



Servicios socioculturales y a la comunidad

Módulo profesional (Nivel 2 ECP)

Grado D

CFGM Atención a personas en
situación de dependencia

Grado C

CP Atención sociosanitaria a personas en situación
de dependencia en instituciones sociales

CP Atención sociosanitaria a personas en el domicilio

Atención sanitaria

ANEXO PARA ANDALUCÍA

ALTAMAR



Anexo para Andalucía



**1. El servicio
andaluz de salud**

**2. I Estrategia Andaluza
para la Coordinación
Sociosanitaria
2024-2027**



Anexo para Andalucía

**4. Los cuidados paliativos
en Andalucía**

**3. Solicitud de la
dependencia**



1. El servicio andaluz de salud

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) fue creado en 1986 mediante la Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud. Está adscrito a la Consejería de Salud y Familias y desarrolla las funciones que le están atribuidas bajo la supervisión y control de la misma.

Su misión es prestar atención sanitaria a las ciudadanas y ciudadanos andaluces, ofreciendo servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de los usuarios, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos.

El marco normativo de referencia del SAS lo componen:

- La **Ley 2/1998 de Salud de Andalucía**, entre los objetos del cual está la ordenación general de las actividades sanitarias de las entidades públicas y privadas en Andalucía.
- La **Ley 6/1999, de 7 de julio**, de Atención y Protección a las Personas Mayores
- La **Resolución de 11 de diciembre de 2006**, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba la Carta de Servicios del Servicio Andaluz de Salud.
- La **Ley 16/2011, de 23 de diciembre**, de Salud Pública de Andalucía.
- La **Ley 4/2017, de 25 de septiembre**, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía
- El **Decreto 198/2024, de 3 de septiembre**, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo.
- El **Decreto-ley 3/2024, de 6 de febrero**, por el que se adoptan medidas de simplificación y racionalización administrativa para la mejora de las relaciones de los ciudadanos con la Administración de la Junta de Andalucía y el impulso de la actividad económica en Andalucía.

El Servicio Andaluz de Salud en el ejercicio de sus funciones está sujeto a las directrices y criterios generales de la política de salud en Andalucía y, en particular, las siguientes:

1. La gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
2. La administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional.
3. La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

El Servicio Andaluz de Salud dispone de una red de servicios asistenciales integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población y la equidad en la distribución de recursos. En su Carta de Servicios se describen con carácter genérico, aquellos servicios asistenciales que recibe directamente la ciudadanía.



2. I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027

Por Acuerdo de 30 de abril de 2024, se aprueba la I **Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria (EACS) 2024-2027**, con la finalidad de adecuar la cartera y catálogo de servicios, tanto del sistema sanitario como del sistema de servicios sociales, a las necesidades de las personas que presentan simultáneamente necesidades de apoyo y cuidado, es decir, ofrecer una atención integral centrada en las personas que requieren, a la vez, atención sanitaria y cuidados y apoyo de los servicios sociales.

Con todo este diseño, la I EACS persigue asegurar la prestación de los servicios sanitarios con el objetivo de evitar, paliar o retrasar la aparición de la situación de dependencia y promover la permanencia de las personas en su entorno social habitual, de forma que se les provea de atención en el domicilio y se garantice que dicha atención contribuya a mejorar su calidad de vida.

2.1. Estructura de la I EACS

Esta finalidad se especifica en ocho objetivos **específicos (OE)**:

- **OE 1.** Garantizar la continuidad de los cuidados y la mejora de la calidad de la atención.
- **OE 2.** Garantizar un uso más racional de los recursos disponibles, evitando traslados, ingresos y estancias innecesarias y poco adecuadas a las características actuales de los hospitales.
- **OE 3.** Reforzar la atención preventiva que evite la aparición o el empeoramiento de situaciones de dependencia.
- **OE 4.** Mejorar la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales, sanitarios y sociales, asignando el recurso que mejor responda a las necesidades de la persona.

- **OE 5.** Actuar como mecanismo de prevención ante reingresos.
- **OE 6.** Detectar de forma precoz la dependencia, de forma coordinada.
- **OE 7.** Mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias y la convivencia familiar.
- **OE 8.** Reducir la posible brecha de género existente en la intervención sociosanitaria de forma transversal.

Para alcanzar los objetivos estratégicos (OE), se establecen una **líneas estratégicas (LE)**.

