es decir, teleasistencia, atención residencial, centros de día y de noche, servicio de ayuda a domicilio, prestación económica para cuidados en el entorno familiar, para la asistencia personal o vinculada a la prestación de un servicio de los anteriormente descritos.

Este porcentaje es significativamente mayor en Andalucía que en el resto del territorio nacional donde únicamente el 1,71% de la población está siendo atendida en la fecha referida.

Comunidad Autónoma	Población CCAA*		Personas**	
	Nº	%	Nº	% población CCAA
Andalucía	8.399.043	18,01	179.239	2,13
Aragón	1.317.847	2,83	17.828	1,35
Asturias (Principado de)	1.051.229	2,25	17.524	1,67
Balears (Illes)	1.104.479	2,37	11.630	1,05
Canarias	2.100.306	4,50	13.885	0,66
Cantabria	585.179	1,26	13.945	2,38
Castilla y León	2.472.052	5,30	73.546	2,98
Castilla-La Mancha	2.059.191	4,42	36.796	1,79
Catalunya	7.508.106	16,10	126.450	1,68
Comunitat Valenciana	4.980.689	10,68	43.239	0,87
Extremadura	1.092.997	2,34	22.242	2,03
Galicia	2.732.347	5,86	41.823	1,53
Madrid (Comunidad de)	6.436.996	13,81	101.304	1,57
Murcia (Región de)	1.467.288	3,15	27.485	1,87
Navarra (Comunidad Foral	640.476	1,37	9.038	1,41
País Vasco	2.189.257	4,70	51.044	2,33
Rioja (La)	317.053	0,68	6.743	2,13
Ceuta y Melilla	169.847	0,36	2.348	1,38
TOTAL	46.624.382	100	796.109	1,71

Tabla. VI.14. Personas beneficiarias de dependencia por Comunidad Autónoma. Fuente:

*Cifras INE de población referidas al 01/01/2015. Real Decreto 1016/2013, de 20 de diciembre BOE 28.12.13

** Cifras IMSERSO a 31 de diciembre de 2015

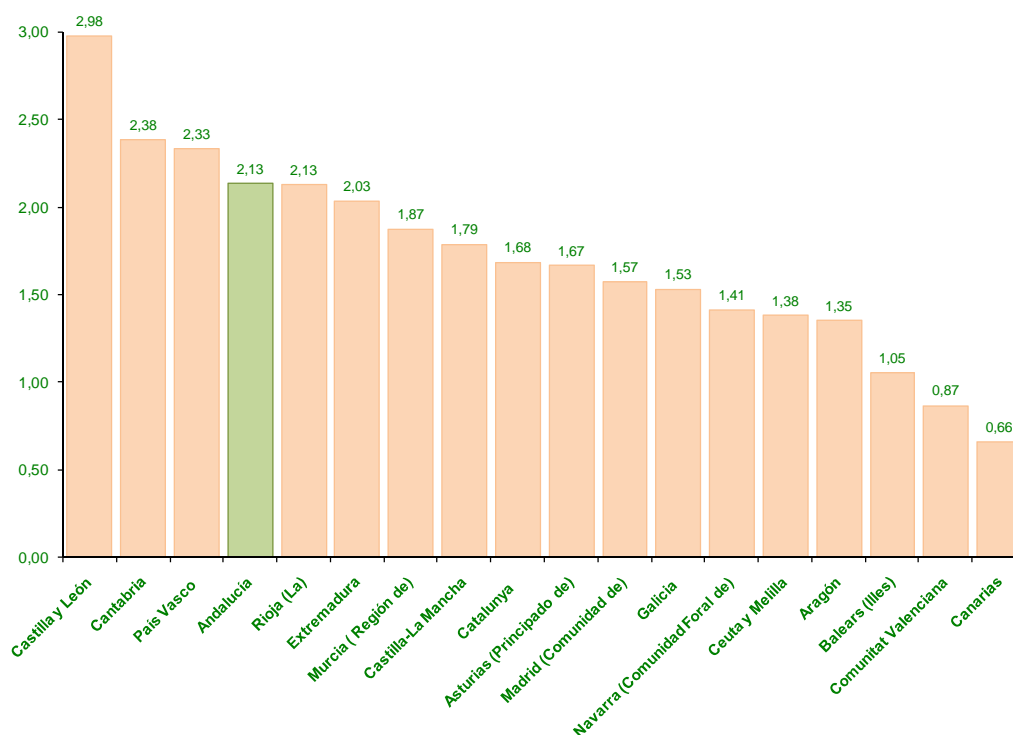


Fig. VI.26. Personas beneficiarias por Comunidad Autónoma. Fuente: SISAAD. 30/11/2015

Personas beneficiarias según edad

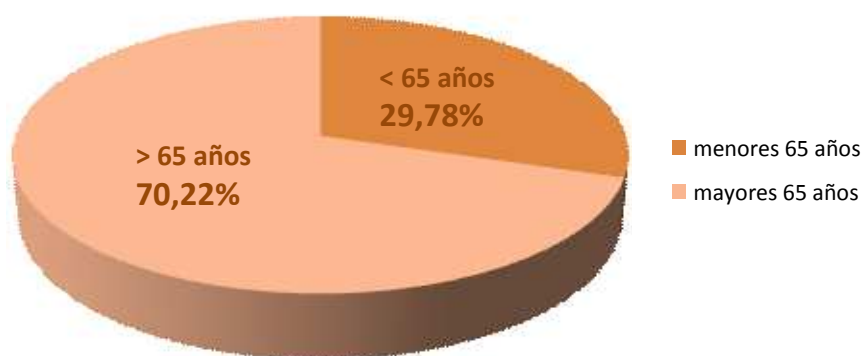


Fig. VI.27. Porcentaje población dependencia beneficiaria según edad (Menores de 65 años y mayor o igual a 65 años). Fuente: SISAAD. 31/12/2015

6.2.3.2. Por grado de dependencia según población.

De los datos analizados se observa un cierto equilibrio en número y porcentaje de las personas reconocidas en situación de dependencia en función del número de habitantes de la población en la que residen. Así, de las 275.423 personas reconocidas, 162.321 residen en municipios de más de 20.000 habitantes. Las restantes 113.102 residen en poblaciones inferiores a 20.000 habitantes.

Personas valoradas con dependencia reconocida según personas por municipio

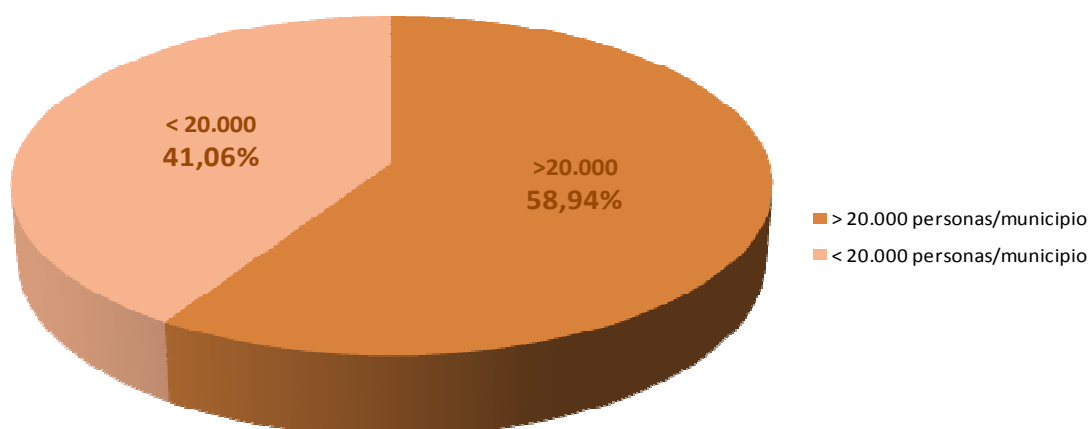


Fig. VI.28. Porcentaje población dependencia reconocida por población ><20.000 habitantes. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

6.2.3.3 Distribución de los servicios o prestaciones recibidos en función de tener más o menos de 65 años.

A continuación se incluyen gráficos donde se pone de manifiesto las diferencias en el acceso a servicios sociales o prestaciones económicas en función de tener más o menos de 65 años, podríamos decir coloquialmente, diferencias entre las personas mayores y las personas con discapacidad.

Distribución de prestaciones principales en personas beneficiarias mayores de 65 años en Andalucía

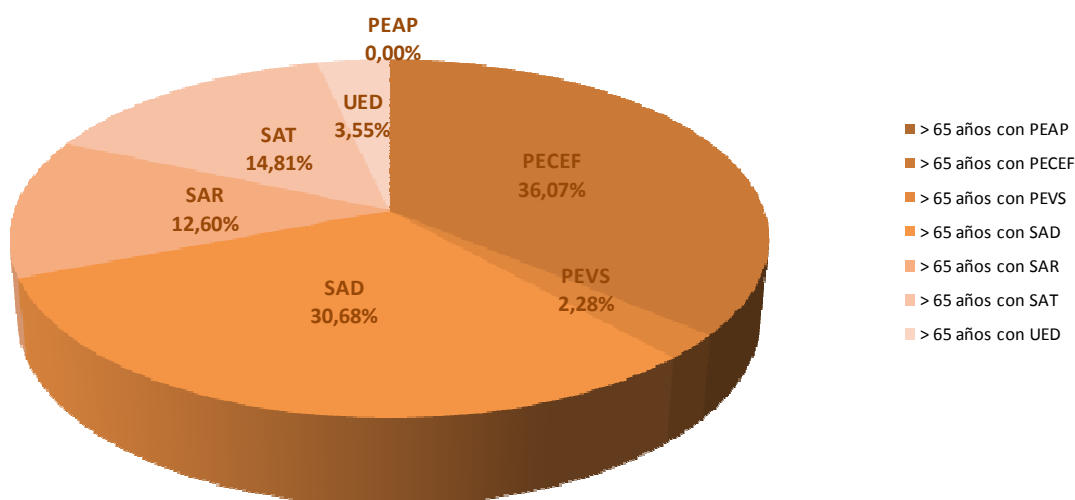


Fig. VI.29. Unidad de Estancia Diurna (UED). Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP). Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF). Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS). Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Servicio de Atención Residencial (SAR). Fuente: SISAAD. 31/12/2015

Distribución de prestaciones principales en personas beneficiarias manores de 65 años en Andalucía

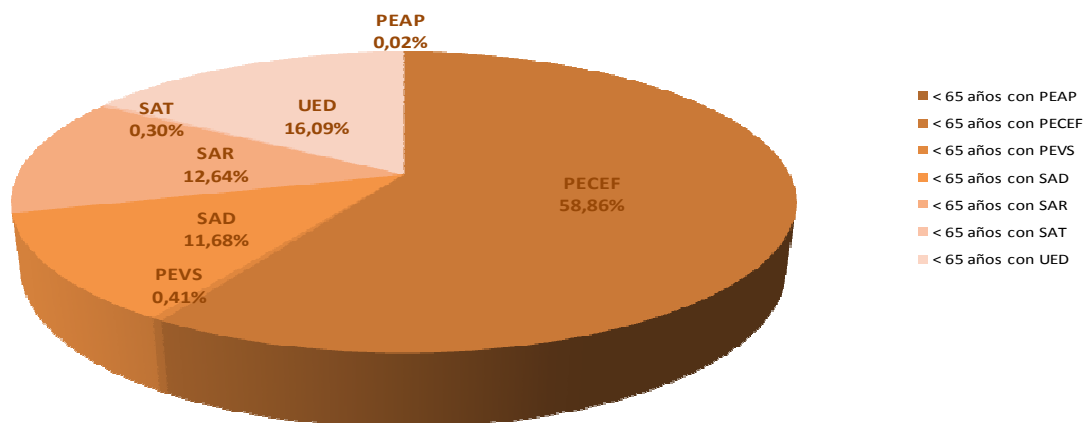


Fig. VI.30. Unidad de Estancia Diurna (UED). Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP). Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF). Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS). Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Servicio de Atención Residencial (SAR). Fuente: SISAAD. 31/12/2015

Prestaciones	Tasa de cobertura de prestaciones por edad y sexo			
	PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS		PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS	
	Mujer ‰	Hombre ‰	Mujer ‰	Hombre ‰
Servicio de Atención Residencial	65,03	27,42	42,12	67,01
Unidad de Estancia Diurna (UED)	19,46	6,63	56,98	83,14
Servicio de Ayuda a Domicilio	180,61	55,68	67,99	61,66
Prestación Económica Viculadas al Servicio	13,26	3,55	1,67	1,86
Prestación Económica de Asistencia Personal	0,00	0,00	0,08	0,08
Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar	197,45	68,14	207,71	295,94
Servicio Andaluz de Teleasistencia	293,72	69,05	59,11	54,66

Tabla VI.15 Distribución de prestaciones.
Tasa de cobertura de prestaciones distribuido por edad y sexo en ‰. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

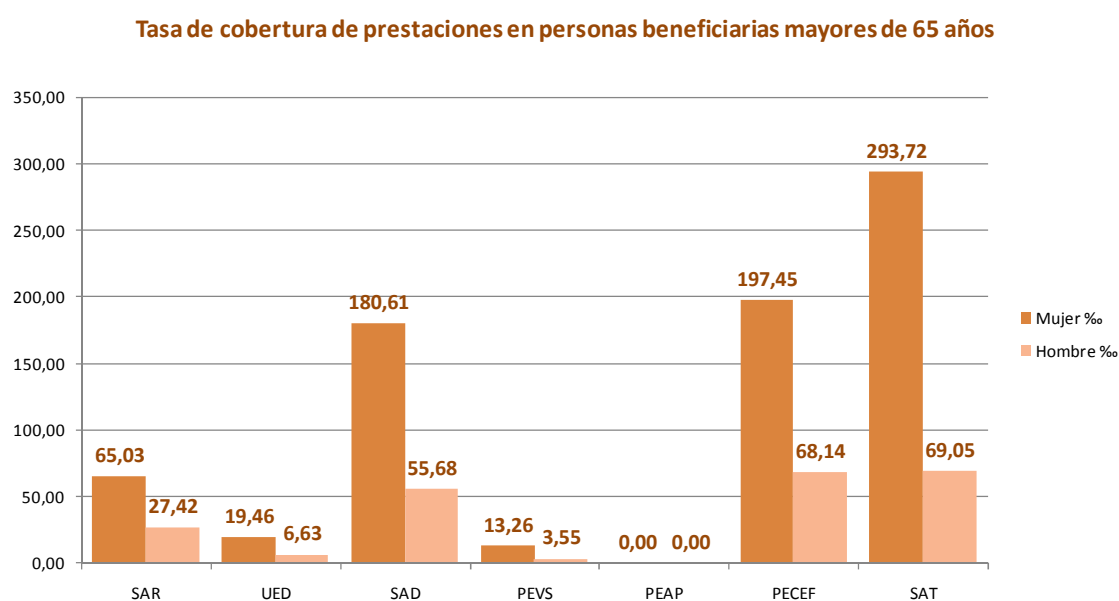


Fig. VI. 31. Distribución de prestaciones en personas mayores de 65 años.
Tasa de cobertura de prestaciones distribuido por sexo en ‰. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

Tasa de cobertura de prestaciones en personas beneficiarias manores de 65 años

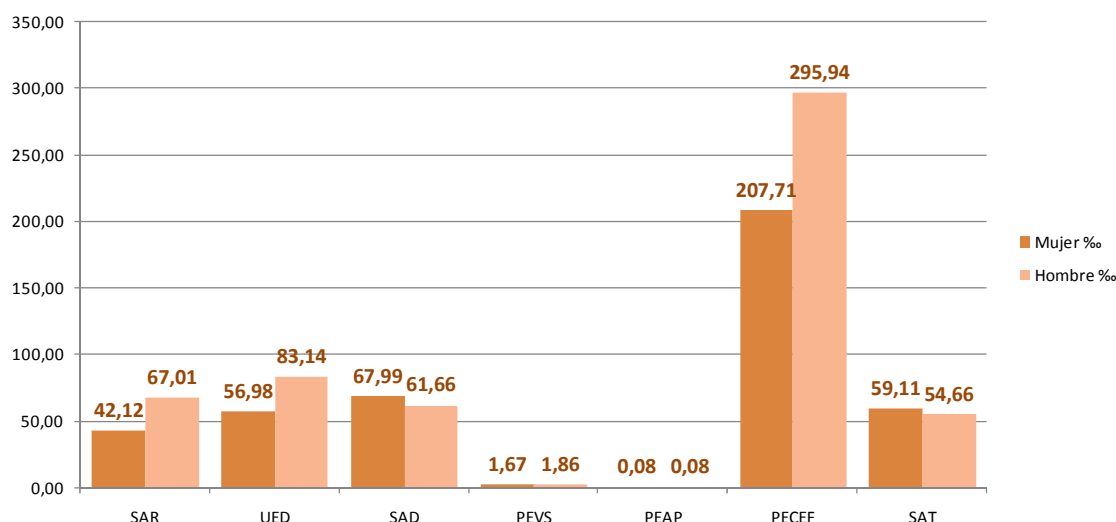


Fig.VI. 32. Distribución de prestaciones en personas menores de 65 años.
Tasa de cobertura de prestaciones distribuido por edad en %. Fuente: SISAAD. 31/12/2015

6.2.4. Formas de convivencia

Composición de los hogares

Siguiendo el estudio DDA, en el caso de las personas en situación de dependencia, la **composición del hogar** es un indicador de gran importancia en tanto en cuanto lo doméstico cobra una relevancia fundamental, como centro desde donde se procuran cuidados.

Hogares unipersonales.- Podría pensarse que la dependencia funcional elimina la posibilidad de residir de manera independiente, sin embargo la considerable proporción de personas en situación de dependencia que viven en **hogares unipersonales** demuestran que esto no es necesariamente así. Por otra parte, algunas discapacidades dificultan la formación de pareja o el tener hijas o hijos.

En Andalucía, y obteniendo resultados muy similares a los del total nacional, un 13,7% de las personas en situación de dependencia viven **solas**. Este porcentaje aumenta entre la población femenina, donde las proporciones de quienes viven solas cuando existe dependencia se sitúan en un 16,4%. En los hombres el porcentaje resulta bastante menor, no llegando al 9%.

El dato más relevante que arroja el cruce entre tipo de hogar y hábitat es la proporción de soledad que se obtiene en los municipios más pequeños. Un 16% de las personas en situación de dependencia, que vive en municipios de menos de 10.000 habitantes, reside en soledad, porcentaje que además es sensiblemente superior al de España. Factores

como el envejecimiento rural y el aumento de las situaciones de viudedad en la vejez, contribuyen a explicarlo.

Viviendo en pareja.- Algo más de un quinto (21,8%) de la población andaluza en situación de dependencia vive en pareja, la forma de convivencia más frecuente entre este colectivo después de los **hogares multigeneracionales**, con proporciones apenas un punto inferior que las obtenidas para el total nacional.

Los hogares constituidos por parejas son más frecuentes entre los hombres en situación de dependencia que entre las mujeres. En concreto éstos tienen una probabilidad 1,4 veces mayor de vivir con una compañera. La mayor esperanza de vida femenina, y su menor edad media al casamiento, aumentan la probabilidad que los hombres tienen de mantener la pareja hasta el final de su vida.

Entre las personas mayores de 65 años en situación de dependencia, convivir exclusivamente con la pareja se da de manera mucho más frecuente que entre las que tienen entre 16 y 64 años, con porcentajes de 14,9 y 26,3 respectivamente.

Hogares multigeneracionales.- Más de la mitad (53,7%) de la población en situación de dependencia convive en hogares multigeneracionales (pareja con descendientes, familias monoparentales y pareja o persona con su nieto/s o nieta/s).

Los hombres en situación de dependencia conviven en hogares multigeneracionales con mayor frecuencia que las mujeres en su misma situación. Y aunque esta diferencia se produce también tomando como referencia la población en situación de dependencia de toda España, en Andalucía es ligeramente superior.

Como cabe esperar, la población infantil en situación de dependencia se concentra casi de manera exclusiva en este tipo de hogares (95,3%). Las personas que tienen entre 16 y 64 años también registran muy altos porcentajes de residencia multigeneracional; el retraso de la edad de emancipación junto con las reagrupaciones que pueda producir la dependencia, tienen que ver, con toda probabilidad, con el predominio que este tipo de hogar logra en este grupo de edad. Tres de cada siete (42,3%) personas mayores en situación de dependencia viven de esta forma; de nuevo, en este grupo pueden estar operando los dos factores citados con anterioridad: por un lado, puede haber personas mayores que debido a su nivel de dependencia convivan con algún descendiente facilitando así el flujo de recepción de cuidados, pero dado que este tramo de edad comienza en los 65 años, también habrá hogares con mayores en situación de dependencia que cohabiten con descendientes no emancipados.

Otro tipo de hogar.- Bajo la categoría de “otro tipo” quedan reunidos todos aquellos hogares de dos o más personas que no han sido descritos en los anteriores apartados, es decir, si existe parentesco, éste no será de línea directa, los sujetos serán por tanto hermanas, hermanos, cuñadas, cuñados, suegras, suegros etc. Pero tienen incluso cabida

hogares en los que el tipo de relación no es familiar, como son aquellos en los que la persona en situación de dependencia cohabita con una persona empleada o huésped, por citar algunos de los ejemplos posibles.

En Andalucía estos tipos de hogar son algo menos frecuentes que en España en su conjunto: un 10,1% y un 12,5% respectivamente entre las personas en situación de dependencia.

Este tipo de hogares es más frecuente entre las mujeres, entre los mayores de 64 años y en las zonas rurales.

Los hogares de las personas con discapacidad en situación de dependencia frente a las que gozan de autonomía funcional.- Disponer de autonomía funcional o necesitar ayuda para la realización de determinadas actividades cotidianas marca una serie de diferencias que se advierten en la composición de los hogares de las personas con discapacidad.

La proporción de personas que viven solas es mayor entre la población con discapacidad que goza de autonomía, situándose tres puntos porcentuales por encima de las que están en situación de dependencia (16,4 y 13,7% respectivamente). La convivencia en pareja también es más frecuente entre las personas sin dependencia: un cuarto de ellas convive de esta forma, mientras que cuando existe dependencia los porcentajes no llegan al 22%.

Los hogares multigeneracionales y los clasificados bajo la calificación de otro tipo tienen una presencia mayor entre las personas en situación de dependencia; especialmente estos últimos, que se colocan 4,5 puntos por encima del dato obtenido en la población con discapacidad sin dependencia.

6.2.5. Perfil demográfico de las personas que prestan cuidados

La persona que la EDAD 2008 ha identificado como **cuidadora principal** es mayoritariamente una mujer, con una edad media de 53 años (en el caso de Andalucía, y 55 años para el total nacional), casada, con estudios primarios o inferiores, y de nacionalidad española; perfil que ha experimentado pocos cambios en los últimos 20 años (62).

