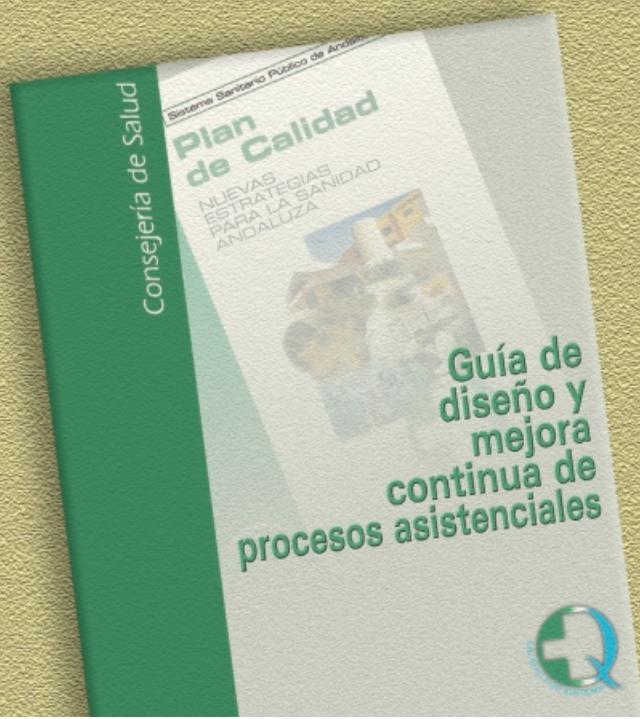


Consejería de Salud

PROCESO  
PROCESO  
ASISTENCIAL  
ASISTENCIAL  
INTEGRADO  
INTEGRADO

# DEMENCIA



JUNTA DE ANDALUCIA



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO  
PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

DEMENCIA



DEMENCIA : proceso asistencial integrado.  
— [Sevilla] : Consejería de Salud, [2002]  
156 p. ; 24 cm  
ISBN 84-8486-055-8  
1. Demencia 2. Calidad de la atención de  
salud 3. Andalucía I. Consejería de  
Salud  
WT 150

**Proceso Demencia**

**Edita:** Consejería de Salud

**Depósito Legal:** SE-1.958/2002

**ISBN:** 84-8486-055-8

**Maquetación e Impresión:** TECHNOGRAPHIC, S.L..

# PRESENTACIÓN

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos –incluidos en el Mapa que se ha definido– y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que han realizado la organización sanitaria pública de Andalucía y, en especial, los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera  
Director General de Organización de Procesos y Formación





## **EQUIPO DE TRABAJO**

Santiago Cousido Martínez-Conde (Coordinador);  
Cristóbal Carnero Pardo; Raúl Fernández Villamor;  
Eulogio Gil Néciga; M<sup>a</sup> Jesús Gómez Salado; Vicente  
Luis González Andrés ; Antonio Gutiérrez Nieto; Pilar  
Prieto Palomo; Pilar Regato Pajares; Isabel Toral  
López

M<sup>a</sup> José Rodríguez Castañeda y M<sup>a</sup> Eugenia Bautista  
Torres (colaboraciones en aspectos específicos)



# Índice

---

<b>1. INTRODUCCION.....</b>	<b>11</b>
<b>2. DEFINICIÓN GLOBAL .....</b>	<b>13</b>
<b>3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
- Destinatarios y expectativas.....	15
- Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad.....	20
<b>4. COMPONENTES .....</b>	<b>25</b>
Componentes del proceso (descripción general).....	25
Representación gráfica de la arquitectura del proceso, nivel 1 .....	35
Representación gráfica de los componentes.....	36
Componentes del proceso: Profesionales que intervienen. Actividades.	
Características de Calidad.....	37
Promoción de la salud .....	38
Prevención .....	39
Representación gráfica de la arquitectura, nivel 3: Prevención.....	41
Diagnóstico: detección de síntomas de sospecha.....	42
Diagnóstico en Atención Primaria .....	44
Representación gráfica de la arquitectura, nivel 3: Diagnóstico en Atención Primaria.	50
Diagnóstico en Atención Especializada. Primera consulta .....	52
Representación gráfica de la arquitectura, nivel 3: Diagnóstico en Atención Especializada .....	57
Diagnóstico integral en Atención Primaria.....	59
Tratamiento farmacológico específico .....	60
Tratamiento farmacológico de las alteraciones psicopatológicas y conductuales ..	63
Representación gráfica de la arquitectura, nivel 3: Tratamiento.....	65
Tratamiento no farmacológico especializado .....	67
Representación gráfica de la arquitectura, nivel 3: Tratamiento no farmacológico .	69
Medidas de atención al cuidador .....	70
Intervenciones educativas grupales con cuidados .....	73
Seguimiento por Atención Primaria .....	74
Seguimiento en Atención Especializada.....	75
Representación gráfica de la arquitectura, nivel 3: Seguimiento.....	76