- **LE 1.** Implantar una estructura organizativa de coordinación sociosanitaria y un modelo de gobernanza.
- **LE 2.** Establecer una definición ajustada del perfil de la persona con necesidades de atención sociosanitaria.
- **LE 3.** Definir el contenido de la cartera y catálogo de servicios y las intervenciones sociosanitarias.
- **LE 4.** Definir la actuación de los servicios sociales y sanitarios en las unidades y centros de cuidados intermedios.
- **LE 5.** Integrar de manera operativa los sistemas de información de la atención sociosanitaria, desagregados por sexo.
- **LE 6.** Elaborar el marco normativo y de financiación del modelo de la atención sociosanitaria

Para cada línea estratégica, se concretan unas **Acciones (Acc)**. Por ejemplo en la LE1, se diseñan las actuaciones para hacer efectiva esta coordinación entre ambos sistemas.

Asimismo, se da una gran importancia al ámbito local, a través de los equipos intersectoriales que han de crearse, con intervención directa sobre la persona y familias, constituyendo así el nivel operativo.

En la tabla se enuncian estas acciones.

LE 1. Implantar una estructura organizativa de coordinación sociosanitaria y un modelo de gobernanza	
Acc. 1.1.	Definición de la hoja de ruta del desarrollo de la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria, que implique generar los procesos de participación necesarios.
Acc. 1.2.	Incorporar a las Entidades Locales, al movimiento asociativo y otros grupos de interés (tercer sector, entidades privadas, organizaciones sindicales y empresariales...) en el proceso de desarrollo de la I EACS.
Acc. 1.3.	Confluencia de mapas sanitarios y de servicios sociales.
Acc. 1.4.	Constitución y coordinación de los equipos locales intersectoriales.
Acc. 1.5.	Reactivación del grupo de trabajo autonómico, intersectorial, que promueva la adecuada atención social y sanitaria a las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental.

2.2. Razones que han llevado al desarrollo de la EAC

Hay un número amplio de razones que justifican el desarrollo de una Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria:

- Aumento de los costes de la atención médica y social per cápita.
- Envejecimiento acelerado de la población, impulsado por la mayor esperanza de vida.
- Aumento de las enfermedades crónicas.
- Cambios de modelo de la unidad familiar, que suponen una mayor dificultad para contar con los tradicionales sistemas de cuidado informal.
- Demandas crecientes de las personas.
- Gasto ineficiente en la atención sanitaria de estas personas:
- Iniciativas legislativas excesivas y poco desarrolladas, especialmente en la concreción de coordinación entre servicios sociales y sanitarios.
- Falta de conexión entre sistemas de información, entre el sistema sanitario y el de servicios sociales.
- Falta de recursos específicos para personas menores de edad con problemas de salud mental
- Necesidad de accesibilidad universal.
- Necesidad de coordinación de los enfoques entre el sistema sanitario y social.

Especialmente, el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas asociadas, requieren de una respuesta integral, sin embargo, la respuesta genérica que hasta el momento ofrecen los sistemas públicos sanitarios y sociales no siempre se adapta a las particularidades y las necesidades de estas personas. (Doc. 1.)



Documento 1.

La soledad en personas mayores

El estudio sobre soledad no deseada en personas de 55 y más años en Andalucía, elaborado por la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, nos dice que un 47% de la población de 55 y más años residente en Andalucía se encuentra en situación de soledad no deseada: un 40% a nivel moderado y un 7% a nivel severo. Se trata de 1.329.872 mujeres y de 1.120.431 hombres.

- La soledad aumenta significativamente el riesgo de morir de manera prematura, un riesgo que podría ser comparable al tabaquismo, la obesidad y la inactividad física.
- El aislamiento social se asocia a un aumento importante del riesgo de demencia.
- Las relaciones sociales escasas, caracterizadas por el aislamiento social o la soledad, se asocian a un aumento del riesgo de enfermedad cardíaca y de ictus. La soledad en las personas con insuficiencia cardíaca se asocia a un riesgo de muerte casi 4 veces mayor.
- La soledad se asocia a mayores tasas de depresión, ansiedad y suicidio.

Es importante resaltar que la discapacidad en todas sus versiones, las limitaciones, los problemas de movilidad, los problemas auditivos y de la visión, de la capacidad de entendimiento, y los problemas de salud mental generan una crisis de la autonomía personal que condiciona un incremento del sentimiento de soledad de las personas que lo sufren.

3. Solicitud de la dependencia

Con la publicación del Decreto Ley 3/2024, de 6 de febrero, de simplificación y racionalización administrativa, conocido como Plan Andalucía Simplifica, entre otras muchas medidas, modifica el procedimiento de tramitación de la dependencia para que sea más rápida, ágil y sencilla.

Esta simplificación se define en tres pasos:

- Una Solicitud.
- Una Visita.
- Una Resolución.