Como se ha dicho, la mayoría de las personas con dependencia que recibe cuidados los recibe de mujeres, 56,9%. Los cuidados por hombres sólo representan un 15,3%, es decir, casi cuatro veces más la mujer que el hombre. Los datos para España indican una mayor presencia masculina, alcanzando casi el 18%.

Algo más de un cuarto (25,4%) de los cuidadores identificados tiene entre 40 y 54 años, un quinto entre 55 y 69 años; y aún se encuentran cuidadores con 70 y más años (11,7%). En España existe una menor proporción de personas cuidadoras hasta 40 años, sin embargo los grupos de edad de 55 a 69 años y de 70 y más obtienen mayores porcentajes que en Andalucía. El **perfil de la persona cuidadora** en Andalucía es por tanto algo más joven que el que se obtiene del total nacional, tal como apuntan estos porcentajes y la media de edad, que para esta Comunidad es dos años menor que la de España.

En torno a la mitad de las personas cuidadoras están casadas (49,2% en Andalucía y 50,3% para España); el siguiente estado civil más frecuente es la soltería (14,0 y 13,7% respectivamente); es posible que esto apunte a la presencia de hijas o hijos en el hogar.

En cuanto al **nivel de instrucción**, cerca de un cuarto de las personas cuidadoras en Andalucía son analfabetas y el 21,3% con estudios primarios. En España el porcentaje de personas analfabetas o con estudios incompletos es menor, de la misma manera que el de personas con estudios secundarios y superiores asciende.

Tan solo un 3,2% declara una nacionalidad distinta que la española en Andalucía, siendo este porcentaje algo mayor, 5,5%, en los resultados para España.

En cuanto a la **relación con la actividad**, se observa que el 22% de las personas cuidadoras se dedica a labores del hogar, otra buena parte de ellas se encuentra trabajando (18,3%) y el 15% son pensionistas (recibiendo prestaciones de jubilación o incapacidad permanente). Sin embargo, esta variable desagregada por sexo da muestra de los diferentes panoramas en los que tiene lugar el trabajo de cuidado según si la persona que los realiza es hombre o mujer: casi dos quintos (38,3%) de las mujeres cuidadoras se dedican principalmente a labores del hogar, tan sólo un 3% de los hombres define así su actividad. En su caso, más de la mitad (50,7%) se coloca en la categoría de jubilados o incapacitados permanentemente. Casi un 29% de los hombres está trabajando, las mujeres en esta situación representan 4,5 puntos porcentuales menos. El desempleo pesa algo más entre las mujeres, pues un 13,5% declaró encontrarse en esta situación frente al 11,6% en el caso de los hombres.

En cuanto a las **relaciones de parentesco** con la persona cuidadora principal, a la luz de los datos, puede afirmarse que los mecanismos que tradicionalmente adjudicaban a las mujeres las labores reproductivas, y entre ellas, el cuidado a personas en situación de dependencia, siguen operando con fuerza y pese a las transformaciones que las mujeres han conseguido en otros ámbitos del sistema social. En Andalucía, como se verá, las diferencias entre la implicación de parientes hombres y mujeres en las tareas de cuidado son incluso más marcadas que en el resto de España. Las referencias se hacen sobre la persona cuidadora principal, pero muchas veces no es la única, existiendo otras personas que ayudan a quien está en dependencia o bien a la propia cuidadora principal.

En Andalucía más de un cuarto de las personas en situación de dependencia (25,3%) tiene a una hija como cuidadora principal y tan sólo un 4,7% a algún hijo. En dos de cada diez (20,2%) se trata de la pareja; si se tiene en cuenta el sexo de ésta, los cónyuges femeninos pasan a representar el 11,7% frente al 8,5% que ocupan los masculinos. El papel de las madres en la principalidad del cuidado es mucho mayor que el de los padres: las primeras representan un 9,0% dentro de la distribución de parentesco, mientras que los padres apenas alcanzan el 1% (0,8%).

El peso porcentual que adquieren las figuras femeninas en la distribución calculada para el total nacional desciende respecto a los datos obtenidos en Andalucía, especialmente las hijas, que pasan a representar un 22,7%. Las madres obtienen un 8,1% y aunque el cónyuge femenino tiene prácticamente la misma representación que para el caso andaluz (11,7%) el papel del cónyuge masculino, asimismo, adquiere mayor importancia alcanzando cifras del 10,2%. Otras diferencias destacables son la mayor generalización de las personas empleadas para el cuidado (6,2% dos puntos porcentuales más que en Andalucía), y el mayor peso que ha obtenido la categoría que engloba otros familiares, amistades y otro tipo de relaciones.

El predominio femenino en la atención a la dependencia se torna aún más manifiesto si se analiza el sexo de cada una de las figuras de cuidado. La situación en la que más presencia masculina se percibe es aquella en la que la pareja procura los cuidados: en Andalucía, un 42,1% de las personas cuidadoras principales que son cónyuges o parejas de la que necesita ayuda son hombres. Cuando los descendientes cuidan de alguno de sus padres, los hijos varones apenas alcanzan el 16%, y así el porcentaje de varones va disminuyendo para el resto de categorías.

Al margen de los vínculos familiares aparecen las personas empleadas para el cuidado con un 4,3%, y los servicios sociales con un 1,5%.

6.2.6. Consecuencias en la salud, trabajo y vida personal de quien cuida

Las consecuencias negativas y las dificultades derivadas del trabajo de cuidado parecen tener una ligera mayor presencia en Andalucía que en España. Tres de cada diez personas cuidadoras principales (30,8%) declaran tener especial dificultad para realizar algunas de las tareas por faltarles fuerza física, siendo ésta la dificultad que se da de manera más frecuente. Existe un 10,3% que piensa que la persona a la que cuida no colabora o se resiste ante algunas de las labores que lleva a cabo, y en la misma proporción se encuentran personas que tienen dudas sobre cómo sería la mejor manera de acometer determinadas tareas de cuidado. El 23,1% manifiesta no tener ninguna dificultad.

En relación con los aspectos de salud o estado general, el 37,9% de las personas cuidadoras dice encontrarse cansada, un cuarto (25,7%) siente que se ha deteriorado su

salud como consecuencia de las tareas de cuidado, un 21,8% declara sentirse deprimida, incluso un 11,4% ha tenido que ponerse en tratamiento para sobrellevar la situación.

Los problemas que plantean las tareas derivadas del cuidado de la persona en situación de dependencia no son los mismos para las mujeres que para los hombres.

Hacerse cargo de las personas de la familia que necesitan cuidados supone un alto coste de oportunidad para las personas cuidadoras, que tienen que elegir entre trabajo remunerado o “productivo” y trabajo “reproductivo”. Además, el trabajo de cuidar es una función adscrita tradicionalmente a las mujeres como parte de su rol de género.

La identificación del complejo entramado de factores relacionados con las desigualdades de género, en el impacto del cuidado informal en la salud, resulta clave para el desarrollo correcto de intervenciones dirigidas a las personas cuidadoras desde los sistemas de bienestar.

Según la investigación (72) realizada para el Instituto Andaluz de la Mujer sobre las desigualdades de género en el impacto del cuidado informal en la salud, el 74% de las personas cuidadoras son mujeres. Muy especialmente en edades comprendidas entre 45 y 69 años, sin actividad laboral retribuida (75-85%), y de nivel educativo bajo. Los hombres cuidadores suele tener más de 64 años, y suelen estar jubilados (57%) y un 38% tiene estudios secundarios.

Por otra parte, según la EDAD 2008, en España, la probabilidad de ser cuidado por un familiar es mayor cuando la persona que recibe los cuidados es un varón (92,65) que cuando es una mujer (85,45). El familiar es la mayor parte de las veces una hija, cuando la persona que recibe cuidados es una mujer, o la esposa, cuando quien recibe cuidados es un hombre.

En el tipo de ayuda prestada según sexo de la persona cuidadora también hay diferencias: las mujeres cuidadoras suelen realizar tareas como el aseo, la comida, cambio de pañales, vestido... En cambio, los hombres cuidadores realizan más tareas relacionadas con la movilidad física y otras fuera del hogar.

Respecto al tiempo dedicado al trabajo de cuidar, las mujeres son mayoritarias en los tramos de 4 a más de 16 horas de tiempo al día. También son mayoritarias en el número de años dedicados a cuidar.

Por todo ello, el impacto en la salud, en la vida laboral, social y de ocio, en la economía en las relaciones familiares, etc., es muy superior en las mujeres.

La mayor percepción de un deterioro de la salud como consecuencia del cuidado que muestran las mujeres respecto de los hombres que cuidan, se relaciona con las

características del cuidado que prestan, más intenso y con mayor dedicación a tareas asociadas a un mayor riesgo para la salud.

Además, profundizando más influyen también factores de tipo social como: la mayor obligación social de cuidar, la menor capacidad de elección real, el tipo de personas a las que se cuida, la disponibilidad de ayuda para cuidar, apoyo social, acceso a los servicios sanitarios...

En resumen, los distintos resultados en salud se asocian a la forma diferente en que hombres y mujeres experimentan y afrontan el cuidado.

Las personas que cuidan, que conviven con la que se encuentra en situación de dependencia, se enfrentan a problemas concretos fruto de la convivencia constante y a que la ayuda no se produzca puntualmente sino que se pueda dilatar a lo largo de toda la jornada. Esto tiene consecuencias sobre su tiempo de ocio, pero también puede afectar a sus trayectorias profesionales y económicas. A este respecto los datos señalan que casi tres de cada diez de las personas cuidadoras que viven con la persona en situación de dependencia no pueden plantearse trabajar fuera de casa; proporción notablemente superior que los datos que arroja el total nacional, donde sólo un 22,7% está de acuerdo con esta afirmación. En torno a un 12% ha sentido que su vida profesional se resiente y otro tanto se ha visto obligado a dejar sus trabajos. No obstante, hay cuidadores y cuidadoras que no han visto afectada su vida profesional o económica por el hecho de ser responsables de la ayuda que necesita la persona con dependencia, en concreto y para Andalucía representan un 37,8%, y para España en su conjunto un 41,2%.

Menor es el porcentaje de personas cuidadoras que no ha sentido las consecuencias de cuidado en su ocio, tiempo libre o vida familiar: en Andalucía sólo un 21% está de acuerdo con esta afirmación y una proporción algo superior tomando como referencia la población española (23,2%). Una amplia mayoría, en cambio, manifiesta que ha tenido que reducir su tiempo de ocio (63,4%), casi la mitad no puede irse de vacaciones (47,9%), el 41% no tiene tiempo para frecuentar sus amistades. Las consecuencias que el cuidado tiene sobre estos aspectos se muestran algo más acuciantes en Andalucía en que España.

6.3.-Previsiones de la población andaluza en situación de dependencia. El envejecimiento demográfico y las consecuencias de la crisis económica.

Los escenarios que se plantean para el futuro son de aumento progresivo del número de personas en situación de dependencia. Conforme nos dice el Libro Blanco de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España (63), la evolución futura de esta población estará determinada por el proceso de envejecimiento demográfico.

En 2014 la esperanza de vida en Andalucía era de 81,7 años, siendo para los hombres de 78,99 años y para las mujeres de 84,4 años. En España estos datos presentaban un total de 82,98 años, siendo para los hombres de 80,17 años y para las mujeres de 85,71 años.

El incremento de la esperanza de vida, el avance de la sanidad, de los medios de lucha contra la enfermedad y el descenso de la natalidad, así como la mejora de la calidad de vida, han hecho que la **población mayor haya sido el grupo de población que ha crecido más rápidamente en el último siglo**. Andalucía no es ajena a esa “revolución demográfica” presentando en sus datos demográficos un envejecimiento de su población, aunque no tan acusado como en otras Comunidades Autónomas.

“La proporción de personas de 65 o más años seguirá aumentando en el futuro según todas las proyecciones existentes. En Andalucía el porcentaje de mayores podría duplicarse de aquí al 2050 (del 14,5% al 30,9%) si no se mantiene la inmigración y la fecundación se estabiliza en el nivel actual” (64).

Según la “Proyección de la Población de España 2014–2064” del INE (65), el descenso de la natalidad y el envejecimiento poblacional provocarían que el número de defunciones superará por primera vez al de nacimientos a partir de 2015. La proyección para el conjunto del periodo 2014-2064 se realiza bajo las hipótesis de un flujo inmigratorio constante y una propensión de la población a emigrar al extranjero. Se prevé una pérdida de población en este período pero no en Andalucía, que mantendría el mismo tamaño poblacional que en la actualidad. La esperanza de vida al nacimiento que en 2014 es de 80,17 años para los hombres y de 85,71 para las mujeres en España, pasaría en 2063 a ser de 90,95 para los hombres y de 94,32 para las mujeres.

El porcentaje de población de 65 años y más, que actualmente se sitúa en el 18,2% de la población, pasaría a ser del 24,9% dentro de quince años (en 2029) y del 38,7% dentro de cincuenta años (en 2064). De mantenerse las tendencias demográficas actuales, la tasa de dependencia (entendida como el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) se elevaría más de siete puntos, desde el 52,1% actual hasta el 59,2% en 2029. Y en 2064 alcanzaría el 95,6%. La población centenaria (la que tiene 100 años o más) pasaría de las 13.551 personas en la actualidad, a más de 372.000 dentro de 50 años.

Junto al envejecimiento demográfico, es previsible que se produzca una cierta reducción de la prevalencia de las situaciones de dependencia por grupos de edad, como consecuencia de la mejora de los niveles de salud, la mayor conciencia de la población sobre la conveniencia de desarrollar hábitos de vida saludables y las actuaciones preventivas. Esa reducción de la prevalencia se producirá de forma paulatina y será más perceptible en los niveles de menor gravedad.

No obstante, aun habiéndose reducido porcentualmente el número de personas con discapacidad tanto en Andalucía como en España, realmente el número de personas con discapacidad ha crecido, aunque su crecimiento ha sido menor que el del total de la población. Si hacemos referencia a la población menor de 65 años, se constata el descenso de accidentes (como así se indica desde la Dirección del Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad en Andalucía) y de nuevas enfermedades invalidantes.

Además, debemos resaltar, que la situación de crisis económica tendrá indudablemente sus repercusiones en las situaciones de discapacidad y dependencia, y, por ende, en los objetivos del presente Plan. La Encuesta de Condiciones de Vida del INE de 2013 informa que en Andalucía el 23,4% de los hogares presenta mucha dificultad para llegar a fin de mes (un 16,9% en España), así como que la tasa de riesgo de pobreza en Andalucía en este año era del 29,1% (20,4 % en España).

Con datos del último trimestre de 2015, según la EPA y el IECA, en Andalucía el 12,6% de los hogares tiene todas las personas activas paradas, oscilando entre el 10,9% en Málaga, pasando por el 11,6% en Almería, el 11,7% en Jaén, el 11,8% en Córdoba, el 11,9% en Granada, el 12,9% en Huelva y Sevilla, y el 16,8% en Cádiz. Este dato, referido a España es un 8,46%".

El "Informe sobre exclusión y desarrollo social en Andalucía" de la Fundación FOESSA, publicado en octubre de 2014 (66), refleja que la cuestión clave en términos de cohesión social es la evolución de la desigualdad. Para la medición de la desigualdad en los ingresos se utiliza el **coeficiente de GINI** (67), que sitúa a Andalucía con un índice de desigualdad ligeramente superior al de España en el año 2012. Dicho coeficiente mide la desigualdad en la distribución de la renta, que abarca desde 0, en que todas las personas tienen la misma renta disponible, a 1, en que una sola persona detenta toda la renta disponible. Para los países desarrollados los valores de GINI más frecuentes oscilan entre 0,25 y 0,35. Referido al período 2008-2012 (68), "Se ha producido un incremento de la desigualdad en Andalucía del 9,1%, una evolución muy similar a la de España, donde también se ha incrementado la desigualdad, pero en menor medida (8,6%) (...) España y Andalucía se están acercando, de forma sistemática, a los límites de desigualdad más elevados para los países más desarrollados". El índice GINI en 2012 en Andalucía es del 0.3443 y en España del 0,3359. España es hoy el segundo país más desigual de la Unión Europea. Sólo Letonia en los países de la Unión Europea presenta un índice de desigualdad superior a España.

Como se recoge en el Decreto-Ley 8/2014, de 10 de junio, de medidas extraordinarias y urgentes para la inclusión social a través del empleo y el fomento de la solidaridad en Andalucía, continuación del Plan de lucha contra la exclusión social impulsado por la Junta de Andalucía en 2013, *"La reciente crisis financiera internacional y sus efectos sobre la economía española y andaluza han provocado una importante contracción del mercado laboral y una acelerada destrucción de puestos de trabajo que se ha traducido en un*

incremento sin precedentes del número de personas desempleadas. Esta situación, sostenida en el tiempo, está provocando graves problemas a muchas familias andaluzas que ven cómo la pérdida de empleo y, en muchos casos, la merma de la prestación económica por desempleo, les coloca en una situación de extrema precariedad, con un número creciente de personas en exclusión social o en riesgo de estarlo. La intensidad, la profundidad y la duración de esta crisis está afectando, además, a muchas familias que nunca antes habían precisado recurrir a los sistemas de protección social, dándose incluso la paradoja de que familias donde al menos uno de sus miembros han mantenido un empleo, comienzan a encontrarse en los límites o incluso por debajo de los umbrales de pobreza, dada la importante contracción de los salarios. Esta situación se agrava en familias con menores a su cargo y en el caso de las personas mayores, donde se suman factores de fragilidad y dependencia”.

El Decreto Ley 8/2014 aprobó un Plan de Inclusión a través del Empleo y un Plan Extraordinario de Solidaridad de Andalucía para atender tanto los suministros mínimos vitales como a necesidades urgentes y básicas de personas, familias y colectivos susceptibles de especial protección, así como un Plan Extraordinario de Solidaridad y Garantía Alimentaria, que tiene como finalidad garantizar necesidades alimentarias básicas de personas y familias en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo.

Andalucía es una de las comunidades autónomas con mayor riesgo de pobreza y exclusión social en España. La progresiva reducción de la renta media de los hogares de Andalucía, desde el año 2010, ha venido acompañada de un incremento notable de la desigualdad. Una desigualdad que ha crecido un 9% entre 2008 y 2012.

En el conjunto de la población, ha aumentado el espacio de la exclusión social en España entre 2007 y 2013. En Andalucía se estima en 697.000 el número de hogares (2,1 millones de personas) que se encuentran en exclusión social en el año 2013. Los poderes públicos están llamados a hacer retroceder esta desigualdad.

6.4.- Análisis de recursos

6.4.1. El Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, impulsado por principios como la **universalidad, equidad, solidaridad y accesibilidad** ha venido desarrollando diferentes servicios de la propia cartera de atención primaria y de los planes (69) y programas de atención (70) dirigidas a la población diana del presente plan y orientadas a promover aspectos de promoción en salud y calidad de vida, prevención del riesgo de dependencia y atención a las personas con dependencia, con mayores necesidades de cuidados, entre los que destacamos:

○ **Promoción de la Salud.**

El **Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada (PAFAE)** desarrolla diferentes líneas de promoción de la salud dirigidas a personas mayores y a personas con discapacidad. Entre ellas:

- **Comedores saludables:** Se elabora, en coordinación con la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD) y las áreas de discapacidad y mayores de la CS y la CIPS, un portal web al que puede acceder la ciudadanía y en el que se puede encontrar información sobre dietas y modelos saludables de alimentación. La web está estructurada en 3 grandes apartados: Menores, Personas Mayores y Personas con Discapacidad. Una sección más restringida va dirigida a residencias e instituciones en la que pueden hacer consultas sobre los programas de dietas que establecen en sus propios centros. La CISPS publica en 2014 un documento basado en la evidencia sobre recomendaciones dietéticas: *“Guía de recomendaciones para la promoción de actividad física”*, que contiene un apartado específico de recomendaciones de vida activa para personas mayores. Se elabora por encargo de la Comisión de Comedores Saludables de la CISPS un *“Documento de recomendaciones de alimentación para centros de personas mayores y personas con discapacidad”*, que incluye los criterios sobre alimentación que deberían seguirse en estos centros e igualmente son válidos para las personas que vivan en su hogar.

Datos 2015

- Nº de visitas a la web en 2015: 566.465
- Nº de asesorías emitidas en 2015: 185
- **Por un millón de pasos:** Proyecto destinado a asociaciones y grupos sociales con el propósito de que consigan, en grupo, la meta de efectuar un millón de pasos, en un periodo de un mes. Se ha fomentado activamente el ejercicio físico en la población de referencia y se han realizado acuerdos para llevar a cabo esta actividad con los Centros de Participación Activa (CPA) de personas mayores, instituciones, residencias, asociaciones de afectados y de familiares de personas afectadas (discapacidad).

Datos 2014:

- Nº de Centros de Mayores, de Discapacidad y Guadalinfo: 57 centros (25,3 % del total)
- Total de personas participantes: 18.637 participantes (incluye personas de otros grupos de edad, que han participado en la actividad organizada por estos centros)

- Total de mujeres participantes: 1.853 mujeres (61,7 %)
- Total de hombres participantes: 706 hombres (38,3 %)
- Media de pasos por participante: 28.624 pasos/participante

- **Atención a personas mayores de 65 años.**

Este servicio tiene como objetivo principal detectar precozmente los problemas de salud y las necesidades de cuidados que puedan tener las personas integrantes de ese colectivo. Es necesaria una actuación eficaz, coordinada y proactiva de todos los perfiles profesionales que intervienen en la atención, para que ese grupo de población mayor de 65 años pueda mantener el máximo tiempo posible una buena calidad de vida, aumentando de este modo el período sin dependencia.

Hasta 2015 han sido incluidas en este servicio 839.948 personas de este grupo de edad. De las personas mayores atendidas, se han clasificado según su grado de autonomía-dependencia (grupos no excluyentes) como sigue:

- Nº total de personas mayores de 65 incluidas personas autónomas: 515.523 (61,38%)
- Nº total de personas mayores de 65 incluidos como frágiles o en riesgo de dependencia: 204.446 (24,34%)
- Nº total de personas mayores de 65 incluidos en situación de dependencia: 150.753 (el 17,95 % de los incluidos en el programa)

- **Cuidados Domiciliarios**

Atención sanitaria en el domicilio de personas con diversos problemas de movilidad que conllevan un alto grado de dificultad para desplazarse y que necesitan ayuda de otras personas.

Se han atendido en el domicilio en 2015 a 683.235 personas (260.270 hombres y 422.965 mujeres). Las visitas domiciliarias realizadas han sido: 3.487.765.