Competencias profesionales.....	79
Recursos. Características generales. Requisitos .....	86
Unidades de soporte.....	86
<b>5. EVALUACIÓN.....</b>	<b>89</b>
Estructura de indicadores.....	89
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1: LEY 6/1999 de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores.	93
Anexo 2: LEY 2/1988, de 4 de abril, de servicios sociales de Andalucía.....	115
Anexo 3: Orden reguladora del servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía - octubre 1996.....	125
Anexo 4: Aspectos legales del Proceso Demencia .....	137
Anexo 5: Coordinación en la dimensión sanitaria y de recursos sociales en la atención a la demencia .....	143
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>153</b>

# 1 INTRODUCCIÓN

En el año 1996, el Instituto de Estadística de Andalucía elaboró el padrón de la comunidad. En 1998 publicó la proyección de la población andaluza para el periodo 1998-2051. Es importante que reseñemos algunos datos de este trabajo que nos servirán como referencia para indicar la problemática que la demencia tiene y tendrá en el transcurso de tan sólo 15 años.

En 1996 el número de hombres mayores de 65 años era de 397.922.

El número de mujeres mayores de 65 años era de 553.237.

El total ascendía a 951.159 personas.

Para el año 2001 la previsión de hombres mayores de 65 años era de 441.340 y el de mujeres mayores de 65 años de 610.839.

El total ascendería a 1.052.179.

El incremento del número de personas mayores de 65 años, en el tramo comprendido entre 1996 y 2001, se estimaba en 101.020 personas.

Si las previsiones se calculan para el año 2011, los hombres mayores de 65 años, serán 511.018.

El número de mujeres mayores de 65 años será de 706.965.

El número total de hombres y mujeres será de 1.217.983.

El incremento del número de personas mayores de 65 años, en el tramo comprendido entre 1996 y 2011, se cifraría en 266.824 personas.

Con estos datos estadísticos, y tomando como referencia los índices de prevalencia de la demencia del estudio EURODEM, hemos deducido que:

El número de personas presumiblemente afectadas por esta enfermedad, en el año 1996 en Andalucía, era de 61.869, de las cuales 34.070 tendría diagnosticada la enfermedad de Alzheimer y 20.442 estarían en una fase media-moderada.

Los cálculos para el año 2001 cifran la estimación en 69.398 personas afectadas, de las cuales 38.210 tendrían la enfermedad de Alzheimer y 22.926 se encontrarían en la fase media-moderada.

Nos trasladaremos ahora al año 2011, cuyas previsiones son:

Hombres con demencia: 34.214. Mujeres: 68.612. Total de personas con demencia: 96.026, de las que padecerían la enfermedad de Alzheimer 52.878, y estarían en la fase media-moderada 31.726.

Como conclusión, podemos afirmar que un sector importante de la población ya necesita, o está próximo a necesitar, una respuesta inmediata que la administración, los profesionales y la sociedad en general tienen que ofertar.

Esta motivación, sentida por todos los miembros del grupo, facilitó desde el principio su cohesión, asumiendo el rol de instrumentos técnicos del Proceso Demencia con el objetivo final de implantar, cambiar, mejorar, coordinar, organizar, formar, informar, sensibilizar, ... es decir, optimizar la atención de los afectados.

Los componentes del grupo proceden de distintas disciplinas y de diversos campos de actuación; este aspecto, lejos de ser un obstáculo para la comunicación, ha enriquecido el trabajo. Hemos contado, además, con la inestimable ayuda de colaboradores que han aportado, directamente, el sentir de las familias afectadas, por un lado, y han dejado constancia de la importancia legal que afecta a este tema, por otro.

La metodología empleada por el grupo de trabajo se ha caracterizado por el abordaje de cada fase del proceso en *plenarium*. Al término de la sesión, se procedía al reparto de tareas entre los miembros del equipo, teniendo en cuenta su trabajo de campo y su especialización.

Así, comenzaba el trabajo individual de cada profesional que, sujeto sólo a su propia reflexión, elaboraba internamente el contenido que había asumido. El coordinador integraba posteriormente todo el material, remitiéndolo a su vez a cada miembro del grupo. Establecida la nueva fecha del *plenarium*, se procedía a la puesta en común, correcciones y aportaciones al documento, y se preparaba la siguiente fase.

El Proceso Demencia es muy complejo e intervienen en él muchos factores. Sin embargo, el método de trabajo empleado tiene aspectos muy positivos, de los que vamos a señalar algunos: dinámica de grupo muy elevada; coordinación y enriquecimiento profesional; sistema rápido de comunicación y de realización de tareas, y acceso e intercambio bibliográfico.