Una solicitud. El primer paso del trámite consiste en rellenar la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, para lo cual se siguen estos pasos:

- **Ajuntar el informe de las condiciones de salud** en modelo normalizado, suscrito por profesional del Sistema Sanitario Público de Andalucía o del sistema de protección sanitaria que corresponda. Se puede presentar en nombre de otra persona, adjuntando la documentación acreditativa de la representación.
- **Presentar la solicitud**, preferentemente por medios electrónicos a través de la Ventanilla Electrónica de la Dependencia, porque es lo más cómodo. Sin embargo, también puede presentarse de manera presencial en el centro de servicios sociales y en los demás registros que contempla la Ley.

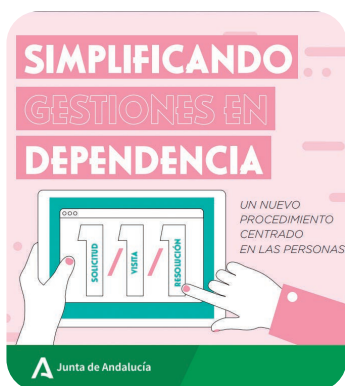
Una única visita domiciliaria. Una vez admitida la solicitud, se comunicará por teléfono el día y la hora en la que los servicios sociales acudirán al domicilio o lugar de residencia. El personal de atención a la dependencia te realizará una única visita donde:

- Obtendrá toda la información necesaria para la valoración del grado de dependencia.
- Informará sobre el catálogo de prestaciones a las que la persona puede acceder
- Consultará la opinión de la persona y familia de cara a la realización del PIA (Programa Individual de Atención) donde se establece la modalidad de atención más adecuada acorde a las circunstancias.

Una única resolución. Tras el análisis de la visita, se dicta una resolución en la que se expone:

- El reconocimiento de la situación de dependencia.
- Las prestaciones a las que la persona puede acceder. El acceso a cada servicio o prestación será de acuerdo a los siguientes criterios:
 - 1º. Mayor grado de dependencia.
 - 2º. Menor capacidad económica.
 - 3º. Anterior fecha de solicitud.

La resolución se notificará de forma electrónica o en papel, según el medio elegido.



4. Los cuidados paliativos en Andalucía

Al objeto de asegurar de manera efectiva la plena dignidad en el proceso de la muerte y la prestación de una atención integral de calidad que preserve, en la medida de lo posible, el bienestar de la persona y su dignidad en este trance. A tal efecto, es necesaria una normativa y unos programas que garanticen que este proceso se efectúe de la manera más digna posible. (Doc. 2)

El **Plan Andaluz de Cuidados Paliativos**, es un instrumento que nace con el objetivo de proporcionar una atención integral que dé una respuesta adecuada a las necesidades de diversa índole: físicas, emocionales, sociales y espirituales... que presentan las personas que se hallan en una situación terminal y sus familiares, procurándoles el máximo grado de bienestar y calidad de vida posibles.

Este Plan, actualmente, se encuentra en proceso de evaluación y actualización de sus contenidos.

Un instrumento para facilitar la existencia y actuaciones de estos servicios, es la **Guía de información sobre Cuidados Paliativos**. Esta Guía forma parte de un proyecto de la Consejería de Salud que pretende facilitar información útil y sencilla sobre algunos problemas de salud frecuentes.

Se basa en los contenidos del Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos, que define la atención correcta en el Sistema Sanitario Público de Andalucía para los cuidados paliativos. La Guía está organizada en estos capítulos:

1. Definición de Cuidados Paliativos.
2. Los Cuidados Paliativos como derecho.
3. Cuidados Paliativos: valoración y plan de actuación.
4. Organización de los Cuidados Paliativos.)
5. Otros recursos.



Documento 2.

Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte

La Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona durante el proceso de su muerte, los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso. Así, se plantea con estos fines:

- Proteger la dignidad de la persona en el proceso de su muerte.
- Asegurar la autonomía de los pacientes y el respeto a su voluntad en el proceso de la muerte, incluyendo la manifestada de forma anticipada mediante el testamento vital.

Entre los conceptos que recoge la Ley destacamos estos:

- **Consentimiento informado:** Es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- **Declaración de voluntad vital anticipada.** Es la manifestación escrita, hecha para ser incorporada al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas, por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la atención sanitaria que reciba en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad.

La **Red Andaluza de Cuidados Paliativos (RedPAL)** es un espacio de comunicación, intercambio y conexión entre personas relacionadas, de una u otra manera, con los Cuidados Paliativos en la comunidad autónoma andaluza.

Integra, fundamentalmente, a profesionales del sistema sanitario público, pero también a pacientes, familias, asociaciones y voluntariado. Esta Red nace con la finalidad de contribuir a la mejora de la atención que se presta en Cuidados Paliativos en Andalucía, apostando por el intercambio de experiencias y conocimientos, por la comunicación, por la visibilización del trabajo en cuidados paliativos, con calidad y calidez, con ilusión, con ganas y con rigor.



ALTAMAR
www.altamar.es