En relación con la atención a la dependencia la enfermería de atención primaria ha realizado, generalmente en relación a las personas atendidas en el domicilio, **58.943 informes de Condiciones de Salud** en 2015.

- **Atención al Alta Hospitalaria.**

Continuación de los cuidados en el entorno de la persona tras un alta hospitalaria, sobre todo por procesos quirúrgicos y según protocolos de actuación conjunta entre Atención Primaria y hospitalaria. En el año 2015, las personas atendidas fueron 76.019.

- **Plan de Seguimiento Telemático de personas dadas de alta con de alta complejidad clínica y/o alta dependencia.**

Seguimiento telefónico a personas con alta complejidad clínica y/o alto nivel de dependencia que son dadas de alta desde las unidades de hospitalización durante los fines de semana y festivos, con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial.

El porcentaje de personas con estas características respecto al número de altas totales dadas en fines de semana, festivos y vísperas, se sitúa en 2015 en un 32,04% del total (sin contabilizar las altas obstétricas ni las altas pediátricas). Este seguimiento alcanzó a 23.469 personas en 2015.

- **Atención a personas mayores residentes en instituciones.**

Asistencia sanitaria a mayores residentes en instituciones. En el año 2015, 61.054 personas mayores residentes en instituciones recibieron un seguimiento protocolizado por las y los profesionales de sus centros de salud de referencia. Además de otras actividades sanitarias específicas como la vacunación antigripal al 48,63% (29.689) de las personas mayores residentes en instituciones, que cumplían con criterios para la vacunación

- **Gestión de Casos para personas atendidas en domicilio.**

Se realiza por la enfermería gestora de casos, en coordinación con las y los profesionales del equipo de Atención Primaria y del hospital cuando sea necesario para garantizar la continuidad asistencial, para ofrecer una respuesta integral a las personas atendidas en el domicilio y las personas que las cuidan con alta complejidad de cuidados

En 2015 la enfermería gestora de casos gestionó 73.409 casos (23.803 hombres y 49.606 mujeres). Se realizaron 200.130 visitas.

- **Atención a personas en riesgo social**

Actuaciones específicas dirigidas a personas, que siendo atendidas en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social. Las actuaciones van encaminadas a: identificación, valoración social y establecimiento de un plan de actuación en colaboración con la familia y con los recursos comunitarios necesarios (servicios sociales, asociaciones de autoayudas y otras entidades). Así mismo, se realizan intervenciones grupales con grupos específicos y personas que cuidan.

El número de personas en riesgo social atendidas han sido en el año 2015: 62.219 personas.

- **Atención a personas con enfermedad mental.**

Los denominados “Trastornos Mentales Graves” se caracterizan por la evolución prolongada en el tiempo, por el alto grado de discapacidad y, frecuentemente, dependencia y por la necesidad inexorable de intervenciones sanitarias y sociales. En Andalucía, esta situación se encuentra priorizada en el Plan Integral de Salud Mental y, para su mejor atención, se ha elaborado el **Proceso Asistencial Integrado “Trastorno Mental Grave”**.

Fueron atendidos por este proceso en las Unidades de Salud Mental Comunitarias en 2015: 19.365 pacientes con TMG, que generaron un total de 230.433 consultas.

El conjunto coordinado de intervenciones sanitarias y sociales ejercen un papel importante en el retraso de estas situaciones de dependencia y, en los casos en los que la dependencia ya está presente, los tratamientos y cuidados sanitarios y sociales son esenciales para la adecuada adaptación de la persona a la situación de dependencia.

En Andalucía la atención a estas personas se desarrolla en los Servicios de Salud Mental del Sistema Sanitario Público Andaluz, y en **una red específica de recursos de apoyo social** que gestiona la **Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental** - FAISEM. Atención que se coordina con otras redes.

La atención a la salud mental se lleva a cabo a través de dispositivos que conforman, en su conjunto, el modelo comunitario de atención a la salud mental de la población andaluza. Estos dispositivos son:

Unidad de salud mental comunitaria.

La unidad de salud mental comunitaria se establece como el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención especializada. Dicha unidad constituye el dispositivo con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental.

Unidad de hospitalización de salud mental.

La unidad de hospitalización de salud mental es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a atender las necesidades de hospitalización en salud mental de la población correspondiente a su área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria.

Unidad de salud mental infanto-juvenil.

La unidad de salud mental infanto-juvenil es un dispositivo asistencial de salud mental destinado a desarrollar programas especializados para la atención a la salud mental de la

población infantil y adolescente menor de edad del área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria correspondiente.

Unidad de rehabilitación de salud mental.

La unidad de rehabilitación de salud mental es el dispositivo asistencial de salud mental que tiene por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave del área hospitalaria de referencia o del área de gestión sanitaria correspondiente.

Hospital de día de salud mental.

El Hospital de día de salud mental es un dispositivo asistencial de salud mental, de hospitalización parcial y se configura como recurso intermedio entre la unidad de salud mental comunitaria y la unidad de hospitalización de salud mental.

Comunidad terapéutica de salud mental.

La comunidad terapéutica es un dispositivo asistencial de salud mental dirigido al tratamiento intensivo de pacientes que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, de forma permanente, completa y prolongada.

PROVINCIA	USMC	USMI-J			UHSM		HDSM		URSM		CTSM		
	Dispositivos	Dispositivos	Nº de camas	Plazas HD	Dispositivos	Nº de camas	Dispositivos	Plazas	Dispositivos	Plazas	Dispositivos	Nº de camas	Plazas Prog. Día
ALMERÍA	5	1	7	12	2	42	3	60	1	30	1	14	30
CÁDIZ	10	4	10	50	3	70	1	20	1	60	2	35	50
CÓRDOBA	9	1	0	20	2	63	1	40	1	30	1	19	30
GRANADA	9	1	2	40	3	71	3	60	1	30	2	30	36
HUELVA	6	1	2	20	1	31	0	0	1	30	1	15	15
JAÉN	8	1	5	15	2	52	1	20	1	30	1	28	30
MÁLAGA	13	2	7	45	2	72	3	60	1	30	3	60	60
SEVILLA	18	3	4	50	5	141	4	80	2	60	4	53	130
TOTAL ANDALUCÍA	78	14	37	252	20	542	16	340	9	300	15	254	381

USMC: Unidad de Salud Mental Comunitaria; USMI-J: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil; UHSM: Unidad de Hospitalización de Salud Mental; HDSM: Hospital de Día de Salud Mental; URSM: Unidad de Rehabilitación de Salud Mental; CTSM: Comunidad Terapéutica de Salud Mental

Tabla. VI.15. Dispositivos Salud Mental y plazas. Fuente: Programa de Salud Mental (SAS). 31/12/2015

Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Andalucía	Nº de USMC	BDU. Diciembre 2015	BDU. Diciembre 2015 <18	Nº de personas incluidas en el PAI TMG atendidas en el año	% De consultas a domicilio a personas incluidas en el PAI TMG
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S. NORTE DE ALMERIA	2	133.405	25.216	408	5,1
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. TORRECARDENAS	3	553.858	114.874	1.667	5,9
ALMERÍA	5	687.263	140.090	2.075	5,5
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S CAMPO DE GIBRALTAR	2	257.200	53.488	975	2,6
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. DE JEREZ	3	443.855	87.468	1.532	7,5
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. PUERTA DEL MAR	2	206.785	34.507	405	4,0
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. PUERTO REAL	3	281.542	57.043	624	10,6
CÁDIZ	10	1.189.382	232.506	3.536	6,2
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.S. NORTE DE CORDOBA	2	76.353	11.739	34	25,4
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. INFANTA MARGARITA	2	181.509	34.597	338	9,2
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. REINA SOFIA	5	521.728	95.848	707	12,4
CÓRDOBA	9	779.590	142.184	1.079	15,7
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S SUR DE GRANADA	2	138.801	26.344	290	10,5
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. DE BAZA	2	111.513	19.076	321	2,6
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA	5	667.522	125.035	1.925	14,1
GRANADA	9	917.836	170.455	2.536	9,1
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL INTERCENTROS HUELVA	6	515.146	95.581	247	130,3
HUELVA	6	515.146	95.581	247	130,3
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL COMPLEJO HOSPITALARIO JAEN	5	348.492	62.939	861	3,5
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S. NORTE DE JAEN (Úbeda y Linares)	3	285.115	50.700	567	2,4
JAÉN	8	633.607	113.639	1.428	2,9
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. LA AXARQUIA	1	138.527	25.709	241	24,2
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S NORTE DE MALAGA	1	109.480	20.421	177	1,5
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S SERRANIA DE MALAGA	1	52.932	8.916	229	2,2
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. REGIONAL DE MALAGA	2	323.380	60.273	585	6,8
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. V. DE LA VICTORIA	8	924.053	188.201	2.517	3,4
MÁLAGA	13	1.548.372	303.520	3.749	7,6
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S OSUNA	2	169.493	33.553	319	0,5
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. DE VALME	4	369.065	77.656	819	0,2
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL VIRGEN DEL ROCÍO	6	793.408	157.857	1.880	8,5
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL V. MACARENA	6	573.095	111.515	1.697	2,7
SEVILLA	18	1.905.061	380.581	4.715	3,0
ANDALUCÍA	78	8.176.257	1.578.556	19.365	23

Tabla. VI.16. Indicadores Anuales de actividad asistencial de las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Andalucía. Fuente: SAS BDU, MTI-Citas y Diábaco. 2015

SITUACIÓN DE DISPOSITIVOS Y PLAZAS EN LOS DISTINTOS PROGRAMAS DE FAISEM. DICIEMBRE 2015.

	Nº de Dispositivos	Nº de Plazas	Tasas x 100.000 hab.	% HOMBRES	% MUJERES
Programa RESIDENCIAL					
Casas-Hogar	53	932	10,8	64,2	36,8
Viviendas Supervisadas	170	696	7,3	71	29
Plazas Residencias Generales		41	0,7	85,7	14,3
Atención Domiciliaria		275	3,2	55	45
		1.944		65	35
Programa de EMPLEO					
Empresas Sociales*	9	360	5,2	60	40
Servicios de Orientación y Apoyo	8	1.493	17,7	66	34
		1.853		63	37
Programa SOPORTE DIURNO					
Talleres Ocupacionales	78	1.808	21,5	72,4	27,6
Centros de Día	29	1.010	12,0	70,2	29,8
Clubes Sociales	42	1.505	17,9	69,4	30,6
Programa de Vacaciones		254	3,0	69,4	30,6
		4.862		70,37	29,63
Programas ESPECIFICOS					
Atención a Personas Sin Hogar		129	1,5	65	35
Atención a Población Penitenciaria		154	1,7	99,53	0,47
Programa de APOYO A INSTITUCIONES TUTELARES					
Entidades tutelares		1.467	18,6		

* Trabajadores/as con enfermedad mental.

○ **Plan de mejora de la atención a personas cuidadoras familiares en Andalucía:**

A través de este plan se ofertan servicios específicos y medidas de apoyo a las personas que cuidan y a las personas que necesitan cuidados y de forma priorizada a las personas que cuidan de personas con una gran discapacidad.

En 2015 el número de personas cuidadoras mayores de 70 años era de 23.576 (17.702 mujeres y 5.874 hombres). Las personas cuidadoras menores de 70 años de edad eran 68.650 (60.266 mujeres y 8.384 hombres)

Los datos de actividad referidos a talleres impartidos y personas que cuidan asistentes son los siguientes:

Plan de mejora de la atención a personas cuidadoras en Andalucía. SAS .015	
Talleres impartidos a personas que cuidan (Enfermeras de Atención Primaria)	5.285
Personas que Cuidan asistentes a los distintos talleres	48.910

Tabla. VI.18. Datos del Plan de mejora de la atención a personas que cuidan en Andalucía. Fuente: SAS 2015

Para poder realizar la oferta de servicios prioritarios en personas que cuidan de personas con gran discapacidad, estas personas disponen de la **tarjeta + Cuidados**, que las hace beneficiarias de las medidas especiales que se incluyen en este Plan. En el año 2015 fueron 92.271 las personas que cuidan que dispusieron de la **tarjeta + Cuidados** (12.663 hombres y 79.608 mujeres).

Las personas que cuidan de personas con Alzheimer y otras demencias con **tarjeta + cuidados** son 46.675 personas (7.247 hombres y 39.428 mujeres)

○ **Programa de Ayudas técnicas y distribución de material ortoprotésico de apoyo al cuidado en el domicilio**

La disponibilidad de las ayudas técnicas, tradicionalmente se han proporcionado a través del **Catálogo General de Ortoprotésicos** de la Comunidad Autónoma de Andalucía. En paralelo a esta prestación, la inversión realizada por el SAS para acercar estas ayudas técnicas a los domicilios de las personas en situación de dependencia es una innovación que mejora sensiblemente la rapidez y calidad de la prestación, asimilándola al resto de los servicios sanitarios. Es de destacar que, tanto la enfermería gestora de casos, como los dispositivos móviles de rehabilitación, fisioterapia y terapia ocupacional, han colaborado en este programa, estableciendo criterios clínicos para la adjudicación y facilitando la orientación, asesoramiento y entrenamiento con el material que se facilita.

AÑO	CAMAS	CARROS ELEVADORES	COLCHONES CLÍNICOS	COLCHONES ANTIESCARAS	COLCHONES VISCOLÁSTICA	PARES BARANDILLAS	GRÚAS
2002	249		249	618		54	156
2003				4.827		132	
2004				1.455		2.080	350
2005	1.500		1.900	630		1.600	350
2006	1.500		1.500	1.360		1.400	904
2007	2.000	1.000		900	2.238	1.000	560
2008	1.836			2.220	3.460	4.440	
2009	2.250			1.950	2.250		
2010	2.266			707	2.114	2.030	96
2011	1.516	1.000		1050	1.516	2.000	
2013	1.160	1.000		900	160	1.000	1200
2014	1.000	500	1.000	1.200			
TOTAL	15.277	3.500	4.649	17.817	11.738	15.736	3.616

Tabla. VI.19. Material de apoyo al cuidado para los domicilios de personas con mayor dependencia. Fuente: SAS 2002-2014

○ **Plan de Prevención e Intervención ante temperaturas extremas**

Medidas desarrolladas para disminuir las complicaciones sobre la salud derivadas de las altas temperaturas, para personas frágiles y dependientes en su domicilio, con el objetivo de facilitar el acceso a la asistencia sanitaria a la población de riesgo que pueda presentar problemas de salud relacionados con el calor. En 2015 (desde el 1 de julio al 15 de septiembre) fueron atendidas 10.077 personas. De las personas mayores de 65 años atendidas, vivían solas un 39% y un 36% vivían con otra persona mayor de 65 años.

○ **Fisioterapia y Rehabilitación en Atención Primaria de Salud.**

Se ofertan preferentemente tratamientos y cuidados de fisioterapia en el entorno próximo de la persona, ya sea en salas instaladas en los centros de salud o en su propio domicilio. Además, se incorpora el servicio de apoyo a las personas que cuidan de personas con alta discapacidad/dependencia, a través de formación, asesoramiento y

tratamiento priorizado. Este servicio se completa con la oferta de **terapia ocupacional** en Atención Primaria, que ayuda a mejorar la calidad de vida de cada persona atendida, a través de la adaptación del entorno y de sus tareas habituales a las limitaciones físicas o psíquicas de la persona, para lograr la máxima independencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Los datos de actividad de este servicio durante el año 2015 se reflejan en la siguiente tabla.

Resumen de actividad de Fisioterapia y Rehabilitación en Atención Primaria		
SALAS		
Nº de salas en funcionamiento		205
Nº de fisioterapeutas		252
Personas atendidas		140.492
Sesiones de tratamiento individual en sala		897.179
Sesiones de tratamiento en domicilio		24.341
Personas atendidas en grupo		48.664
DISPOSITIVOS MÓVILES		
	Nº Pacientes	Nº Sesiones
Actividad de los equipos móviles	7.049	48.024
Actividad de terapeutas ocupacionales	2.383	10.916

Tabla. VI.20. Resumen de actividad de Fisioterapia y Rehabilitación en Atención Primaria. Fuente: SAS 2015

○ **Asistencia dental para personas con grandes discapacidades**

Atención bucodental dirigida a las personas afectadas por una discapacidad, cuya severidad le impida la colaboración en la exploración y tratamiento en la asistencia dental, requiriendo por ello de sedación profunda o anestesia general. Recibieron atención en los gabinetes bucodentales de Atención Primaria, en el año 2015, 3.083 personas con discapacidad.

○ **Mejora de la accesibilidad basada en el uso de TIC en el SSPA.**

Otros recursos a tener en cuenta en la asistencia a la población dependiente y personas que cuidan son los relacionados con la e-SALUD. Esta puede ser definida como la aplicación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en el amplio rango de aspectos que afectan el cuidado de la salud, desde el diagnóstico hasta el seguimiento de las y los pacientes, pasando por la gestión de las organizaciones implicadas en estas actividades. Ello está abriendo nuevos caminos para la mejora de los servicios, con una especial relevancia para los colectivos en situación de dependencia, para los que se constituye en un elemento facilitador de la accesibilidad. La comunicación telemática y virtual tiene importantes perspectivas de futuro y ya se está implantando en la actualidad.

A lo largo del documento se ha hecho referencia a algunos programas y actividades ya en marcha que están apoyados por estas tecnologías, como el plan de altas temperaturas o el seguimiento telemático al alta en fines de semana.

Entre estas nuevas aplicaciones haremos mención a algunas de ellas:

- ✓ **Centro de información y servicios “Salud Responde”:** Mediante el cual los usuarios y usuarias de la sanidad pública pueden solicitar información y realizar distintas gestiones. Este servicio integra a profesionales, servicios y recursos del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Entre todos los servicios que se ofertan, tienen una especial incidencia en las personas en situación de dependencia y en las personas cuidadoras, los siguientes:
 - Cita previa para los centros de salud
 - Coordinación de apoyo telefónico a la Enfermería Gestora de Casos en Atención Primaria.
 - Planes específicos como el plan andaluz de prevención contra los efectos del calor.
 - Información sobre vacunaciones.
 - Seguimiento de altas hospitalarias durante los fines de semana de pacientes de especial riesgo.
 - Acceso al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.
- ✓ **InterSaS:** Es un servicio de atención personal del SSPA a través de Internet, pensado como una oficina virtual. Pretende proporcionar a la ciudadanía andaluza servicios de información personal y tramitación on-line en su relación con la asistencia sanitaria, utilizando tecnologías que garantizan la seguridad en la transmisión de la información y la identidad de quien accede. Este servicio facilita la accesibilidad de las personas que cuidan y de determinados grupos de población en situación de dependencia en sus relaciones con el SSPA.

Los trámites que se pueden realizar a través de esta oficina son:

- Tarjeta sanitaria.
- Consulta de datos personales.
- Cita médica.
- Elección de médico o médica.

- Cambio de datos de contacto.
- Desplazamiento temporal a otro municipio.
- Segunda opinión médica.
- Registro de voluntades vitales anticipadas.

6.4.2. El Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía.

Tal como nos dice la LAPAD, los servicios y prestaciones establecidas en esta Ley se integran en la **red de servicios sociales de la Comunidad Autónoma**. De ahí que el SAAD se incorpore al Sistema Público de Servicios Sociales en general, si bien con la salvedad de que los servicios y prestaciones del SAAD tienen el carácter de **derecho de carácter subjetivo y universal**. Teniendo en cuenta que el sistema de servicios sociales, en su conjunto, interviene en la promoción de la autonomía personal y en la prevención de las situaciones de dependencia, en este apartado lo analizamos en su globalidad.

La Ley 2/ 1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, reguló, mediante el ejercicio de una acción administrativa coordinada, un Sistema Público de Servicios Sociales que ponía a disposición de las personas y de los grupos en que éstas se integran recursos, acciones y prestaciones para el logro de su pleno desarrollo, así como para la prevención, tratamiento y eliminación de las causas que conducen a la marginación. Esta ley reconoce la importancia de la iniciativa social en esta área de intervención.

Esta ley distribuye competencias en materia de servicios sociales entre las distintas Administraciones públicas (la Comunidad Autónoma, las Diputaciones provinciales y los Ayuntamientos). Con esta distribución competencial se ha facilitado la descentralización y el acercamiento de estos servicios a la ciudadanía.

La LAPAD configura un derecho subjetivo a los servicios sociales a las personas que se encuentren en situación de dependencia, crea un catálogo de servicios sociales y un conjunto de prestaciones económicas a las que tienen derecho las personas que soliciten el reconocimiento de la situación de dependencia y sean valoradas como tales.

Los Servicios Sociales se estructuran de acuerdo con las siguientes modalidades:

- a) Servicios Sociales Comunitarios
- b) Servicios Sociales Especializados.

6.4.2.1. Servicios Sociales Comunitarios (SSSSCC).

Los Servicios Sociales Comunitarios constituyen la estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía. Los SSSSCC, de carácter municipal, son el primer nivel de atención a la ciudadanía.

Para la consecución de sus fines, los SSSSCC se desarrollan en las Zonas de Trabajo Social, demarcaciones geográficas que funcionan como unidades para una prestación eficaz de los mismos. A su vez, las ZTS se dividen en demarcaciones denominadas Unidades de Trabajo Social (UTS), que tienen como función primordial la atención a las personas en su acceso a los Servicios Sociales a través del Servicio de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento.

Los SSSSCC se ubican en el **Centro de Servicios Sociales** que existe en cada una de las Zonas de Trabajo Social.

Desde el Centro de Servicios Sociales Comunitarios se prestan, según lo establecido en la Ley de Servicios Sociales de Andalucía y el Decreto 11/1992, de 28 de enero, los siguientes **Servicios**:

- Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento.
- Ayuda a Domicilio.
- Convivencia y Reinserción Social.
- Cooperación Social.
- Prestaciones complementarias.

Con la implantación del SAAD en Andalucía los SSSSCC se refuerzan, al ser su puerta de entrada, y al colaborar en la instrucción del **procedimiento administrativo del reconocimiento de la situación de dependencia**- y del derecho a los servicios y prestaciones que la LAPAD crea-, aunque la resolución de estos procedimientos tenga lugar por la Administración Autonómica, por las Delegaciones Territoriales de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. La elaboración de la propuesta del **Programa Individual de Atención** que trae consigo el reconocimiento de la situación de dependencia se lleva a cabo por los profesionales de los SSSSCC.

En el caso de las personas con discapacidades derivadas de padecer una **enfermedad o trastorno mental grave (TMG)**, la elaboración del PIA requiere una **coordinación específica** con los Servicios de Salud Mental del SSPA, coordinación indispensable para integrar el PIA en el más global **Plan Individual de Tratamiento (PIT)** cuya responsabilidad asume los servicios de Salud Mental y que establece los objetivos e intervenciones sanitarias y sociales que la persona necesita para su recuperación.

Por ello, en el caso de personas con este tipo de problemas, una vez recibida la propuesta del PIA, se exige el consenso intersectorial a través de las **Comisiones Intersectoriales** establecidas entre FAISEM, SAS y Delegaciones Territoriales de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, antes de su aprobación.

6.4.2.2. Servicios Sociales Especializados.

Los Servicios Sociales Especializados son aquellos que se dirigen hacia determinados sectores de la población que, por sus condiciones o circunstancias, necesitan de una atención específica, y se estructuran territorialmente de acuerdo con las necesidades y características de cada uno de ellos.

Los Servicios Sociales Especializados atienden, entre otros, a los siguientes sectores de población:

- La familia, infancia, adolescencia y juventud, con la finalidad de llevar a cabo actuaciones encaminadas particularmente a la promoción social de la infancia y la juventud, atendiendo la problemática que incide en su bienestar y especialmente las disfunciones que se producen en su medio familiar, compensándolas o corrigiéndolas.
- Las personas mayores, con el objeto de promover su inclusión y participación en la sociedad, favoreciendo su mantenimiento en el medio habitual, y evitando su marginación.
- Las personas con discapacidad, con el objeto de posibilitar su inclusión social promoviendo y favoreciendo la prevención y rehabilitación integral.
- **Centros de valoración y orientación de las personas con discapacidad**

La Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía incluye a los **Centros de valoración y orientación de las personas con discapacidad** como servicios sociales especializados, que se definen como la estructura física y funcional de carácter público destinada a la **valoración y orientación** de las personas con discapacidad, donde se reconoce el **grado de discapacidad**. Este reconocimiento permite acceder a **medidas de acción positiva** a favor de las personas con discapacidad, entre las que cabe citar:

- Prioridad en el acceso a plaza escolar.
- Acceso a cupos de reserva en las Ofertas Públicas de empleo, en la Universidad.
- Bonificaciones en la contratación laboral.
- Prestaciones económicas (PNC).

- Beneficios fiscales.
- Subvenciones individuales para la adquisición de ayudas técnicas.
- Exención de tasas en la Universidad.

Quienes tienen movilidad reducida añadida a la discapacidad pueden acceder a prestaciones específicas relacionadas con la accesibilidad como son:

- Tarjeta de aparcamiento.
- Cupo del 4% de reserva en las viviendas protegidas accesibles.
- Ayudas para adquisición de viviendas recogidas en los planes de viviendas.

○ **Red de servicios específicos para las personas con discapacidad derivada de padecer TMG.**

En Andalucía, tras el proceso de Reforma Psiquiátrica, se creó una **red de servicios específicos** para las personas con discapacidad derivada de padecer TMG. Esta red “no sanitaria” y de apoyo social, depende de **FAISEM**, institución de carácter público e intersectorial que desarrolla programas de apoyo social con un modelo basado en la rehabilitación y recuperación de las personas con trastorno mental grave. Muchos de estos programas responden a la tipología de servicios que provee el Sistema de Servicios Sociales para otros sectores de personas con discapacidad y/o en situación de dependencia, como son:

- El programa residencial con tres tipos de prestaciones:
 - Casas Hogar.
 - Viviendas supervisadas.
 - Programas específicos de soporte domiciliario.
- Programa de Soporte Diurno.
 - Centros de Día.
 - Talleres ocupacionales.
 - Clubes Sociales.
- Programas de actividad física y deporte.
- Programas de creatividad artística.
- Programas dirigidos a personas con trastorno mental grave sin hogar.
- Programas dirigidos a personas con trastorno mental grave internadas en centros penitenciarios.
- Apoyo a entidades tutelares

FAISEM desarrolla además un programa de empleo, en el que cuenta con una red de empresas sociales, servicios provinciales de Orientación y Apoyo al empleo y distintos programas de integración laboral y formación profesional.

Así mismo existe un ámbito de cooperación con el movimiento asociativo, a través de la **Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES-Andalucía)** y la **Federación Andaluza de Asociaciones de usuarios y usuarias de salud mental “En Primera Persona”**.

○ **Centros de Participación Activa para Personas Mayores (CPA)**

Merecen reseñarse como un importante recurso de proximidad situado en el vértice de las políticas de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal los denominados **Centros de Participación Activa para Personas Mayores** regulados por el Decreto 72/2012, de 20 de marzo, donde se les cambia su denominación de Centros de Día por la de Centros de Participación Activa para Personas Mayores incorporándose a su definición el **concepto de envejecimiento activo**. Así, los CPA son definidos como centros de promoción del bienestar de las personas mayores, tendentes al fomento de la convivencia, la inclusión, la participación y la relación con el medio social, configurándose de modo primordial como un instrumento esencial para la promoción y desarrollo del envejecimiento activo, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de servicios sociales a otros sectores de la población en el ámbito del envejecimiento activo.

En la actualidad, estos centros de titularidad de la Comunidad Autónoma suman un total de 168 distribuyéndose a lo largo de toda la geografía andaluza.

○ **Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco**

Otro importante recurso en Andalucía es la **Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco**, un documento pionero en España al aglutinar distintas prestaciones relacionadas con el envejecimiento activo y la promoción de la autonomía personal y ponerlas a disposición de las personas mayores. Esta tarjeta es fácil de obtener y actualmente cuentan con ella más de un millón de personas residentes en Andalucía (casi el 80% de los mayores de 65 años).

Dentro de las distintas prestaciones que contempla, destacan servicios como:

- el programa de **Transporte interurbano**, que promueve la autonomía de las personas facilitando económicamente que puedan desplazarse de una localidad a otra.
- el programa de **Orientación Jurídica**, que ofrece seguridad a las personas usuarias poniendo a su disposición gratuitamente a profesionales del derecho para que les orienten sobre distintas materias de su interés, o

- el programa de **Comedores**, que ofrece a las personas mayores menús saludables en los CPA por un módico precio.

Además de estos servicios la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco propicia **descuentos económicos** en una amplia variedad de servicios tales como adquisición de **productos ópticos y audífonos, odontología, fisioterapia, cines, viajes, supermercados, etc.**, y es la principal vía de acceso al Servicio Andaluz de Teleasistencia.

6.4.2.3.- El Catálogo de servicios del SAAD.

El Catálogo de servicios del SAAD comprende los servicios siguientes:

- Servicio de Teleasistencia.
 - Servicio de Ayuda a domicilio.
 - Servicio de Centro de Día y de Noche.
 - Servicio de Atención Residencial.
 - Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- **El servicio de teleasistencia domiciliaria.**

El Servicio de Teleasistencia en Andalucía (SAT), es un servicio de titularidad y gestión pública que tiene por objeto facilitar la asistencia, asesoramiento y contacto con las personas que son sus usuarias en su domicilio, por medio de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC), con soporte eventual de otros medios ante situaciones de **emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento**.

Su propósito, por tanto, consiste en favorecer la permanencia e integración de la persona en el entorno en que desarrolla su vida.

El acceso a este Servicio está disponible durante **24 horas al día, durante los 365 días del año**. La prescripción de este servicio está indicada como complemento a otros servicios y como apoyo a las tareas de soporte de personas cuidadoras no profesionales. El Servicio de Teleasistencia es **compatible** con todos los servicios y prestaciones económicas, salvo con el Servicio de Atención Residencial y con la prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio de esta naturaleza.

Tras la entrada en vigor de la LAPAD, el SAT pasa a ser un **recurso de la propia Ley** e hizo necesarias nuevas adaptaciones para poder atender a este nuevo colectivo así como a sus cuidadoras/es

Pueden ser titulares del SAT:

- **Personas mayores de 65 años** residentes en Andalucía con el único requisito de ser titular de la Tarjeta Andalucía Juntasesentaycinco.
- **Personas en situación de dependencia:** Deben tener prescrita la prestación de Teleasistencia en su Programa Individual de Atención (PIA).
- **Personas con Discapacidad:** personas con más del 65% de discapacidad y edad comprendida entre los 16 y los 65 años y que estén empadronadas en cualquier municipio de Andalucía.

También se benefician de este Servicio, las **personas que conviven** con las personas titulares y que tienen más de 65 años, así como las **cuidadoras y cuidadores** de las personas en situación de dependencia que, de igual manera, también disfrutan de las mismas prestaciones.

Entre sus prestaciones convencionales figura:

- Atención inmediata.
- Atención directa y personalizada ante cualquier tipo de eventualidad durante 24 horas al día todos los días del año.
- Atención a las demandas de servicios de salud.
- Respuesta inmediata ante situaciones de urgencia y emergencia (enfermedades, accidentes, caídas).
- Consejo sanitario. Consulta de tipo sanitario como la toma de una medicación, la sintomatología de una enfermedad, etc.
- Las demandas de asistencia sanitaria urgente y emergente y consejo sanitario, se transfieren de manera directa a los Servicios de Salud (061 y Salud Responde).
- Del mismo modo, este Servicio colabora en el Plan Andaluz de prevención contra los efectos de las temperaturas excesivas sobre la salud, y la campaña de vacunación de la gripe.

Por otro lado, el SAT tiene la consideración de **Teleasistencia Avanzada** al desarrollar uno o varios de los siguientes servicios:

- Diseño y ejecución de programas personalizados para la promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia que incluye, al menos, la evaluación inicial individualizada, el asesoramiento y el seguimiento.
- Detección de situaciones de riesgo mediante el uso de dispositivos periféricos capaces de detectar o prevenir las mismas.
- Facilitar la atención fuera del domicilio con la utilización de dispositivos móviles y de localización.

- La atención a las urgencias y emergencias sanitarias, las citas médicas y los consejos sanitarios a través de la integración entre la plataforma de teleasistencia y las plataformas de los sistemas públicos de salud.
- Teleasistencia a personas o colectivos con determinadas necesidades funcionales que le impidan el acceso al modelo convencional.

○ **El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).**-

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, que podrán ser las siguientes:

a) Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las **actividades de la vida diaria**.

b) Servicios relacionados con la **atención de las necesidades domésticas o del hogar**: limpieza, lavado, cocina u otros. Estos servicios sólo podrán prestarse conjuntamente con los señalados en el apartado anterior.

El SAD es prestado por **entidades o empresas, acreditadas** para esta función. La intensidad del servicio a prestar a las personas usuarias se determina en el PIA según el grado de dependencia reconocido. Para ello se toma en consideración la escala de intervalos de horas de atención que figura en el cuadro siguiente:

Grado de dependencia	Horas de atención mensual
Grado III, Gran dependencia	entre 46 y 70
Grado II, Dependencia severa	entre 21 y 45
Grado I, Dependencia moderada	máximo 20

Tabla. VI.21. Horas de atención mensual de Ayuda a Domicilio en función del Grado de dependencia.

Intensidades: Grado y nivel de dependencia	Horas de atención mensual
Grado III, nivel 2	entre 70 y 90
Grado III, nivel 1	entre 55 y 70
Grado II, nivel 2	entre 40 y 55
Grado II, nivel 1	entre 30 y 40
Grado I, Nivel 2	entre 21 y 30
Grado I, nivel 1	entre 12 y 20

Tabla. VI.22. Horas de atención mensual de Ayuda a Domicilio en función del Grado y Nivel de dependencia. (Teniendo en cuenta que hasta el 15 de julio de 2012, cada grado de dependencia se subdividía en dos niveles, transitoriamente, a las personas que aún tienen grado y nivel reconocido, se continúan aplicando las siguientes intensidades).

La **duración** del servicio será variable en función de la situación sociofamiliar, de las necesidades de la persona en situación de dependencia para hacer posible su permanencia en el hogar y de la intensidad del servicio que corresponda a la persona según su grado de dependencia y los servicios compatibles prescritos.

El SAD es **compatible** tanto con el Servicio de Teleasistencia, como con el Servicio de Centro de Día o la Prestación económica vinculada a éste, en aquellos casos que se determine.

En los supuestos de compatibilidad con el Servicio de Centro de Día o la Prestación Económica vinculada a éste (grados II y III), la intensidad del servicio tiene como límite máximo 22 horas de atención mensual, considerada de lunes a viernes, con objeto de facilitarles la asistencia al centro.

○ **El Servicio de Atención en Centro de Día y de Noche.**

El Servicio de Centro de Día y de Noche ofrece una **atención integral durante el periodo diurno o nocturno** a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o personas cuidadoras.

El Servicio de Centro de Día es **compatible** con el Servicio de Teleasistencia y con el SAD o Prestación económica vinculada al mismo, en los casos que se determine y con carácter complementario.

Podemos distinguir dos tipos de Centros de Día:

- Servicio de Centro de Día dirigido a **personas mayores**.
- Servicio de Centro de Día dirigido a **personas con discapacidad**.

A) Servicio de Centro de día para personas mayores en situación de dependencia.

El Servicio de Centro de Día para personas mayores en situación de dependencia ofrece atención integral durante el periodo diurno con el objetivo de mantener o mejorar el mayor nivel posible de autonomía personal mediante **programas y terapias** adaptadas a la situación específica de cada persona. Este servicio está orientado a **optimizar la calidad de vida** tanto de la persona en situación de dependencia como de su entorno socio-familiar, favoreciendo la permanencia en su medio habitual.

Este servicio atiende, desde un **enfoque biopsicosocial**, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la

autonomía, atención asistencial y personal, favoreciendo la permanencia de las personas mayores en su ambiente familiar y social.

Las personas usuarias atendidas en horario completo deben tener garantizada la disponibilidad de los **servicios de manutención** (desayuno, almuerzo y merienda) y **transporte** adaptado, acordes a sus necesidades.

Este servicio garantiza una asistencia mínima de 39 horas semanales, 5 días a la semana y 11/12 meses al año.

Este servicio se destina a personas en situación de dependencia mayores de 65 años en cualquiera de sus grados, siempre que no precisen permanecer en cama y dispongan de apoyo familiar suficiente que garantice su permanencia en el entorno habitual.

B) Servicio de Centro de día para personas con discapacidad en situación de dependencia

El Servicio de Centro de Día para personas con discapacidad en situación de dependencia está destinado a aquellas personas que por su gravedad y necesidad de atención continuada, no pueden ser atendidas por su entorno familiar durante el día, o aquellas que debido a su discapacidad **no pueden integrarse**, transitoria o permanentemente, en un medio laboral especial o normalizado, en cuyo caso se denomina **Servicio de Centro de Día con Terapia Ocupacional**.

En función de las distintas situaciones de discapacidad, existen diferentes modalidades de servicio:

- Servicio de Centro de Día para personas con discapacidad intelectual.
- Servicio de Centro de Día para personas con discapacidad física y/o visual o parálisis cerebral.
- Servicio de Centro de Día para personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de conducta.
- Servicio de Centro de Día para personas con trastornos del espectro autista.
- Servicio de Centro de Día con terapia ocupacional.
- Servicio de Centro de Día para personas con enfermedad mental.
- Servicio de Centro de Día para personas con daño cerebral, con sordoceguera

Este servicio ofrece **atención integral y específica** durante el período diurno a personas con discapacidad en situación de dependencia.

Las personas usuarias deben tener garantizada la disponibilidad de los servicios de **comedor y transporte**, adecuados a las características de sus necesidades, así como la **atención sanitaria especializada y psico-social**. Además, cuentan con una programación detallada e individualizada en la que se fijan los objetivos a alcanzar, la metodología a seguir y su evaluación.

En el caso del Servicio de Centro de Día con terapia ocupacional, a través de la realización de **tareas prelaborales u ocupacionales**, se pretende la integración social y, en su caso, laboral de las personas destinatarias, mejorar su adaptación personal y social, normalizar sus condiciones de vida y, cuando sea posible, habilitarles laboralmente garantizando su **igualdad de oportunidades**.

Este servicio garantiza una asistencia mínima de 39 horas semanales, 5 días a la semana y 11/12 meses al año.

Además de tener **reconocida la situación de dependencia** en cualquiera de sus grados y niveles, la persona destinataria debe presentar discapacidad intelectual, física, visual, parálisis cerebral, trastornos del espectro autista, alteraciones graves de conducta, daño cerebral sobrevenido, enfermedad mental o cualquier otro tipo de discapacidad.

Las personas destinatarias deben tener entre 16 y 65 años, salvo en el caso de discapacidad intelectual en el que no se obliga al límite superior.

En el tramo de edades comprendidas entre 55 y 65 años se valora, en función de las circunstancias personales, la idoneidad de acceder a un Centro de Día para personas mayores o a otro destinado a personas con discapacidad.

La prescripción de este servicio requiere que la persona en situación de dependencia se encuentre integrada en una unidad de convivencia o que reciba cuidados de personas externas a esa unidad que, aunque no la pueden atender durante el día, le garantizan una atención durante el tiempo que no acude al centro a fin de mantener una adecuada inclusión en su entorno habitual.

○ **El Servicio de Atención Residencial (SAR).**

A.- Servicio de Atención Residencial para personas con discapacidad en situación de dependencia.

Se considera Servicio de Atención Residencial bajo esta modalidad aquél que se presta en Centros residenciales destinados a servir de **hogar sustitutorio**, de forma temporal o permanente, a personas que por su grado de discapacidad, unido a su problemática socio-familiar y económica, tengan dificultades para ser atendidas en su unidad de convivencia o no puedan vivir de forma independiente.

El servicio de atención residencial ofrece a las personas usuarias alojamiento, manutención, higiene personal y todas aquellas actividades que no pueden realizar por sí mismas, así como, en su caso, atención sanitaria y psicosocial. A tal efecto, cada persona usuaria cuenta con un programa individual de habilitación y desarrollo personal: estimulación sensitivo-motriz, psicomotricidad, comunicación, actividades de vida diaria y terapia ocupacional en la medida de sus necesidades.

Si se trata de personas usuarias con discapacidad intelectual o personas con trastornos del espectro autista y alteraciones graves de conducta, se ofrece atención sanitaria, psicológica y social, con especial atención a los trastornos de conducta.

En el caso de personas atendidas en Centros residenciales para personas adultas o en viviendas tuteladas, cuenta con un programa detallado de hábitos de vida diaria, desenvolvimiento en el medio, y tareas a desarrollar y compartir en la residencia. En el caso de personas con TMG cuentan con un **Plan Individual de Atención Residencial (PIAR)** que se elabora y desarrolla en coordinación con los servicios de Salud Mental del SSPA y se integra en el PIT que estos últimos coordinan.

La prestación de este servicio se garantiza todos los días de año y las 24 horas del día.

La persona destinataria de este servicio debe tener reconocida una situación de dependencia en grado II o III y presentar discapacidad intelectual, física, parálisis cerebral, trastornos del espectro autista, alteraciones graves de conducta o cualquier otro tipo de discapacidad. Deben, asimismo, encontrarse en la franja de edad entre 16 y 65 años, límite superior que no opera en el caso de personas con discapacidad intelectual. En el tramo de edades comprendidas entre 55 y 65 años se valora, en función de las circunstancias personales, la idoneidad de acceder, alternativamente, a un Centro de personas mayores o a otro destinado a personas con discapacidad. El servicio de Atención Residencial es compatible con el servicio de Atención en Centro de Día cuando éste se encuentra asociado a terapia ocupacional.

Por su parte, los centros residenciales se definen del siguiente modo:

- **Residencia para personas gravemente afectadas.**

Atienden de forma integral a personas con discapacidad física y/o visual, discapacidad intelectual, con parálisis cerebral, con trastornos del espectro autista o con sordoceguera, que precisan la **ayuda generalizada** de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria.

- **Residencia para personas con discapacidad intelectual o personas con trastornos del espectro autista y alteraciones graves de conducta.**

Se destinan a personas con discapacidad intelectual o trastornos del espectro autista, con alteraciones graves y continuadas de conducta que no remiten con tratamiento ambulatorio y/o en unidades de agudos.

- **Residencia para personas adultas.**

Prestan atención integral a personas con menor nivel de dependencia.

- **Viviendas tuteladas.**

Unidades de alojamiento ubicadas en edificios o zonas de vivienda normalizadas, destinadas a aquellas personas con discapacidad con un grado suficiente de autonomía.

- **Casas–Hogar y Viviendas supervisadas para personas con Trastornos Mentales Graves.**

Recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social de personas con discapacidades derivadas de **enfermedades mentales**, a través de la cobertura de un conjunto de necesidades básicas de la vida cotidiana, como son vivienda, manutención, cuidados básicos, y relaciones interpersonales significativas.

- Las **Casas–Hogar** son centros residenciales de alojamiento y convivencia de personas a partir de 18 años, con escaso nivel de autonomía personal como consecuencia de una enfermedad mental, que garantizan la cobertura de las necesidades de atención no sanitaria y con una función sustitutoria del hogar familiar.
- Las **Viviendas supervisadas** son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a personas con enfermedad mental que poseen un grado suficiente de autonomía personal, por lo que no precisan personal específico durante las 24 horas. Cuentan con la distribución de espacios de una vivienda familiar y están dotadas de equipamiento y servicios necesarios para el alojamiento, manutención y apoyo social de quienes las habitan.

B.- Servicio de Atención Residencial para personas mayores en situación de dependencia.

Se considera servicio de Atención Residencial para personas mayores en situación de dependencia a los que se prestan en Centros residenciales de carácter social que, como sustitución del hogar familiar, ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral.

Las personas beneficiarias del servicio de Atención Residencial tienen garantizadas las siguientes prestaciones: atención a la salud, estimulación de las capacidades biopsicosociales y ayuda en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Los Centros residenciales incluidos en esta modalidad ofrecen los servicios de alojamiento y lavandería, así como los siguientes relacionados con la atención personal: actividades de promoción de la salud y medidas higiénico-sanitarias, seguimiento sanitario, ayudas en el desarrollo de actividades de la vida diaria, atención social individual, grupal y comunitaria, atención social familiar y comunicación con el exterior. Las personas beneficiarias de este servicio reciben la atención adecuada a sus necesidades con arreglo al grado y nivel reconocido de su situación de dependencia.

La prestación de este servicio está garantizada todos los días del año y durante las 24 horas. El servicio de Atención Residencial está indicado, con carácter general, para personas en situación de dependencia en grado II (dependencia severa) o III (gran dependencia). El servicio de Atención Residencial para personas mayores con graves trastornos de conducta se destina para los casos en que a la situación de dependencia se suma la existencia de trastornos graves y continuados de conducta.

El Servicio de Atención Residencial es incompatible con el resto de servicios y prestaciones del SAAD.

Para la prestación de este servicio se establecen los siguientes tipos de Centro:

- **Residencia para personas mayores asistidas.**
- **Residencias para personas mayores con graves trastornos de conducta.**

○ **Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.**

El Consejo de Ministros de 17 de abril de 2015 aprobó la modificación del Real Decreto de 27 de diciembre de 2013, por el que se regularon las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establecidas en la LAPAD. El objetivo es regular las prestaciones para las personas con grados II y III de dependencia, dado que el Real Decreto ya regulaba el servicio de promoción de la autonomía personal para las personas en grado I.

Los criterios para determinar el contenido del servicio de promoción de la autonomía personal para las personas en grado de dependencia II y III fueron aprobados por el Consejo Territorial de Dependencia y Servicios Sociales en julio de 2014. Se trata de servicios que las comunidades autónomas ya venían prestando, pero este Real Decreto regula y unifica los tipos de prestaciones y las intensidades.

En concreto, se regulan y definen los siguientes servicios:

Servicios de promoción de la autonomía personal:

- Habilitación y terapia ocupacional.
- Atención temprana.
- Estimulación cognitiva.
- Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.
- Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual.
- Apoyos personales, atención y cuidados en alojamientos de soporte a la inclusión comunitaria.

Intensidad del servicio de promoción de la autonomía personal:

1. Para el servicio de promoción de la autonomía personal se establece la siguiente intensidad, sin perjuicio de lo previsto específicamente para la atención temprana y los servicios de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional:

- Grados I y II: un mínimo de 12 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.
- Grado III: un mínimo de 8 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.

2. Para la atención temprana se fija la siguiente intensidad:

- Grados I, II y III: un mínimo de 6 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.

3. Para los servicios de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional la intensidad prevista es:

- Grado I: un mínimo de 15 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.
- Grado II: un mínimo de 12 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.
- Grado III: un mínimo de 8 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.

Las intensidades del servicio de atención temprana y del servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional podrán ser complementarias de otras previstas por los diferentes servicios establecidos por las comunidades autónomas para esta atención.

6.4.2.4. - Prestaciones económicas.

6.4.2.4.1. Prestaciones económicas del sistema de servicios sociales.

Desde el sistema de servicios sociales se conceden o gestionan prestaciones económicas tanto periódicas, como no periódicas, para **satisfacer necesidades básicas** a aquellas personas que no las tengan cubiertas por medios propios. Entre las prestaciones económicas no periódicas se encuentran las **ayudas individuales** que como subvenciones son otorgadas por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales a personas mayores o personas con discapacidad, que reúnan determinados requisitos, en concepto de adquisición, renovación y reparación de ayudas técnicas, prótesis, órtesis, asistencia en centros y al transporte.

Por otro lado, se conceden **subvenciones** a entidades públicas y privadas para el desarrollo de programas que contribuyen a mejorar la calidad de vida de personas mayores y/o con discapacidad. Las subvenciones destinadas al apoyo al movimiento asociativo de estas personas, o a sus familiares o representantes legales, tienen una importante dimensión.

A.- Pensiones no Contributivas de Jubilación e Invalidez (PNC)

Se han previsto para todas las personas que carezcan de recursos suficientes, aunque no hayan cotizado nunca o lo hayan hecho de forma insuficiente.

Las personas que obtienen el derecho a estas pensiones se convierten en pensionistas de la Seguridad Social con las mismas garantías y los mismos beneficios que el resto de pensionistas, pudiendo disfrutar de:

- **Prestación económica mensual.**
- Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, médico-farmacéutica gratuita que incluye en su caso a los familiares que convivan en su domicilio, en las condiciones establecidas reglamentariamente.
- Complemento para las personas titulares de pensión no contributiva que residan en vivienda alquilada.
- Ayuda social de carácter extraordinario.

B.- Prestaciones económicas:

Derivadas de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, si bien reguladas desde 1.982, se encuentran las siguientes prestaciones económicas

- El **subsidio de garantía de ingresos mínimos (SGIM)**, derogado para nuevos solicitantes tras la regulación de las PNC, pero vigente para quienes venían

percibiéndolo. Su objetivo es cubrir las necesidades básicas de las personas que carezcan de los medios suficientes.

- El **subsidio de ayuda de tercera persona (SATP)**, para atender gastos por necesitar la asistencia de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida diaria.
- El **subsidio de movilidad y gastos de transportes (SMGT)**, para atender gastos por desplazamiento cuando, por razón de la discapacidad, existen graves dificultades para utilizar transportes colectivos.

C.- Ayudas asistenciales por enfermedad/ancianidad (FAS)

Prestaciones a favor de personas cuyos ingresos propios o familiares son insuficientes para cubrir las necesidades básicas. No admitiéndose nuevas solicitudes siguen vigentes las que se venían percibiendo antes de la regulación de las PNC.

6.4.2.4.2. Prestaciones económicas del SAAD.

La LAPAD prevé que cuando no sea posible la prescripción de servicios, que gozan de **carácter prioritario**, se puedan conceder determinadas prestaciones económicas.

A.- La prestación económica vinculada al servicio.

La prestación económica vinculada al servicio está destinada a contribuir a la financiación del coste de los servicios establecidos en el catálogo, únicamente cuando en el correspondiente ámbito territorial no sea posible la atención a través de los servicios públicos o concertados del SAAD.

Tienen derecho a esta prestación, las personas que reúnen las siguientes **condiciones**:

- Reunir los requisitos específicos previstos para el acceso al servicio o servicios de atención a los que se vincula la prestación.
- Ocupar o tener reservada plaza u obtener la prestación del servicio en centro o por entidad debidamente acreditados para la atención a la dependencia.

Las **cuantías máximas** de las prestaciones económicas se establecen anualmente por el Gobierno del Estado mediante real decreto, con carácter revisable, y se determinan en función del grado de dependencia reconocido. En el caso de la prestación económica vinculada al servicio, durante el año 2015, las cuantías máximas vigentes son:

Cuantías máximas PEVS 2015	
Grado III	715,07 euros
Grado II	426,12 euros
Grado I	300 euros

Tabla. VI.23. Cuantía de las Prestaciones Económicas Vinculadas a Servicio en función del Grado de dependencia.

La prestación concreta se calcula aplicando a dicha cuantía un **coeficiente** de acuerdo con la capacidad económica de la persona en situación de dependencia. En el caso del servicio de ayuda a domicilio, compatible con el centro de día, se aplicará también un coeficiente de acuerdo a reglas específicas. Deberá descontarse de la cuantía resultante cualquier otra prestación económica de análoga naturaleza y finalidad que se esté percibiendo.

La **cuantía** de la prestación económica vinculada al servicio no podrá en ningún caso ser superior a la aportación de la persona beneficiaria por el coste del servicio que recibe.

Por último, en Andalucía se establece un **mínimo garantizado** para las prestaciones económicas, que no podrá ser inferior a determinados porcentajes de las prestaciones no contributivas mensuales vigentes, según el grado de dependencia. Si una vez realizado el cálculo de la prestación, aplicando todas las variables anteriormente descritas, la cuantía resultante es inferior al mínimo garantizado del año en curso, la cuantía que recibirá la persona beneficiaria será ésta última.

B.- La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales.

El art. 14 de la LAPAD nos dice que las personas en situación de dependencia podrán, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendidas por **cuidadoras y cuidadores no profesionales**, siempre que se den **condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda** y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar está destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada por la persona cuidadora no profesional, pudiendo ser reconocida en cualquier grado de dependencia, cuando se reúnan las condiciones de acceso establecidas.

Tienen derecho a esta prestación las personas que reúnan las siguientes **condiciones**:

- Que la atención y los cuidados que se deriven de su situación de dependencia se estén prestando en su domicilio habitual y se adecuen a sus necesidades en función de su grado de dependencia.
- Que se den las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda para el desarrollo de los cuidados necesarios.
- Que la persona dependiente y la persona cuidadora convivan en el mismo domicilio de la persona dependiente, esté siendo atendida por ella y lo haya hecho durante el periodo previo de un año a la fecha de presentación de la solicitud.

La persona cuidadora no profesional deberá reunir los siguientes requisitos:

- Tener más de 18 años.
- Residir legalmente en España.
- Ser cónyuge, pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco. Se entienden como situaciones asimiladas a la relación familiar, las parejas de hecho, tutores y personas designadas, administrativa o judicialmente, con funciones de acogimiento. La atención y cuidados que preste el cuidador o cuidadora no profesional a la persona beneficiaria se han de desarrollar en el marco de la relación familiar y, en ningún caso, en el de una relación contractual, ya sea laboral o de otra índole.
- Cuando la persona en situación de dependencia reconocida, tenga su domicilio en un entorno caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención, incluida la atención mediante servicios a través de la prestación vinculada, la Administración competente podrá excepcionalmente permitir la existencia de cuidados no profesionales por parte de una persona de su entorno que, aún no teniendo el grado de parentesco señalado en el apartado anterior, resida en el municipio de la persona en situación de dependencia o en uno vecino, y lo haya hecho durante el periodo previo de un año a la fecha de presentación de la solicitud.
- Cuando la persona tuviera reconocida la situación de dependencia en grado III o II será necesaria la convivencia con la persona de su entorno, dada la necesidad de atención permanente y apoyo indispensable y continuo que se requiere.
- Cuando la persona tuviera reconocida la situación de dependencia en grado I, el entorno al que se refiere este apartado, habrá de tener además la consideración de rural y no será necesaria la convivencia en el domicilio de la persona dependiente.

- Contar con la capacidad física y psíquica suficiente para desarrollar adecuadamente por sí misma las funciones del cuidado y apoyo, que básicamente se refieren a proporcionar ayuda a otra persona en las actividades básicas de la vida diaria que por sí misma no puede realizar, así como que no tenga reconocida la situación de dependencia.
- Que la persona cuidadora cuente con tiempo de dedicación suficiente para atender a la persona beneficiaria en aquellas situaciones en que necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria y asuma formalmente los compromisos necesarios para la atención y cuidado de la persona en situación de dependencia.
- La continuidad en los cuidados prestados debe ser de al menos un año, excepto que por circunstancias sobrevenidas e imprevisibles no pueda completar este período. Excepcionalmente, en el caso de varias personas cuidadoras que se sucedan de forma rotatoria, con cambio o no de domicilio de la persona en situación de dependencia, se determinarán claramente los periodos de tiempo que corresponden a cada una de ellas dentro del periodo del año natural, sin que pueda establecerse para cada una de las mismas un periodo continuado inferior a tres meses.
- Que la persona cuidadora realice las acciones formativas que se le propongan, siempre que sean compatibles con el cuidado de la personas en situación de dependencia.
- Que la persona cuidadora facilite el acceso de los servicios sociales de las Administraciones públicas competentes, a la vivienda de la persona en situación de dependencia con el fin de comprobar el cumplimiento de los requisitos o variación de las circunstancias, previo consentimiento de la persona beneficiaria.

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar solo es **compatible** con el Servicio de Teleasistencia.

Las **cuantías máximas** de las prestaciones económicas se establecen anualmente por el Gobierno del Estado mediante real decreto, con carácter revisable, y se determinan en función del grado de dependencia reconocido. En el caso de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, durante el año 2015, las cuantías máximas eran:

Cuantías máximas PECEF 2015	
Grado III	387,64 euros
Grado II	268,79 euros
Grado I	153 euros

Tabla. VI.24. Cuantía de las Prestaciones Económicas para Cuidados en el Entorno Familiar en función del Grado de dependencia.

La concreta prestación se calcula aplicando a dicha cuantía un **coeficiente** de acuerdo con la capacidad económica de la persona en situación de dependencia. También se tiene en cuenta en la determinación de la **cuantía**, si la **dedicación horaria de los cuidados** es completa, media o parcial. Deberá descontarse de la cuantía resultante cualquier otra prestación económica de análoga naturaleza y finalidad que se esté percibiendo.

Por último, en Andalucía se establece un **mínimo garantizado** para las prestaciones económicas, que no podrán ser inferiores a determinados porcentajes de las prestaciones no contributivas mensuales vigentes, según el grado y nivel de dependencia. Si una vez realizado el cálculo de la prestación, aplicando todas las variables anteriormente descritas, la cuantía resultante es inferior al mínimo garantizado del año en curso, la cuantía que recibirá la persona beneficiaria será ésta última.

Es importante destacar que, desde el 15 de julio de 2012, las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadoras y cuidadores no profesionales están sujetas a un plazo suspensivo máximo de dos años que suspende su efectividad durante dicho periodo. Durante este tiempo, por tanto, no se genera el derecho al cobro de la prestación ni, en su caso, al abono de la misma con carácter retroactivo.

C.- La prestación económica de asistencia personal.

La prestación económica de asistencia personal está destinada a contribuir a la **cobertura de los gastos** derivados de la **contratación de un/a asistente personal**. El/la asistente personal es aquella persona que bajo la dirección de la persona en situación de dependencia, realiza por ella determinadas tareas básicas de su vida diaria y/o le acompaña para facilitar su acceso al empleo, la formación, al ocio y la participación social.

La finalidad de esta prestación es la **promoción de una vida más autónoma en el entorno habitual** que facilite la atención de manera personalizada e integradora en función de las circunstancias y necesidades de la persona en situación de dependencia, ayudándola en su plena integración en la sociedad.

Para tener **derecho** a esta prestación económica es necesario:

- Tener reconocida la situación de dependencia en cualquier grado.
- Tener la capacidad para determinar los servicios que requiere, definir el perfil de su asistente, ejercer control e impartir instrucciones a la persona encargada de su asistencia.
- Recibir los servicios mediante contrato con empresa especializada o directamente con la persona encargada de la asistencia personal, en el que deberán constar las condiciones y directrices para la prestación del servicio y la cláusula de confidencialidad que se establezca.

La **persona encargada** de la asistencia personal deberá reunir los siguientes **requisitos**:

- Ser mayor de 18 años.
- Residir legalmente en España
- Reunir las condiciones de idoneidad para la prestación del servicio que establezca la persona en situación de dependencia.
- Acreditar el cumplimiento de las obligaciones de afiliación y alta en el correspondiente Régimen de la Seguridad Social cuando la relación con la persona en situación de dependencia esté basada en un contrato de prestación de servicio.

La Prestación económica de asistencia personal sólo es compatible con el Servicio de Teleasistencia.

Las **cuantías máximas** de las prestaciones económicas se establecen anualmente por el Gobierno del Estado mediante real decreto, con carácter revisable, y se determinan en función del grado de dependencia reconocido. En el caso de la prestación económica de asistencia personal, durante el año 2015, las cuantías máximas vigentes son:

Cuantías máximas PEAP 2015	
Grado III	715,07 euros
Grado II	426,12 euros
Grado I	300 euros

Tabla. VI.25. Cuantía de las Prestaciones Económicas de Asistencia Personal en función del Grado de dependencia.

La concreta prestación se calcula aplicando a dicha cuantía un **coeficiente** de acuerdo con la capacidad económica de la persona en situación de dependencia. También se tiene en cuenta en la determinación de la cuantía, si la dedicación horaria de los cuidados es completa, media o parcial. Deberá descontarse de la cuantía resultante cualquier otra prestación económica de análoga naturaleza y finalidad que se esté percibiendo.

Por último, en nuestra Comunidad Autónoma, se establece un **mínimo garantizado** para las prestaciones económicas, que no podrán ser inferiores a determinados porcentajes de las prestaciones no contributivas mensuales vigentes, según el grado y nivel de dependencia. Si una vez realizado el cálculo de la prestación, aplicando todas las variables anteriormente descritas, la cuantía resultante es inferior al mínimo garantizado del año en curso, la cuantía que recibirá la persona beneficiaria será ésta última.

6.4.3.- Prestaciones complementarias en materia de vivienda.

Teniendo en cuenta que uno de los principios en los que se fundamenta el SAAD se centra en la permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida, es necesario mencionar las **políticas sobre vivienda** dirigidas a la consecución de este objetivo.

Las políticas públicas que actualmente están previstas en esta materia comprenden las siguientes líneas de actuación:

- A) Reserva de viviendas accesibles en las promociones de viviendas protegidas
- B) Exigencias de accesibilidad a los edificios de viviendas
- C) Dotación de ayudas públicas para mejorar la accesibilidad de las viviendas.

- A) Reserva de viviendas accesibles en las promociones de viviendas protegidas.

Los proyectos de viviendas protegidas, o de cualquier otro carácter que se construyan, promuevan o subvencionen por las administraciones públicas y demás entidades dependientes o vinculadas al sector público, deben prever un número mínimo de viviendas cuyas características constructivas garanticen el acceso y desenvolvimiento cómodo y seguro de las personas con discapacidad. Actualmente, el porcentaje mínimo legal de viviendas accesibles es del cuatro por ciento (art. 32.1 del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre)

Además, las viviendas objeto de la reserva prevista en este artículo destinadas al alquiler, podrán adjudicarse a personas con discapacidad individualmente consideradas, unidades familiares con alguna persona con discapacidad o a entidades sin ánimo de lucro del sector de la discapacidad, siempre que en este último supuesto se destinen por esas entidades a la promoción de la inclusión social de las personas con discapacidad y de la vida autónoma, como viviendas asistidas, viviendas compartidas, viviendas de apoyo o a proyectos de vida independiente de personas con discapacidad.

B) Exigencias de accesibilidad a los edificios de viviendas

Tanto las condiciones básicas de accesibilidad estatales como la normativa autonómica establece exigencias arquitectónicas de accesibilidad aplicables a las zonas comunitarias (accesos, portales, escaleras, ascensores...) de los edificios de viviendas de nueva construcción o que se reformen.

Asimismo, las personas propietarias de inmuebles existentes, que por la normativa estén obligadas a realizar el Informe de Evaluación de Edificios, deberán llevar a cabo las actuaciones que se determinen como ajustes razonables de accesibilidad. En los edificios constituidos en régimen de propiedad horizontal, los ajustes se entienden razonables cuando el coste de las obras repercutido anualmente, y descontando las ayudas públicas a las que se pueda tener derecho, no exceda de doce mensualidades ordinarias de gastos comunes.

Por otro lado, las personas con discapacidad o mayores de 70 años que residan en edificios sujetos al régimen de propiedad horizontal pueden instar a su comunidad la realización de actuaciones de accesibilidad para la adaptación de las zonas de uso común, considerándose en cualquier caso obligatorias aquellas cuya cuantía no supere anualmente las citadas doce mensualidades ordinarias de gastos comunes.

C) Dotación de ayudas públicas para mejorar la accesibilidad de las viviendas.

En los Planes de Vivienda y Suelo se incluyen programas que tienen por objeto rehabilitar y mejorar las condiciones de accesibilidad de los edificios de vivienda, tanto de las zonas comunitarias como del interior de las viviendas. Por otra parte, las personas con discapacidad o en situación de dependencia se incluyen dentro de los grupos de especial protección a los que van dirigidos estos programas.

6.4.4.- La provisión de ayudas técnicas o productos de apoyo.

Como ya se ha visto, el SAS a través de las **prestaciones ortoprotésicas**, o del **programa de cuidados en el domicilio**, presta productos de apoyo para la autonomía personal:

- En el catálogo de prestaciones ortoprotésicas, se incluyen las prótesis externas, órtesis, vehículos y prótesis especiales financiadas por la Administración Sanitaria.
- En cuanto al programa de cuidados a domicilio, que se desarrolla a través de la enfermería gestora de casos en atención primaria, una comisión de cada Distrito Sanitario prescribe las ayudas técnicas para el cuidado en el domicilio (camas articuladas, cojines antiescaras...) en función de las partidas económicas que se tienen asignadas. La población destinataria principal son personas que necesitan cuidados enfermeros en su domicilio.

También la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales mediante su **convocatoria anual de subvenciones**, viene financiando, por el coste real de la actuación, la adquisición, renovación y reparación de ayudas técnicas a personas con discapacidad y con graves **problemas de movilidad y comunicación**. En 2015 se destinaron 203.409,38€ por parte de la Dirección General de Personas con discapacidad a la concesión de ayudas individuales destinadas a la adquisición, renovación y reparación de ayudas técnicas.

Asimismo, las personas mayores titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco obtienen **reducciones** en la adquisición de productos ópticos y prótesis auditivas.

Por otro lado, la Consejería de Empleo, Empresa y Comercio tiene una **línea de subvenciones** destinadas a las personas con discapacidad para la adquisición de ayudas técnicas que les permitan el uso de las **nuevas tecnologías**. La última convocatoria de subvenciones se realizó mediante la Orden de 21 de septiembre de 2011, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en régimen de concurrencia no competitiva destinadas a personas con discapacidad y personas mayores para la adquisición de dispositivos y servicios TIC, que posibiliten el acceso a la Sociedad de la Información y el Conocimiento en igualdad de condiciones, a la que destinaron 636.255,19 euros, beneficiándose 1.095 personas. Para ello disponen de un **Catálogo de Productos de apoyo TIC**.

6.4.5. El ejercicio de la función tutelar.

En Andalucía existen actualmente 22 Fundaciones **Tutelares** que intervienen en el sector de personas mayores o con discapacidad, incluyendo las personas con trastornos mentales graves. Son entidades **sin ánimo de lucro** que tienen como fin general la protección y defensa de las personas adultas cuando existe una incapacitación judicial. En

todas las provincias hay una Fundación en cuyo **Patronato** participa la Delegación Territorial de la Consejería de Igualdad y Políticas sociales.

Entre los objetivos específicos de las entidades tutelares figuran:

- Ejercer los cargos tutelares de personas con capacidad modificada judicialmente que no dispongan de familiares o éstos no sean idóneos para el cargo tutelar.
- Promover, respecto a las personas tuteladas, el mayor nivel de autonomía personal y participación social velando por la mejora de sus condiciones de vida y dignidad personal.

Estas entidades, a fecha de 31 de diciembre de 2015, tenían a su cargo a 1.930 personas, 1755 tutelas y 175 curatelas. Desagregados por sexos, son 1.093 hombres y 837 mujeres. Y, dentro de lo que conocemos como expedientes en estudio, asumieron medidas cautelares, defensas judiciales y administración de bienes a 765 personas, de las cuales, la mayoría, 463, fueron defensas judiciales..

Desde el punto de vista de la causa que conduce a la incapacitación, el 45% tiene discapacidad intelectual, el 32% llega a la incapacitación por alguna enfermedad mental grave y el 23% tiene como causa alguna demencia senil relacionada con la edad. A pesar de lo cual, y en algunas circunstancias, se puede llegar a la incapacitación con una causa excepcional y diferente (personas sordociegas o con daño cerebral, por ejemplo)

Por lo general, son personas en situación de dependencia. Las entidades tutelares son apoyadas, mediante subvenciones, por la Consejería de Igualdad y Políticas sociales, que en 2.015, que no hubo convocatoria de subvenciones en concurrencia competitiva, sí se cubrió con subvenciones excepcionales el mantenimiento de las entidades tutelares en cuyo patronato participa la Consejería con la cantidad de 260.000 €.

Del total de las 1.930 personas incapacitadas, casi el 75% (1.435) vivía en residencias y el 25% restante (cifra que ha disminuido), en sus domicilios particulares, siendo estas últimas las que mayor necesidad de apoyos requieren.

A pesar de que cada vez se va tomando más conciencia de no promover excesivamente las modificaciones de la capacidad de obrar, de no judicializar la atención a la población, la realidad es que año tras año, crece el número de personas cuya capacidad de obrar es modificada judicialmente, constituyendo un grupo de población que requiere de la prestación de apoyos para el ejercicio de su autonomía personal.

6.5. El tercer sector de acción social

La Ley 43/2015, de 9 de octubre, del Tercer Sector de Acción Social define a las entidades del Tercer Sector de Acción Social como “aquellas organizaciones de carácter privado, surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades, que responden a criterios de solidaridad y de participación social, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos civiles, así como de los derechos económicos, sociales o culturales de las personas y grupos que sufren condiciones de vulnerabilidad o que se encuentran en riesgo de exclusión social”. Ya la LAPAD señalaba el papel del Tercer sector en el desarrollo de los servicios sociales en España, recogiendo entre sus **principios** “*La participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia*”.

El Tercer Sector de Acción Social se ha postulado como una **vía de acción ciudadana** alternativa, o a veces complementaria, respecto de la gestión institucional pública, con soluciones nacidas de la participación social orientadas a evitar que determinados grupos sociales se vean **excluidos** de unos niveles elementales de bienestar (71). La actividad del Tercer Sector de Acción Social, de sus organizaciones y de las personas que lo componen, nace del **compromiso** con los derechos humanos y descansa en los valores de solidaridad, igualdad de oportunidades, inclusión y compromiso con la justicia social.

En nuestro país hay alrededor de treinta mil **entidades sociales** y su actividad representa casi un 2% del PIB. Generan, además, casi 636.000 puestos de trabajo en dicho ámbito, un 3,5% del empleo español.

En Andalucía hay 737 asociaciones inscritas en el **registro de asociaciones de ayuda mutua**, dependientes de la Consejería de Salud y 4.433 asociaciones inscritas en el **registro de entidades y servicios sociales**, dependientes de la Consejería de Igualdad y Políticas sociales.

Las entidades asociativas que integran el Tercer sector en Andalucía, además de desarrollar un papel **reivindicativo y de defensa** de los derechos de grupos de población más vulnerables, en riesgo o en situación de exclusión social, tienen un papel relevante como **gestoras de servicios**. Sobre todo, en la atención a las personas con discapacidad, el movimiento asociativo articulado, a través del CERMI, gestiona más del 90% de los servicios residenciales y de día para personas en situación de dependencia concertados por la Administración autonómica.

Una de las características del tercer sector en Andalucía es el apoyo permanente que ha recibido de la Junta de Andalucía. También las organizaciones de personas mayores integradas en el **Consejo andaluz de personas mayores** gestionan servicios destinados a las mismas.

En su vertiente de promoción de la autonomía personal, las asociaciones que representan a las personas con discapacidad han creado servicios específicos de orientación e intermediación laboral, así como Centros Especiales de Empleo (empresas de empleo protegido), al igual que también disponen de centros de educación especial concertados, gestionan servicios educativos complementarios, y en el ámbito sanitario gestionan centros de atención temprana que han posibilitado que niños y niñas puedan prevenir discapacidades y evitar agravamientos en su estado de salud.

Además de las subvenciones que reciben estas asociaciones para el desarrollo de programas por parte de la Junta de Andalucía, otra importante fuente de financiación la recibe el Tercer sector en España a través de subvenciones de la Administración General del Estado.

En julio del 2012, se constituyó la **Mesa del Tercer Sector de Andalucía**, una entidad que pretende ser un factor de cohesión y unidad de acción para defender el valor de lo social, el Estado de Bienestar, los derechos sociales, y propiciar la máxima colaboración público-privada en beneficio de las personas desfavorecidas.

Las ocho organizaciones que conforman esta nueva iniciativa son la Plataforma Andaluza del Voluntariado (PAV), la Red Andaluza de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN-A), el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (Cermi Andalucía), Cruz Roja Española, Cáritas Española, la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), LARES (Federación de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores del Sector Solidario) y AFA (Asociación de Fundaciones Andaluza).

Su importancia económica es muy relevante considerando que su actividad representa el 0.66 % del PIB andaluz y que trabajan en él unas 45.000 personas, las cuales representan el 1.74 % de toda la población ocupada en Andalucía, a las que hay que añadir más de 50.000 personas voluntarias que colaboran y participan en su actividad.

Así la Mesa del Tercer Sector, se constituye como una organización defensora de lo social, diseñando estrategias y adoptando decisiones que tiendan a la profundización de la democracia participativa y de los valores del Estado Social, promoviendo un modelo de sociedad más justo y canalizando la solidaridad y el compromiso cívico en beneficio de la sociedad, como una organización unitaria de interlocución social así como una organización de cooperación institucional y eficiencia social. Actualmente, en el ámbito de la Consejería de Igualdad y Políticas sociales se está trabajando en un proyecto de decreto por el que se creará la comisión permanente de diálogo con el Tercer sector de Andalucía.

En definitiva, el Tercer sector tiene un destacado papel en el desarrollo del Plan andaluz de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia, como uno de los agentes principales junto con la propia ciudadanía, agentes sociales y económicos y las Administraciones Públicas.

VII.- FINALIDAD DEL PLAN. POBLACIÓN OBJETO DEL PLAN.

7.1. FINALIDAD DEL PLAN.

Tal como recoge el artículo 21 de la LAPAD, la Prevención de las situaciones de dependencia *“Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”*.

El objeto de este Plan es ayudar a **disminuir la prevalencia e incidencia de deficiencias y discapacidades** que puedan dar lugar a situaciones de dependencia en personas que todavía no se encuentran en situación de dependencia (**prevención de la dependencia**), así como la **promoción de la autonomía personal** y la prevención del agravamiento de la dependencia de las personas que ya están en esa situación. Es éste, pues, un plan que presta atención tanto a las acciones de promoción de la autonomía personal como a las de prevención de la dependencia, pues en **la acción combinada de ambas y su adaptación a las características de la persona**, se encuentre o no en situación de dependencia, radica el éxito y finalidad del plan.

7.2. POBLACIÓN OBJETO DEL PLAN.

El Plan se dirige a la **totalidad de la población**¹. A partir de este grupo de población general, el Plan concreta acciones dirigidas a **grupos de población específicos** como personas **mayores**, personas con **discapacidad**, y personas en situación de **dependencia**. Asimismo, las **personas cuidadoras** son especial objeto de atención de este Plan.

¹ No se incidirá en la población compuesta por niños y niñas de 0 a 6 años, ni sobre las mujeres embarazadas por cuanto serán objeto de un plan específico, siguiendo lo dispuesto en el Acuerdo de 4 de julio de 2013, del Consejo Territorial de Servicios sociales y del SAAD, sobre criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas de los planes de atención integral a menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla.

VIII.- OBJETIVOS DEL PLAN.

Siendo objeto del Plan *“promocionar la autonomía personal y reducir la prevalencia de deficiencias y discapacidades que puedan dar lugar a situaciones de dependencia, así como mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia o con riesgo de desarrollarla”*, y teniendo en cuenta la situación de los recursos y actuaciones intersectoriales existentes, son objetivos generales del Plan Andaluz para la Prevención de la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal los siguientes:

1.- Promover el desarrollo de una existencia autónoma en el medio habitual de la persona, y en todos los ámbitos de la vida, en condiciones de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal.

2.- Contribuir a aumentar la esperanza de vida libre de enfermedades y discapacidad, abordando los determinantes de la salud entre la ciudadanía en general, las personas con discapacidad o en situación de dependencia.

3.- Reducir el impacto y agravamiento de las situaciones de discapacidad o dependencia sobre la calidad de vida de las personas y quienes ejercen su cuidado.

4.- Establecer mecanismos de coordinación entre los distintos sectores implicados y de participación de la ciudadanía, especialmente de las personas con discapacidad o en situación de dependencia y de las entidades que las representan.

5.- Promover la sensibilización de la sociedad en general y la formación de los distintos agentes implicados en la promoción de la autonomía y en la prevención de la dependencia.

6.- Promover la investigación y la incorporación de los conocimientos científicos y técnicos al conjunto de las actividades contempladas en el Plan.

A partir de estos 6 objetivos generales se proponen **16 objetivos específicos con 116 acciones** que abordan todas las medidas, asuntos o cuestiones necesarias para dar respuesta a los fines del Plan.

IX.- LÍNEAS GENERALES DE ACTUACIÓN. OBJETIVOS Y ACCIONES.

1

PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA

Objetivo general: Promover el desarrollo de una existencia autónoma en el medio habitual de la persona, y en todos los ámbitos de la vida, en condiciones de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal.

Objetivo específico 1: Promover las condiciones y apoyos necesarios para hacer efectiva la autonomía personal.

Acciones	Organismos responsables
<p>1.1.1. Desarrollo de los servicios de Promoción de la Autonomía Personal y prevención de la dependencia dentro del Catálogo de servicios y prestaciones del SAAD, incluyendo la realización de un itinerario personalizado que identifique áreas de intervención, actividades e intensidad de los apoyos necesarios a las personas en situación de dependencia moderada.</p> <p>Para las personas en situación de dependencia moderada, este nuevo servicio se realizará a través de actividades centradas en el desarrollo de habilidades adaptativas orientadas a la mejora de su calidad de vida. Las modalidades de este servicio serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Rehabilitación y terapia ocupacional b) Atención temprana. c) Estimulación cognitiva. d) Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional. e) Rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual. f) Apoyos personales, atención y cuidados en alojamientos de soporte a la inclusión. <p>La intensidad de estos servicios se fija en un mínimo de 15 horas mensuales de atención.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, Secretaría General de Salud Pública y Consumo)</p>

1.1.2. Diseño y desarrollo de programas dirigidos al aprendizaje de técnicas de autocuidado dirigidos a personas mayores y personas con discapacidad, que permitan mantener la funcionalidad y autonomía personal.

1.1.3. Desarrollo de guías sobre autocuidados para la promoción de la autonomía personal, basadas en la mejor evidencia disponible.

1.1.4. Utilización de las TIC para favorecer el desarrollo, seguimiento y refuerzo de actividades en las diferentes áreas de intervención.

1.1.5. Diseño y desarrollo de programas dirigidos al aprendizaje de técnicas de autocuidado, destinados específicamente a hombres y mujeres que cuidan, teniendo en cuenta sus necesidades.

1.1.6. Desarrollo de nuevas actividades de mediación en situaciones de especial vulnerabilidad para potenciar la implicación de la red familiar.

1.1.7. Apoyo y control a la tutela efectiva a personas con capacidad jurídica modificada judicialmente en situación o riesgo de dependencia.

1.1.8. Asesoramiento a personas con necesidades de apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica

1.1.9. Diseño y desarrollo de programas de promoción de la autonomía personal y vida independiente desarrollados por o con la participación de entidades asociativas de personas con discapacidad.

1.1.10. Realización de programas específicos para las personas mayores desde los CPA y los Servicios Sociales.

1.1.11. Desarrollo de intervenciones proactivas para identificar personas con especial vulnerabilidad: mayores que vivan solas o en condiciones de aislamiento social, personas con discapacidad intelectual y personas con TMG para promover su autonomía personal y su participación en la vida de la comunidad.

1.1.12. Realización de programas específicos que mejoren la accesibilidad a bienes y servicios de las personas consumidoras potencialmente vulnerables, que promuevan y faciliten la movilidad y el acceso al transporte público.

1.1.13. Desarrollo de actuaciones específicas desde el Servicio Andaluz de Teleasistencia orientadas a promover la autonomía personal de las personas usuarias en situación de dependencia.

CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, Secretaría General de Salud Pública y Consumo)

1.1.14. Nuevo desarrollo normativo de la prestación de asistencia personal.	CIPS (Secretaría General de Servicios Sociales)
---	--

Objetivo específico 1.2. Promocionar estilos de vida saludables en todos los ámbitos de la vida

Acciones	Organismos responsables
1.2.1. Fomento de hábitos de vida saludable mediante el diseño y desarrollo de programas de educación para la salud en centros sanitarios, sociales y educativos, para todas las edades, generando espacios para ello, y favoreciendo la participación ciudadana a través de colectivos y asociaciones con fomento del intercambio generacional.	CS (Secretaría General de Salud Pública y Consumo)
<p>1.2.2. Creación de grupos de autoayuda que estimulen el intercambio de experiencias y conocimientos, así como el apoyo emocional.</p> <p>1.2.3. Desarrollo de grupos de autogestores con personas con discapacidad intelectual.</p> <p>1.2.4. Desarrollo de los programas de envejecimiento activo y saludable.</p> <p>1.2.5. Promoción activa del desarrollo afectivo-sexual a lo largo de todo el ciclo vital dirigido a toda la población.</p> <p>1.2.6. Fomento de la participación y empoderamiento para mujeres y niñas con discapacidad y personas con discapacidad intelectual o trastornos mentales graves.</p>	CIPS y CS (Secretaría General de Salud Pública y Consumo y Secretaría General de Servicios Sociales)

2

PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Objetivo general: Contribuir a aumentar la esperanza de vida libre de enfermedades y discapacidad, abordando los determinantes de la salud entre la ciudadanía en general, las personas con discapacidad o en situación de dependencia

Objetivo específico 2.1: Prevención primaria: Desarrollar medidas dirigidas a personas que no se encuentran en situación de dependencia, con el objetivo de evitar o retrasar la aparición de la misma.

Acciones	Organismos responsables
<p>2.1.1. Actuaciones con recursos del ámbito local dirigidas a grupos de población con factores de riesgo que contrarresten las consecuencias del sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, drogas, juego, estrés, obesidad y trastornos alimenticios y uso inadecuado de medicamentos.</p> <p>2.1.2 Fomento del desarrollo de competencias profesionales específicas orientadas hacia la motivación y cambio conductual que lleven a la adquisición de estilos de vida saludable y faciliten el autocuidado.</p>	<p>CS (Secretaría General de Salud Pública y Consumo)</p>
<p>2.1.3. Prevención de los factores de riesgo más frecuentes en la génesis de la situación de dependencia en personas mayores: institucionalización, hospitalización, polimedicación, deterioro cognitivo, fragilidad, vulnerabilidad y carencia de soporte familiar y/o social.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, Secretaría General de Salud Pública y Consumo)</p>

Objetivo específico 2.2: Prevención secundaria: Intervenir sobre la situación de dependencia de manera precoz, cuando todavía existen posibilidades de reversión o modificación de su curso y, por tanto, de mejorar su pronóstico o impedir su empeoramiento.

Acciones	Organismos responsables
<p>2.2.1. Desarrollo de medidas de identificación específicas para la población de riesgo considerando el deterioro funcional precoz, incipiente, leve.</p> <p>2.2.2 Elaboración de protocolos de atención precoz de la dependencia en centros sanitarios, servicios sociales, educativos, y en el ámbito domiciliario.</p> <p>2.2.3. Desarrollo de servicios y prestaciones, basados en la evidencia, que apoyen el mantenimiento de la capacidad funcional/cognitiva de las personas en situación de dependencia, en su entorno inmediato.</p> <p>2.2.4. Fomento de la calidad de la atención y cuidados domiciliarios para prevenir la institucionalización.</p> <p>2.2.5. Adaptación de los contenidos de los servicios de consulta telefónica y otros medios de comunicación, con accesibilidad 24 horas, que puedan responder a necesidades de prevención de la dependencia para la persona y/o su familia.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, Secretaría General de Salud Pública y Consumo)</p>

3

REDUCCIÓN DEL IMPACTO

Objetivo general: Reducir el impacto y agravamiento de las situaciones de discapacidad o dependencia sobre la calidad de vida de las personas y quienes ejercen su cuidado.

Objetivo específico 3.1: Prevención terciaria: Desarrollar medidas que traten de reducir en lo posible los niveles de dependencia y de minimizar sus repercusiones sobre la funcionalidad social de las personas y su calidad de vida

Acciones	Organismos responsables
<p>3.1.1. Acceso al servicio de atención residencial o de viviendas a personas mayores y con discapacidad que, en situación de dependencia moderada, se encuentren en situación de exclusión social.</p> <p>3.1.2. Desarrollo de programas de recuperación y/o mantenimiento funcional, de estimulación cognitiva, y de integración social en las Unidades de Estancia Diurna y otros recursos de carácter comunitario y ambulatorio, asegurando la continuidad de cuidados en el domicilio.</p> <p>3.1.3. Adaptación de los Servicios del Catálogo del SAAD y sus horarios a la situación específica de la persona y/o personas que la cuidan, respetando, en todo caso, los derechos laborales de las personas trabajadoras que les atienden, y en especial su derecho a la conciliación de la vida laboral y personal.</p> <p>3.1.4. Prioridad del acceso a los servicios sobre las prestaciones económicas, cuando las características de las personas en situación de dependencia, de las personas que las cuidan o del entorno lo requieran, al objeto de garantizar la atención profesionalizada.</p> <p>3.1.5. Asignación de un o una profesional de referencia (trabajador o trabajadora social de los Servicios Sociales Comunitarios) a la persona en situación de dependencia para acompañarla a lo largo de su itinerario como usuaria del sistema.</p> <p>3.1.6. Desarrollo de programas de rehabilitación y apoyo, desde la fase inicial de la dependencia, para mantener y mejorar la capacidad funcional, la red social, la salud de la persona que cuida de referencia y la autonomía personal.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, Secretaría General de Salud Pública y Consumo)</p>

<p>3.1.7 Introducción de criterios de priorización en el seguimiento proactivo mediante el Servicio Andaluz de Teleasistencia para responder a necesidades de las personas y/o sus familias.</p> <p>3.1.8. Desarrollo de estancias temporales en servicios residenciales o servicios de viviendas, que mantengan la continuidad de los tratamientos y cuidados precisos, en los recursos y servicios especializados de los sistemas sociales y sanitarios.</p> <p>3.1.9. Desarrollo de espacios de transición al domicilio para aquellas personas que por la complejidad de sus cuidados o la situación familiar requieran un periodo previo de apoyo antes del traslado a su entorno habitual.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, Secretaría General de Salud Pública y Consumo)</p>
<p>3.1.10. Potenciación de medidas para detectar en los servicios de urgencias de los hospitales a pacientes en riesgo social y en situación de dependencia para garantizar la continuidad de atención social y sanitaria al alta.</p>	<p>CS (Secretaría General de Salud Pública y Consumo y SAS)</p>

Objetivo específico 3.2: Fomentar que los entornos, procesos, bienes y servicios estén concebidos conforme a los criterios de accesibilidad universal y diseño para todas las personas.

Acciones	Organismos responsables
<p>3.2.1. Seguimiento de las actuaciones desarrolladas tras el informe realizado a personas en situación de dependencia con movilidad reducida sobre detección de barreras arquitectónicas, de información y comunicación, en el domicilio de residencia y la identificación de las posibilidades de eliminación o minoración de las mismas.</p>	<p>CIPS (ASSDA)</p>
<p>3.2.2 Asesoramiento e información sobre las exigencias de los diferentes entornos, productos, bienes y servicios, y especialmente de las líneas de ayudas públicas existentes en cada momento para la adaptación de los entornos existentes.</p> <p>3.2.3 Elaboración y/o actualización de guías técnicas y manuales formativos sobre la normativa.</p>	<p>CIPS y CS</p>

<p>3.2.4 Fomento del uso de TIC para mejorar la accesibilidad a la información de las personas en situación de dependencia y persona que cuida (portales, páginas webs, aplicaciones móviles...)</p> <p>3.2.5. Adaptación cognitiva de los entornos para facilitar la información y accesibilidad a personas con discapacidad intelectual, especialmente en los edificios públicos, así como a través de la información escrita usando los modelos de Lectura Fácil.</p>	<p>CIPS y CS</p>
--	-------------------------

Objetivo específico 3.3.: Favorecer la mejora continua de la calidad en los servicios

Acciones	Organismos responsables
<p>3.3.1. Desarrollo de programas de certificación para los diferentes servicios que contemplen estándares e indicadores de calidad y seguridad que permitan la autoevaluación, la comparación de resultados y la evaluación externa.</p>	<p>CIPS</p>
<p>3.3.2. Desarrollo de herramientas específicas que permitan incorporar expectativas, necesidades, valores y preferencias dirigidas a profesionales, población usuaria, familias y personas que cuidan no profesionales.</p> <p>3.3.3. Elaboración de guías de buenas prácticas que favorezcan su realización en entidades, centros y servicios.</p> <p>3.3.4. Definición de las competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) y los procesos relacionados con una atención de calidad en la promoción de la autonomía y prevención de la dependencia en los servicios sociales y sanitarios.</p> <p>3.3.5. Incorporación de instrumentos de medición de resultados de calidad de vida en las personas atendidas en el SAAD.</p> <p>3.3.6. Desarrollo de un programa de transformación de los servicios para que pasen a ser servicios centrados en las personas e inclusivos.</p> <p>3.3.7. Diseño de un protocolo que permite una atención prioritaria de las personas en situación de dependencia y con discapacidad en los servicios de salud (atención primaria y urgencias).</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, ACSA, ASSDA, Secretaría General de Salud Pública y Consumo y SAS)</p>

Objetivo específico 3.4.: Facilitar que, tanto las personas en situación de dependencia como quienes le cuidan, puedan acceder a los sistemas públicos de servicios sociales y sanitarios.

Acciones	Organismos responsables
<p>3.4.1. Creación de un portal web accesible, con facilidad de uso y actualizado sobre recursos para la prevención de la situación de dependencia y promoción de la autonomía personal.</p> <p>3.4.2. Información y asesoramiento sobre prestaciones, recursos y servicios para la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia a través del Servicio Andaluz de teleasistencia y Andalucía social.</p> <p>3.4.3. Facilitar información y formación a las personas que cuidan sobre el manejo y la utilización correcta de las ayudas técnicas para facilitarles los trabajos de cuidados.</p> <p>3.4.4. Incorporar intervenciones de apoyo a las personas que cuidan para mejorar o mantener su autoestima y prevenir el cansancio.</p> <p>3.4.5. Fomentar en las personas que cuidan la importancia de su autocuidado, facilitándole recursos personales adaptativos que les permita preservar su entorno familiar, social y laboral.</p> <p>3.4.6. Información en los Centros de Participación Activa para Personas Mayores sobre productos de apoyo disponibles que contribuyan a mejorar la autonomía, así como las vías de ayuda financiera existentes.</p> <p>3.4.7. Información y asesoramiento en los centros de valoración y orientación de personas con discapacidad a éstas y a sus familias en materia de ayudas económicas individuales, ayudas técnicas...</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, ASSDA, Secretaría General de Salud Pública y Consumo)</p>

Objetivo específico 3.5. Fomentar la autonomía personal y la participación activa en la comunidad de las mujeres con discapacidad o dependencia así como de las personas que cuidan.

Acciones	Organismos responsables
<p>3.5.1 Campañas de información y sensibilización relativas a la violencia de género especialmente centradas en mujeres mayores, con discapacidad o en situación de dependencia.</p> <p>3.5.2. Desarrollo de acciones que posibiliten que las personas cuidadoras tomen conciencia de sus capacidades y habilidades, que visibilicen y valoren su aportación al bienestar de las personas en situación de dependencia y de la sociedad en general.</p> <p>3.5.3. Desarrollo de acciones de sensibilización dirigidas al conjunto de la sociedad que fomenten la corresponsabilidad de mujeres y hombres en los cuidados.</p> <p>3.5.4. Acceso de las personas cuidadoras a medidas de descanso y tiempo libre, con especial atención a las personas que estén en riesgo por su salud física, emocional y social, facilitándole apoyos para los cuidados.</p> <p>3.5.5. Medidas dirigidas a favorecer específicamente la promoción de la autonomía y la prevención de la dependencia de las mujeres y niñas.</p>	<p>CIPS (Secretaría General de Servicios Sociales, ASSDA, IAM)</p>

4

INTERSECTORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN

Objetivo general: Desarrollar mecanismos estables de coordinación entre los distintos sectores implicados y de participación de la ciudadanía y de las entidades que la representa.

Objetivo específico 4.1: Establecer un marco normativo de coordinación para garantizar una atención integral y centrada en la persona que contribuya a la optimización y sostenibilidad de los recursos públicos

Acciones	Organismos responsables
<p>4.1.1. Desarrollo reglamentario de las funciones y estructura de los órganos de coordinación en los diferentes niveles territoriales de los servicios sociales, sanitarios y otros implicados en la prevención y atención de la dependencia y promoción de la autonomía personal.</p> <p>4.1.2. Facilitar y promover el acceso a la colaboración entre las y los profesionales de los sistemas implicados para poder compartir información y realizar consultas.</p> <p>4.1.3. Armonización de los mapas de servicios sociales y sanitarios y su sectorización.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, ASSDA, Secretaría General de Salud Pública y Consumo)</p>

Objetivo específico 4.2.: Promover el trabajo intersectorial entre los servicios sociales, sanitarios, educativos, laborales, de vivienda, promoción de las TIC y de investigación.

Acciones	Organismos responsables
<p>4.2.1. Implantación de procedimientos que fomenten la coordinación y la integralidad de las actuaciones, la comunicación efectiva entre entidades y profesionales de los diferentes ámbitos de actuación y territoriales, garantizando la continuidad de la atención prestada y la igualdad de oportunidades.</p> <p>4.2.2. Iniciativas de simplificación administrativa y reducción de las cargas de gestión para la ciudadanía, a través de medidas de coordinación entre las Administraciones públicas implicadas.</p>	

4.2.3. Elaboración de protocolos de coordinación de los programas de atención domiciliaria a personas en situación de dependencia entre los sectores sanitario y social.

4.2.4. Impulso de la interoperabilidad entre los sistemas de información de los diferentes entes públicos implicados en la Prevención de la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal.

4.2.5. Coordinación entre las Consejerías competentes en los mecanismos de orientación y derivación a personas con discapacidad que egresan del sistema educativo hacia centros o servicios que permitan la continuidad de su desarrollo personal.

4.2.6. Coordinación entre los servicios sociales y los de vivienda para el acceso a una vivienda adaptada a la diversidad funcional de las personas.

4.2.7. Establecer prioridad en el acceso a subvenciones y fuentes de financiación, en función de la capacidad económica y del mayor grado de discapacidad o dependencia, para la adquisición de productos de apoyo y fomento de actuaciones encaminadas a la eliminación de barreras arquitectónicas.

4.2.8. Establecer prioridad en los procedimientos entre los servicios públicos de las personas que se encuentran en situación de exclusión social y de violencia de género.

4.2.9 Fomento del trabajo en red para la configuración de bancos de asociaciones y recursos comunitarios de ámbito local que pueden ayudar a la persona en situación de dependencia.

4.2.10. Proponer a la Consejería de Empleo, Empresa y Comercio:

- El diseño de programas de prevención de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales (PRL).
- El desarrollo de programas accesibles que fomenten políticas activas de empleo que faciliten la incorporación al mercado laboral de las personas con discapacidad o en situación de dependencia, o su permanencia en el empleo.
- La adopción del principio del diseño universal en las nuevas aplicaciones de las tecnologías de la información y la comunicación que se desarrollen.

CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, Secretaría General de Salud Pública y Consumo, ASSDA y SAS), Consejería de Educación, Consejería de Empleo, Empresa y Comercio, y Consejería de Fomento y Vivienda.

<ul style="list-style-type: none"> • El fomento de la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación en la promoción de la autonomía personal dentro (domótica) y fuera (en movilidad) del hogar. • El análisis de las aplicaciones y dispositivos existentes actualmente en el mercado que sean potencialmente adaptables para su uso adecuado en la prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal. <p>4.2.11. Proponer a la Consejería de Educación el desarrollo de programas educativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que promuevan medidas para impedir el abandono escolar del alumnado en situación de dependencia, especialmente en la E.S.O., y promuevan la futura orientación y vocación profesional. • Que favorezcan el derecho a disfrutar de un ocio inclusivo y actividades deportivas adaptadas a personas en situación de dependencia. <p>4.2.12. Proponer a la Consejería de Economía y Conocimiento el impulso de la I+D+I en el diseño de las ayudas técnicas y de la accesibilidad universal en general.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, Secretaría General de Salud Pública y Consumo, ASSDA y SAS), Consejería de Educación, Consejería de Empleo, Empresa y Comercio, y Consejería de Fomento y Vivienda</p>
--	---

Objetivo específico 4.3.: Promover la participación de las personas con discapacidad, personas mayores y personas en situación de dependencia así como de las asociaciones y empresas prestadoras de servicios

Acciones	Organismos responsables
<p>4.3.1. Promoción de la participación de las personas en riesgo y en situación de dependencia como impulsoras de las acciones de sensibilización.</p> <p>4.3.2. Incorporación de las necesidades y expectativas de las personas a los planes de mejora.</p> <p>4.3.3. Fomento de la participación de la ciudadanía en los Consejos de mayores y de personas con discapacidad.</p>	

<p>4.3.4. Fomento de la participación directa de las personas con discapacidad intelectual en los órganos de participación.</p> <p>4.3.5. Promoción y difusión de proyectos comunitarios y participativos, en los que se identifiquen y movilicen aquellos activos para hacer frente a las situaciones de dependencia.</p> <p>4.3.6. Colaboración con el Tercer Sector y la empresa privada en la oferta de servicios.</p> <p>4.3.7. Incorporación de la acción del voluntariado.</p> <p>4.3.8. Impulso a nivel institucional y local del desarrollo de grupos de ayuda mutua y de asociaciones.</p> <p>4.3.9 Fomento de la participación de las personas a título individual, de las personas que cuidan, organizaciones no gubernamentales, agentes sociales y económicos, en la definición, seguimiento y evaluación de programas y actuaciones de apoyo.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, Secretaría General de Salud Pública y Consumo, ASSDA)</p>
--	--

5

FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Objetivo general: Promover la sensibilización de la sociedad en general y la formación de los distintos agentes implicados en la promoción de la autonomía y en la prevención de la dependencia

Objetivo específico 5.1.: Promover acciones de sensibilización y difusión a la ciudadanía de los recursos para la promoción de la autonomía y prevención de la dependencia.

Acciones	Organismos responsables
<p>5.1.1. Acciones de información y sensibilización dirigidas al conjunto de la sociedad, a personas trabajadoras y al Tercer sector, sobre la importancia de la promoción de la autonomía personal, y la prevención de la dependencia, con especial incidencia en el medio rural y otras desigualdades.</p> <p>5.1.2. Acciones de información dirigidas a las personas con discapacidad, personas mayores y en situación de dependencia, así como a sus familias para fomentar la autonomía personal y la plena inclusión de las personas en situación de dependencia.</p> <p>5.1.3. Formación a personas mayores /con discapacidad en el uso de dispositivos móviles y aplicaciones dirigidas a los mismos.</p> <p>5.1.4. Acciones específicas de sensibilización e información para fomentar la implicación de los servicios de emergencia y seguridad.</p> <p>5.1.5. Propuesta a los Organismos competentes para la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmisión de una imagen normalizada y no discriminatoria de las personas con discapacidad o en situación de dependencia. • Inclusión de secciones en programas de los medios audiovisuales andaluzes sobre promoción de la autonomía y prevención de la dependencia. • Promoción de la información accesible y de calidad en los medios audiovisuales. 	<p style="text-align: center;">CIPS, CS y CEEC</p>

5.1.6. Actuaciones formativas destinadas a personas cuidadoras no profesionales.	
--	--

Objetivo específico 5.2. Promover la formación de todas las personas trabajadoras y agentes implicados con la finalidad de desarrollar las competencias necesarias

Acciones	Organismos responsables
<p>5.2.1. Estudio de necesidades formativas para profesionales de los Servicios Sociales y Sanitarios enmarcado en modelos de coordinación intersectorial, con participación sindical.</p> <p>5.2.2. Diseño, desarrollo y evaluación de los itinerarios de formación que garanticen el desarrollo de las competencias profesionales de acuerdo a las necesidades de formación identificadas.</p> <p>5.2.3. Evaluación del aprendizaje, la transferencia a la práctica diaria y el impacto de las acciones formativas en la promoción de la autonomía y prevención de la dependencia.</p> <p>5.2.4. Establecimiento de un sistema que favorezca compartir las buenas prácticas de formación identificadas en la evaluación del aprendizaje, la transferencia y el impacto.</p> <p>5.2.5. Acreditación de la calidad de las acciones formativas a través de las entidades certificadoras designadas por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales para este fin.</p> <p>5.2.6. Formación específica en igualdad de género a profesionales que trabajan en los servicios sociales y sanitarios.</p> <p>5.2.7. Formación al personal técnico del SAAD, y del resto de ámbitos profesionales, en materia de productos de apoyo o ayudas técnicas, tanto a quienes valoran las situaciones de dependencia como quienes elaboran las propuestas de PIA.</p> <p>5.2.8. Propuesta a los Organismos competentes de la inclusión en los planes de formación profesional, de grado, postgrado y formación continuada de las acciones formativas necesarias que garanticen el desarrollo de las competencias profesionales definidas.</p> <p>5.2.9. Elaboración de un catálogo general de buenas prácticas relacionadas con la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, ASSDA, Secretaría General de Salud Pública y Consumo, ACSA, EASP y SAS)</p>

<p>5.2.10. Formación en la detección de los principales factores de riesgo de dependencia en población mayor o/y población con discapacidad o enfermedades discapacitantes.</p> <p>5.2.11. Fomento de la formación cruzada entre los distintos ámbitos profesionales involucrados en la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía.</p> <p>5.2.12 Realizar acciones formativas a las personas que cuidan adaptadas a los certificados de profesionalidad para que sirva para la acreditación de su competencia profesional.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, ASSDA, Secretaría General de Salud Pública y Consumo, ACSA, EASP)</p>
--	--

6

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

Objetivo general: Promover la investigación y la incorporación de los conocimientos científicos y técnicos al conjunto de las actividades contempladas en el Plan.

Objetivo específico 6.1.: Desarrollar iniciativas de investigación sobre promoción de la autonomía personal y prevención de las situaciones de dependencia.

Acciones	Organismos responsables
<p>6.1.1. Incorporación de forma prioritaria de la investigación, la innovación y el emprendimiento en la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia en las políticas públicas y entidades privadas implicadas.</p> <p>6.1.2. Inclusión de la línea de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia en la Estrategia de investigación e innovación en servicios sociales.</p> <p>6.1.3. Difusión de los recursos disponibles para la investigación y las redes de investigación ya existentes en esta área.</p> <p>6.1.4. Difusión de los resultados de la investigación mediante instrumentos compartidos: webs, foros, revistas, encuentros.</p> <p>6.1.5. Promoción de iniciativas de "living lab²" en las que se ponga en contacto a personas investigadoras, desarrolladoras y grupos de personas al objeto de desarrollar productos TIC de carácter innovador que contribuyan a la mejora de la autonomía personal y/o a la prevención de la dependencia.</p> <p>6.1.6. Fomento de la investigación de carácter multidisciplinar e intersectorial en intervención primaria, secundaria y terciaria, así como en diseño de protocolos de atención y coordinación.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, Secretaría General de Salud Pública y Consumo)</p>

² "Laboratorios vivientes": Es un nuevo modelo donde todos los actores (Estado, Sector Productivo, Academia, Sociedad Civil organizada y ciudadanía como la razón de ser de los anteriores) participan activamente propiciando la Innovación (abierto y colaborativa) en la co-creación y validación de las soluciones que necesitan ellos mismos, en contextos de uso reales, utilizando las TICs como medio, conformando así un ecosistema de I+D, que posibilita de manera permanente la Innovación Social.

<p>6.1.7. Impulso de la participación en programas de carácter internacional que fomenten la investigación e implantación de las nuevas tecnologías en este ámbito.</p> <p>6.1.8. Impulso de la investigación sobre el valor del trabajo de cuidados no profesionales realizados en el ámbito doméstico y hospitalario.</p> <p>6.1.9. Fomento de investigaciones en colaboración con las empresas que desarrollen productos, contenidos y servicios de aplicación en los ámbitos de la prevención de la dependencia y mejora de la autonomía personal.</p> <p>6.1.10. Promoción de estudios e investigaciones dirigidas a analizar la relación de las desigualdades sociales y las situaciones de dependencia.</p>	<p>CIPS y CS (Secretaría General de Servicios Sociales, Secretaría General Salud Pública y Consumo)</p>
--	--

Objetivo específico 6.2.: Impulsar el desarrollo y la aplicación de productos, servicios y contenidos tecnológicos que favorezcan la autonomía personal y la prevención de la dependencia.

Acciones	Organismos responsables
<p>6.2.1. Impulso de los sistemas técnicos de asistencia accesibles basados en las TIC en los ámbitos de la teleasistencia, teleformación, atención domiciliaria y otras áreas de interés.</p> <p>6.2.2. Desarrollo de un portal web para todas las personas reconocidas en situación de dependencia en el que tengan acceso a sus datos administrativos en SAAD.</p>	<p>CIPS</p>

X.- DESARROLLO Y EVALUACIÓN DEL PLAN.

Evaluar los resultados de las políticas preventivas resulta una tarea compleja por su naturaleza transversal e intersectorial y por sus efectos, tanto en el tiempo, produciendo resultados a medio y largo plazo, como por la extensión de la población destinataria de sus medidas.

10.1.- Desarrollo operativo del Plan

Dado el carácter interdepartamental del presente Plan se establece la elaboración bienal de programas de trabajo que contengan la relación de actuaciones a desarrollar por cada uno de los organismos y centros directivos responsables, junto con los créditos asignados y los indicadores para la evaluación.

Estos programas de trabajo recogerán la distribución territorial de las acciones conforme a las necesidades y situación de cada provincia.

10.2.- Estructura de coordinación, seguimiento y evaluación del Plan: la Comisión Técnica Interadministrativa.

Para la evaluación del Plan se crea una **Comisión Técnica Interadministrativa (CTI)** encargada de realizar el seguimiento, la adecuada evaluación del impacto social y la coordinación del mismo, con el fin de reajustar y/o profundizar, en las políticas públicas de atención a las personas en las que pueda existir riesgo de sufrir la aparición o el agravamiento de una situación de dependencia, a las que va dirigido este Plan.

La finalidad a la que responde la estructura de seguimiento y evaluación del Plan está orientada a:

- La mejora de la **planificación** y la **gestión** del Plan
- La **medición de los resultados** y la estimación del **impacto** del Plan sobre la población destinataria del mismo, incidiendo especialmente en el impacto de género.
- El desarrollo de una **cultura institucional** orientada a la prevención de la dependencia y la mejora de la calidad de vida de las personas, siendo éstas el centro de todas las actuaciones y medidas.

La **CTI** garantizará el cumplimiento de los objetivos del Plan de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia con los siguientes cometidos:

- Observar el curso de las distintas actividades que integran el Plan, para determinar su coherencia con los objetivos en los que se enmarcan.

- Garantizar el cumplimiento del Plan en cada una de las estrategias en que éste se desarrolla.
- Estimar el logro de los objetivos generales establecidos, así como los objetivos específicos de cada línea general, partiendo tanto de las planificaciones temporales que se realicen, como del global de los resultados alcanzados.
- Realizar un seguimiento de la eficacia y eficiencia de los instrumentos y mecanismos de coordinación establecidos en el plan, realizando las correcciones oportunas.

10.3.- Composición.

La **Comisión Técnica Interadministrativa** estará compuesta por representantes de:

- Los centros directivos de las Consejerías y Agencias de la Junta de Andalucía que participan en su desarrollo, con nivel, al menos, de Jefatura de Servicio, así como de la Unidad de Igualdad de Género.
- La Administración Pública local, designadas por la Federación Andaluza de Municipios y Provincias.
- El movimiento asociativo integrado en el Comité de Entidades representantes de las personas con discapacidad en Andalucía (CERMI) y en el pleno del Consejo Andaluz de Personas Mayores.
- Las organizaciones sindicales y empresariales más representativas.

La CTI estará presidida por la persona titular de la Secretaría General de Servicios Sociales.

En la constitución de esta Comisión se deberá respetar la representación equilibrada de acuerdo con lo dispuesto en la ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía.

10.4.- Funciones.

Las funciones de la CTI se concretan en las siguientes líneas:

- Acordar sus propias normas de funcionamiento interno.
- La propuesta de la aprobación, a partir de la puesta en marcha del Plan, de los Programas de Trabajo bienales que se elaboren de forma sucesiva a lo largo del periodo de vigencia del mismo.
- La coordinación con las entidades responsables e implicadas en la puesta en marcha del Plan, y el desarrollo de esquemas de cooperación entre las y los agentes claves para el cumplimiento de los objetivos marcados.
- La supervisión del cumplimiento de las actuaciones previstas en los Programas de trabajo bienales y, en su caso, la propuesta de reorientación de las mismas.

- La propuesta de creación de grupos de trabajo que garanticen la correcta planificación y ejecución de las actividades del Plan.
- El diseño de herramientas de coordinación, seguimiento y evaluación de las actividades del Plan.
- Alcanzar el consenso entre las partes sobre los indicadores sobre los que realizar el seguimiento de las actuaciones del Plan.
- La información periódica sobre los resultados derivados de la ejecución, utilizando instrumentos y soportes documentales que permitan valorar en qué medida se han alcanzado los objetivos del Plan.
- La emisión de un informe de resultados bienal que incluirá el grado de cumplimiento de los objetivos para ese periodo y permitirá la incorporación de medidas correctoras si fuera necesario.

Este informe incluirá además una descripción del **sistema de seguimiento y evaluación** empleado, así como de las **herramientas** utilizadas para la recogida de la información. Este informe se elevará a las Consejerías intervinientes así como al **Consejo Andaluz de Atención a las Personas con Discapacidad**, al **Consejo Andaluz de Personas Mayores** y al **Consejo Consultivo de la ASSDA**.

10.5.- Metodología de Trabajo.

En la metodología de trabajo de la **CTI** se establecen los siguientes hitos:

Sesión de constitución de la Comisión técnica Interadministrativa. Tras la aprobación del Plan se constituirá la Comisión a instancias de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, a través de la Secretaría General de Servicios Sociales.

Una vez designadas las personas representantes de cada Consejería, centro directivo o entidad, se celebrará la sesión de constitución en la que se debe definir y acordar, entre otras:

- Las normas de funcionamiento de la Comisión.
- La delimitación de funciones y responsabilidades de las entidades participantes.
- Un calendario de trabajo.

Programas de trabajo bienales. Con ellos se persigue el cumplimiento de los objetivos del Plan de forma progresiva, en función de los resultados que se vayan obteniendo y de las necesidades que surjan. La CTI, en coherencia con los objetivos de cada Programa de trabajo bienal, articulará:

- La ejecución de las distintas acciones en el marco de cada objetivo.
- El diseño del sistema de seguimiento y evaluación, definiendo: qué se evalúa, cómo se evalúa, cuándo se recoge la información, cómo se aplicarán las medidas correctoras y quién se responsabiliza de todo el proceso.

Sesiones de trabajo de la CTI. La Comisión técnica deberá establecer, como mínimo, dos sesiones de trabajo al año, en torno al seguimiento del programa anual vigente y la programación del siguiente.

XI.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **LAPAD.** Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- 2.- **Millan-Calenti JC, Tubio J, Pita-Fernandez S, et al.** Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010; 50: 306–310.
- 3.- **WHO.** Disability, including prevention, management and rehabilitation. WHA58.23, Geneva, 25 May 2005.
- 4.- **WHO & World Bank.** World Report on Disability. Geneva & New York, June 2011.
- 5.- **WHO.** Disability. WHA66.9, Geneva, 2013.
- 6.- **Tortosa L, Gracia-Molina C, Page A, Ferreras A.** Ergonomía y discapacidad. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV). 2008.
- 7.- **WHO.** Global Disability Action Plan 2014-2020: Better health for all people with disabilities. Geneva: WHO; 2014.
- 8.- **United Nation General Assembly.** Convention on the rights of persons with disabilities. Resolution 61/106; UN, New York, 2006.
- 9.- **Instituto de Estadística y cartografía de Andalucía (IECA).** Discapacidad y Dependencia en Andalucía. (Con base en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de dependencia - EDAD 2008). SEVILLA. 2012.
- 10.- **Alonso F.** Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, soluciones y costes. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007.
- 11.- **Laloma, M.** Ayudas técnicas y discapacidad. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). 2005.
- 12.- **Asociación Española de Normalización y Certificación.** Norma UNE 170001. Accesibilidad universal. Parte 1: Criterios DALCO para facilitar la accesibilidad al entorno. Madrid: Asociación Española de Normalización y Certificación. 2007.
- 13.- **Schalock RL, Verdugo MA.** The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners. American Association on Mental Retardation. Washington DC. 2002
- 14.- **Rodríguez Rodríguez, Pilar.** La atención integral y centrada en la persona. Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía personal, nº 1. 2013
- 15.- **OMS.** CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). 2001.
- 16.- **Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Omán C, Beck JC.** Risk factors for functional status decline in community living people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999;48:445-69.
- 17.- **OMS.** Grupo Orgánico de Enfermedades No transmisibles y Salud Mental. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S2):74-105.
- 18.- **Kalache A, Kickbusch I.** A global strategy for healthy ageing. *World Health* 1997: 4-5.
- 19.- **J Bousquet, D Kuh, M Bewick, T Standberg, J Farrell, R Pengelly, et al.** Hot topic in geriatric medicine: Operative definition of active and healthy ageing (AHA): Meeting report. Montpellier October 20–21, 2014. *European Geriatric Medicine.* 2014; 5 (Issue 6): 406-415.
- 20.- **Fernández-Ballesteros R, Caprara MG, Iñiguez J, et al.** Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa “Vivir con vitalidad”. *Revista Española. Geriatria Gerontología.* 2005;40:92–102.
- 21.- **Pérez Salanova M.** Activando el envejecimiento activo. Madrid IMSERSO 2003, estudios I+D+I nº 18.
- 22.- Libro blanco del envejecimiento activo en España. IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. 2011.
- 23.- **Bonete E.** Ética de la dependencia. Bases morales, debates políticos e implicaciones médicas de la Ley de Dependencia. Ed Tecnos. DILEMATA. 2009; 1: 157-164.
- 24.- **Martínez M, Asensio I, López R, Pinzón S, Taboada ML, Alonso-Trujillo F, GRUPO PROYECTO ÉTICA ASSDA-EASP.** Metodología para la elaboración de un código ético en entidades de servicios sociales. Jornadas de Salud Pública – La salud pública ante el cambio social del S XXI. EASP. POSTER ID: 465. GRANADA 9-12 Diciembre 2014.
URL:http://www.redandaluzadesaludpublica.org/jornadas/comunicaciones/modules/request.php?module=oc_proceedings&action=view.php&id=465&a=Accept

- 25.- Libro blanco del envejecimiento activo en Andalucía (edición breve). Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Sevilla. 2011. URL: www.juntadeandlucia.es/igualdadybienestarsocial
URL: http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm
- 26.- **de Vries NM, et al.** Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2011; 11:136–149.
- 27.- **Fairhall N, Langron C, Sherrington C, Lord SR, Kurrle SE, Lockwood K, y col.** Treating frailty-a practical guide. *BMC Medicine* 2011, 9:83 <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/83>.
- 28.- **Gutenbrunner C, Negrini S, Kiekens C, Zampolini M. Nugraha B.** The Global Disability Action Plan 2014-2020 of the World Health Organization (WHO): a major step towards better health for all people with disabilities. *Chance and challenge for Physical and Rehabilitation Medicine (PRM).* *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015; 51: 1-4.
- 29.- **Rubio R, Rico MA.** Prevención del aislamiento social en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:51-7.
- 30.- **Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Omán C, Beck JC.** Risk factors for functional status decline in community living people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999;48:445-69.
- 31.- **Martin Lesende I.** Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor. *AMF* 2013;9(9)508-514.
- 32.- **Arnau A, Espauella J, Serrarols M, Canudas J, Formiga F, Ferrer M.** Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes. *Gac Sanit.* 2012.
- 33.- **Herrera E, Muñoz I, Martin V, Cid M.** Experiencias Españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Gac. Sanit.* 2011;25(S):147-157.
- 34.- **De Almeida Mello J, Van Durme T, Macq J, Declercq A.** Interventions to delay institutionalization of frail older persons: design of a longitudinal study in the home care setting. *BMC Public Health.* 2012;12(1):615.
- 35.- **Gomez Pavón J, Martin Lesende I, Baztan Cortes JJ, et al.** Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42 Suppl 2:15–56.
- 36.- **Heikkien E.** What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). 2003.
- 37.- **Márquez-Calderón S, R Villegas-Portero, V Gosalbes Soler, F Martínez-Pecino.** Informe SESPAS 2014. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. MADRID. 2014.
- 38.- **Putnam RD.** The prosperous community: social capital and public life in the American Prospect. *Ed ciudad.* 1993 4:13,
- 39.- **Shepherd G, Boardman J, Slade M.** Making Recovery a Reality. Sainsbury Centre for Mental Health, LONDRES. 2008. URL: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Hacer_Recuperacion_Realidad.pdf
- 40.- **Cueto, B., Malo, M.A. y Rodríguez, V.** La brecha de participación laboral de las personas con discapacidad en España. Un análisis con la EDAD-2008. *Cuadernos del Mercado de Trabajo,* 2012; 8, 20-27.
- 41.- **Shepherd, G.** Specification for a comprehensive 'Rehabilitation and Recovery' service in Herefordshire. Hereford PCT Mental Health Services. 2007. URL: www.herefordshire.nhs.uk
- 42.- **LAPAD.** Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- 43.- **INE.** Proyección de la Población de España 2014–2064. Octubre 2014. Padrón municipal de 1 de enero de 2014.
- 44.- **Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.** Bases demográficas: estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia [cap. 1]. En: Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid; 2005. p. 19-92.
- 45.- **Rodríguez L, Solano JJ.** Bases de la atención sanitaria al anciano. Madrid: SEMEG; 2001.
- 46.- **Herranz P, Guerrero FM, Segovia MM.** Un acercamiento al coste de la dependencia en España. Universidad Pablo de Olavide. SEVILLA.
- 47.- **Rodríguez G, Monserat-Codorniú J.** Modelos de Atención Sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. IMSERSO. MADRID. 2002.
- 48.- **Montserrat Codorniú J.** El coste de la dependencia. Julia Monserrat. *Rev Mult. Gerontología.* 2003, 13 (3); 194-200.
- 49.- **SESPAS.** El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla. Comunicado de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. 2014. (Consultado el 02-

- 03-2015) URL:
http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/V09_Crisis_economica_y_salud_SESPAS%20_3_X.pdf
- 50.- **López MI.** Coordinación sociosanitaria desde la atención social primaria/unidad de trabajo social del sistema de servicios sociales. Revista de Servicios Sociales y Política Social. Consejo General del Trabajo Social. Madrid. 2014. 31;105.
- 51.- **Gómez J, Martín I, Baztán JJ, Regato P, Formiga F, Segura A, Abizanda P, de Pedro J. et al.** Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42 (Supl 2):15-56.
- 52.- **Antares Consulting.** Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España: Informe de posicionamiento. Barcelona. 2010. URL: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/302f724bb3aee932dab3310f0ec83eeb69157758.pdf>
- 53.- Libro blanco de la dependencia de Cataluña. 2004
- 54.- European Social Network (ESN). Contemporary issues in the public management of social services in Europe. UK. 2014. URL: <http://www.esn-eu.org/raw.php?page=files&id=1132>
- 55.- Naciones Unidas (UN). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Asamblea General de Naciones Unidas. New York. 13 de diciembre de 2006. URL: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
- 56.- Acuerdo de 16 de enero de 2013 del Consejo Territorial sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.
- 57.- **Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA).** Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía” (DDA). 2012.
- 58.- **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). 2008.
- 59.- **EDDES.** Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud. 1999.
- 60.- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Leisure, Retrieved July, 12, 2010, URL: <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition>
- 61.- Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2014. IMSERSO.
- 62.- **Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA).** Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía” (DDA). 2012.
- 63.- Libro Blanco de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid; 2005.
- 64.- **Fernández-Cordón A.** El futuro de la población andaluza. Andalucía 2020 Escenarios previsibles. Centro de Estudios Andaluces. Consejería de Presidencia. SEVILLA. 2008.
- 65.- **INE.** Proyección de la Población de España 2014–2064.
- 66.- **Fundación FOESSA.** Informe sobre exclusión y desarrollo social en Andalucía. 2014.
- 67.- **Cerani L, Verme P.** The origins of the Gini Index: extracts from Variabilità e Mutabilità (1912) by Corrado Gini. Journal of Economic Inequality. 2012. 3: 421-443. URL: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10888-011-9188-x>
- 68.- **EUROSTAT.** 2013. URL: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main_Page
- 69.- **Servicio Andaluz de Salud (SAS).** Planes Integrales [Internet]. 2014. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_planes_p_lnteg
- 70.- **Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.** Procesos Asistenciales Integrados (PAI) [Internet]. 2014. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_a_sistenciales_integrados/listado_procesos?perfil=org
- 71.- Proyecto de Ley (Texto aprobado Consejo de Ministros para remisión a las Cortes Generales) http://servicios.mpr.es/seacyp/search_def_asp.aspx?crypt=xh%8A%8Aw%98%85d%A2%B0%8DNs%90%8C%8An%87%A2%7F%8B%99to%81om%A3%94
- 72.- **Gálvez, Lina y cols (2013).** El trabajo de cuidado de mujeres y hombres en Andalucía. Medición y valoración. IAM

XII.- ANEXO. Acrónimos

- **ABVD.** Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- **ACSA.** Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía
- **AFA.** Asociación de Fundaciones Andaluza.
- **AGS.** Área de Gestión Sanitaria.
- **AIVD.** Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- **ASSDA.** Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- **AVD.** Actividades de la Vida Diaria
- **BDU.** Base de Datos Unificados.
- **CEICE.** Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo.
- **CERMI.** Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad.
- **CI.** Cociente Intelectual.
- **CIF.** Clasificación Internacional Funcionamiento.
- **CIPS.** Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.
- **CISPS.** Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- **CPA.** Centros de Participación Activa para Personas Mayores
- **CTI.** Comisión Técnica Interadministrativa.
- **CTSM.** Comunidad Terapéutica de Salud Mental
- **CS.** Consejería de Salud
- **CVO.** Centros de Valoración y Orientación.
- **DAP.** Distrito de Atención Primaria
- **DDA.** Estudio Discapacidad y Dependencia en Andalucía.
- **DG.** Dirección General
- **DT.** Delegación Territorial.
- **EAPN-A.** Red Andaluza de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social
- **EASP.** Escuela Andaluza de Salud Pública.
- **EDAD.** Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia.
- **EDDES.** Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud.
- **EPA.** Encuesta de Población Activa.
- **EVO.** Equipos de Valoración y Orientación.
- **FAISEM.** Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental.
- **FAMP.** Federación Andaluza de Municipios y Provincias.
- **FEAFES.** Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental
- **FOESSA.** Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada.
- **FPO.** Formación Profesional Ocupacional.
- **G.** Grado de Dependencia
- **GAF.** Global Assessment of Functioning
- **HDSM.** Hospital de Día de Salud Mental.
- **IAM.** Instituto Andaluz de la Mujer.
- **IECA.** Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.
- **IMSERSO.** Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- **INE.** Instituto Nacional de Estadística.
- **IPREM.** Indicador Público de Renta de efectos Múltiples.
- **LAPAD.** Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- **LARES.** Federación de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores del Sector Solidario.

- **OMS / WHO.** Organización Mundial de la Salud.
- **ONCE.** Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- **PAFAE.** Plan para la promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada.
- **PAV.** Plataforma Andaluza del Voluntariado
- **PEAP.** Prestación Económica Asistencia Personal.
- **PECEF.** Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar
- **PEVS.** Prestación Económica Vinculada al Servicio.
- **PIA.** Plan Individual de Atención.
- **PIAR.** Plan Individual de Atención Residencial.
- **PIT.** Plan Individual de Tratamiento.
- **PNC.** Pensión No Contributiva.
- **PRL.** Prevención de Riesgos Laborales.
- **SAAD.** Sistema de Información de Autonomía y Atención a la Dependencia.
- **SAD.** Servicio de Ayuda a Domicilio.
- **SANCYD.** Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética.
- **SAR.** Servicio de Atención Residencial.
- **SAS.** Servicio Andaluz de Salud.
- **SAT.** Servicio Andaluz de Teleasistencia.
- **SATP.** Subsidio de ayuda de tercera persona.
- **SESPAS.** Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- **SG.** Secretaría General.
- **SGIM.** Subsidio de garantía de ingresos mínimos.
- **SISAAD.** Sistema de Información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.
- **SM.** Salud Mental
- **SMGT.** Subsidio de movilidad y gastos de transportes.
- **SSSSCC.** Servicios Sociales Comunitarios.
- **SSPA.** Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía.
- **TICS.** Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- **TJ65.** Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco.
- **TMG.** Trastorno Mental Grave.
- **UED.** Unidad de Estancia Diurna.
- **UGC.** Unidad de Gestión Clínica.
- **UHSM.** Unidad de Hospitalización de Salud Mental.
- **UN.** Naciones Unidas.
- **URSM.** Unidad de Rehabilitación de Salud Mental.
- **USMC.** Unidad de Salud Mental Comunitaria.
- **USMI-J.** Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- **UTS.** Unidades de Trabajo Social.
- **ZTS.** Zonas de Trabajo Social.

AGRADECIMIENTOS

A las personas que han participado tanto en la coordinación de la elaboración del Plan como en los grupos de trabajo y en la fase final de redacción:

- **Almuedo Paz, Antonio Manuel.** Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- **Alonso Trujillo, Federico.** Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- **Álvarez Pérez, Rosa.** Federación AUTISMO Andalucía.
- **Arias Serna, Cristina.** Consejo Territorial de la ONCE.
- **Ávila López, Ana.** FAMP, Ayuntamiento de Loja.
- **Barrios Regordán, Dolores.** AGS Sevilla Sur.
- **Bravo Martín, Teresa Sonia.** ASSDA.
- **Cabeza Heredia, Elías.** DT de ISPS. Jaén
- **Camacho Laraña, Manuela.** Diputación de Sevilla.
- **Carballo, Daniel.** Dirección General de Relaciones Laborales y Seguridad y Salud Laboral.
- **Carrizosa Muñoz, Carmen.** DG Personas Mayores y Pensiones CIPS.
- **Casares Ordóñez, Reyes.** FAMP, Ayuntamiento de Sevilla.
- **Castellano Zurera, María del Mar.** Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- **Castro Pérez, José Antonio.** Agencia Andaluza del Voluntariado.
- **Castroviejo Rodríguez, Manuel.** Consejo Andaluz de Mayores de CCOO.
- **Cataño García, Eva.** Fundación Pública Andaluza de Centros de Estudios Andaluces.
- **Chico López, Alejandro.** AGS Jaén Norte.
- **Cobo Alcántara, Marifé.** FAMP, Diputación de Jaén.
- **Cobo Molina, Catalina.** DG de Personas con discapacidad.
- **Contreras, Julia.** CPA Fuensanta-Cañero.
- **Corrales Blanco, Carmen.** ASSDA.
- **de la Rosa Porras, Inmaculada.** Agencia Andaluza del Voluntariado.
- **de los Ríos Porras, M^a José.** FAMP, Diputación de Almería.
- **del Moral Arboleda, Antonio.** Consejo Andaluz de Mayores por la UGT.
- **Díaz Jiménez, Rosa M^a.** Universidad Pablo de Olavide.
- **Díaz Ricardo, María Patrocinio.** ASSDA.
- **Díaz Solís, Pedro.** CPA de Lora del Río.
- **Durán Torres, Martín.** Consejo Andaluz de Mayores.
- **Espinosa Almendro, Juan Manuel.** SG de Salud Pública y Consumo.
- **Fernández Domenech, María.** FAISEM.
- **Fernández Portes, Luis.** FAISEM.
- **Fernández Ruíz, Isabel.** EASP.
- **Ferreiro Casillas, Jesús J.** Secretario General de la DT de Sevilla de ISPS.
- **García Borja, José Miguel.** Instituto Andaluz de la Mujer.
- **García Martín, David.** DG Personas Mayores y Pensiones.
- **García Reyes, Encarnación.** DT de Granada de la CISPS.
- **García Rodríguez, Alfredo.** ASSDA.
- **García Rodríguez, María Isabel.** Instituto de Estudios Sociales Avanzados del CSIC.
- **Godoy Lorite, Ildefonso.** AGS Granada Nordeste.
- **Gómez Castro, Elia.** ASSDA.
- **Gómez Gutiérrez, Diego.** FAMP, Diputación de Córdoba.
- **Gómez Valero, Ascensión.** Asociación Alzheimer San Rafael de Córdoba.

- **González Mateos, Francisco Javier.** DT de Sevilla de ISPS.
- **Gualda García, Rosi.** Hospital Virgen de las Nieves. SAS.
- **Hernández Hernández, Sonia.** ASSDA.
- **Hidalgo, Juan Carlos.** Director CPA.
- **Iglesias Ruíz, M^a Jesús.** Hospital Virgen Macarena.
- **Jaramillo Morilla, M^a Ángeles.** DG de Personas con discapacidad.
- **Jiménez Galán, Josefa.** FAMP, Ayuntamiento de Huelva.
- **Jiménez González, Soledad.** DG de Personas con discapacidad.
- **Jiménez Lirola, Alberto.** Instituto Andaluz de la Juventud.
- **Jimenez Nieto, Antonio.** DSAP Bahía de Cádiz.
- **Jiménez Ojeda, Belén.** Fundación Progreso y Salud.
- **Lama Herrera, Carmen María.** SG de Salud Pública y Consumo.
- **Leiva, Antonio.** CPA "Mora Claros".
- **López Álvarez, Marcelino.** FAISEM.
- **López Fernández, Jesús M.** DT de Huelva de ISPS.
- **López Narbona, Javier.** SG de Investigación, Desarrollo e Innovación en salud
- **López Pardo, Andrés M^a.** FAISEM.
- **Luque Muñoz, Rafael.** LARES.
- **Madrid, Antonio.** CPA "La Algaba".
- **Maldonado Bellido, Nuria.** ASSDA.
- **Maqueda Ruiz, Auxiliadora.** ASSDA.
- **Mariscal Durán, María Cruz.** Consejo Andaluz de Mayores.
- **Márquez Peinado, Isabel.** ASPACE.
- **Martín Rubino, Carmen.** CPA San Agustín de Granada.
- **Martín Santos, Francisco Román.** ASSDA.
- **Martín Tuñón, Francisco J.** DT de Córdoba de ISPS.
- **Martínez Amat, Francisco.** FAMP, Diputación de Almería.
- **Martínez Casale, Alejandro.** DG Personas Mayores y Pensiones.
- **Martínez Sola, Pedro.** CPA de Motril.
- **Mauro Arrabal, Silvia.** DT de Cádiz de ISPS.
- **Mendoza, Maite.** CPA de Coria del Río.
- **Millán Carrasco, Almudena.** EASP.
- **Modesto López, Esmeralda.** CPA "La Caleta" de Cádiz.
- **Molina Perales, Antonio.** Federación DOWN Andalucía.
- **Montañez Zurita, M^a Carmen.** DT de Málaga de ISPS.
- **Montenegro Olivera, Jorge.** ASSDA.
- **Montero López, Olga.** ASSDA.
- **Motero Vázquez, Isabel.** FEDER.
- **Muñoz Sánchez, Rocío.** CONFEEFA.
- **Navarro Ibáñez, Carmen.** DG Personas Mayores y Pensiones.
- **Navarro Solano, María del Carmen.** Universidad Pablo de Olavide.
- **Núñez Neguillo, Francisco José.** ASSDA.
- **Olid González, Evangelina.** Universidad Sevilla.
- **Otero Gómez, Lourdes.** Consejo Andaluz de Mayores.
- **Palacio Molins, Rocío.** CPA de Lepe.
- **Palacios Cano, Reyes.** CPA El Perchel de Málaga.
- **Peinado Álvarez, Encarnación.** DG Personas con Discapacidad.
- **Pérez de Algaba Lobera, Juan Ignacio.** Consejería de Fomento y Vivienda.
- **Pérez Pérez, M Luisa.** Consejo Audiovisual de Andalucía.

- **Pinzón Pulido, Sandra.** EASP.
- **Plaza Pérez, José Manuel.** CPA "Juan Ramón Jiménez".
- **Polo Espinosa, Concepción.** FAMP, Ayuntamiento de Córdoba.
- **Prieto Llamas, Inmaculada.** CPA "Ciudad Jardín" de Sevilla.
- **Pulido Jiménez, Javier.** Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales.
- **Raigón Espejo, Agustín.** FAMP, Diputación de Córdoba.
- **Raigón, Agustín.** FAMP, Diputación de Córdoba.
- **Raposo Triano, M^a Fernanda.** DG de Personas Mayores, Infancia y Familia de la CISPS
- **Rebollo, Eloisa.** Directora CPA.
- **Redondo Vázquez, María Teresa.** FAMP, Diputación de Huelva.
- **Revilla Delgado, Chelo.** DAP Huelva Costa.
- **Rivillas Jurado, Dolores.** Consejo Andaluz de Mayores.
- **Rodríguez García, M^a Jesús.** Universidad Pablo de Olavide.
- **Rodríguez Gómez, Susana.** Servicio Andaluz de Salud.
- **Rodríguez Roldan, Marta.** ASSDA.
- **Rojo Romero, Susana.** Federación Andaluza de Familias de Personas Sordas.
- **Roldán Domínguez, M^a Robledo.** CPA Ciudad Jardín.
- **Romero Caro, José María.** FAMP, Ayuntamiento de Córdoba.
- **Romero Luna, Lucía.** ASSDA.
- **Rubio, Araceli.** Unidad de Igualdad de Género. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.
- **Ruíz Cernada, Cinta.** FEAPS.
- **Sagrístá Andrés, Juan.** FAMP, Diputación de Cádiz.
- **Sagués Amado, Antonio.** SG de Salud Pública y Consumo.
- **Salas Isabeta, María.** DT de Sevilla de ISPS.
- **Salido Urbano, Francisca.** AGS Córdoba Sur.
- **Samaniego Berguillos, Carlos.** CPA Córdoba III.
- **Santana Moreno, Isabel.** FAMP, Diputación de Huelva.
- **Sanz Amores, Reyes.** SG de Investigación, Desarrollo e Innovación en salud
- **Sarabia García, Ruth.** FAMP, Ayuntamiento de Málaga.
- **Segura Velasco, Isabel.** DG de Personas con discapacidad.
- **Seisdedos Alonso, Carmen.** SG de Innovación y Sociedad de la Información de la CEICE.
- **Sepúlveda Cabrillana, María del Mar.** Hospital Regional de Málaga.
- **Suárez Canal, Roberto.** CONFEEFA.
- **Suárez Sánchez, Esther.** DSAP Poniente de Almería.
- **Valenzuela Muñoz, María.** CPA Santa Cruz del Comercio.
- **Vázquez Uceda, Manuel.** Consejería de Educación.
- **Velasco Rivas, Alejandro.** ASSDA.
- **Vélez Mateo, Carmen.** CERMI.
- **Vélez Mateo, Cristina.** ASSDA.
- **Vizquete Rebollo, Elisa.** Servicio Andaluz de Salud.



Un proyecto compartido en el horizonte del 2020