# 2

## DEFINICIÓN GLOBAL

**Definición funcional:** Proceso que se inicia con la sospecha, queja fundada o detección, de una demencia, cuya primera manifestación suele ser la aparición de una alteración cognitiva y/o de la conducta.

Desarrolla, de forma sucesiva, actividades destinadas a:

- La *evaluación* integral del caso, tanto desde un punto de vista clínico-sanitario como de su medio social.
- El *diagnóstico* sindrómico, etiológico y evolutivo. Basado en el método clínico habitual, que comprende anamnesis, exploración general, neurológica, neuropsicológica y funcional, además de las exploraciones complementarias oportunas.
- El *seguimiento* coordinado y continuado, que posibilite y garantice un:
- *Tratamiento*, que debe ser:

*Individualizado*, que actúe de forma global sobre las necesidades del paciente, cuidador principal, familia y entorno social.

*Integral*, que incluya aspectos farmacológicos y no farmacológicos.

*Multidisciplinar*, pues comprende actuaciones propias de la atención sanitaria y social, tanto en sus redes de Atención Primaria como Especializada.

**Límite de entrada.** La entrada habitual del paciente al proceso es a través de la Atención Primaria. Menos frecuente es el acceso desde la Atención Especializada. Otras derivaciones posibles son los servicios de urgencia, los servicios sociales comunitarios o especializados y los requerimientos legales o administrativos (inspección sanitaria, ámbito judicial, permisos de conducción, licencia de armas, equipos de valoración y orientación, etc.).

#### **Límite final.**

- En las demencias reversibles, la resolución del proceso.
- En las demencias no progresivas, cuando se alcance su estabilización.
- El fallecimiento, en el resto de los casos.

#### **Límites marginales**

- Deterioro cognitivo asociado al VIH.
- Deterioro cognitivo secundario al abuso de drogas.
- Deterioro cognitivo estabilizado y no progresivo.

#### **Observaciones**

- Un posible límite final podría ser el paso al Proceso Cuidados Paliativos, en el tramo final de la enfermedad.

# 3

## DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

### Destinatarios y expectativas

#### Integrantes del medio familiar

- Respuesta a mi demanda sin demora
- Facilidad de acceso físico y telefónico con identificación del interlocutor
- Visitas suficientes en duración y número, y adecuadas a la situación del paciente
- Atención domiciliaria, adaptada a las necesidades de los cuidadores
- Cobertura asegurada las 24 horas del día y los 365 días del año
- Ayuda en los cuidados adecuada a las necesidades de cada paciente
- Existencia de circuito específico para la atención hospitalaria de la demencia
- Facilitar el acceso de mi cuidador al área hospitalaria en la que me encuentre como paciente
- Utilización de una habitación de uso individual (compartida con el cuidador)
- Derecho a acceder a los servicios sociales comunitarios y/o especializados
- Trámites administrativos claros, y de respuesta ágil: creación de la ventanilla única
- Comunicación comprensible, cordial y sensible a las circunstancias
- Información completa y multiprofesional, continuada y comprensible

- Aplicación del consentimiento informado
- Profesionales prestigiados y competentes técnica y humanamente
- Atención sociosanitaria protocolizada en cada fase de la enfermedad
- Existencia de un registro único e informatizado, que integre historia y datos estadísticos
- Coordinación entre Atención Primaria y Especializada de las redes sanitarias y de servicios sociales
- Agilidad para la evaluación inicial y el diagnóstico de la enfermedad
- Evaluación periódica de la evolución y de los distintos tratamientos
- Atención a la dependencia
- Cobertura terapéutica (farmacológica, no farmacológica, dietética, ortoprotésica, etc.)
- Creación de unidades especializadas específicas para atender a la demencia

## Paciente

- Recibir formación sobre acciones preventivas y de autocuidados
- Obtener la curación o alivio de la enfermedad
- No sufrir discriminación alguna por razón de edad o de diagnóstico
- Recibir información adaptada a mis necesidades y capacidad
- Acceso a un testamento vital
- Protección, cuando me encuentre en situación de desamparo
- Respeto a mi dignidad, a mi intimidad y confidencialidad

## Cuidador

- Existencia de un equipo multidisciplinar para la atención reglada de los cuidadores, observando cada etapa evolutiva de la familia
- Tener opción a los servicios de hostelería hospitalaria cuando ingrese el paciente
- Cuando el cuidador, por razones de dependencia propia, no pueda continuar el proceso de cuidados, se le procurará una ayuda socio-sanitaria inmediata
- Obtención de información escrita, de fácil comprensión, sobre la enfermedad
- Información del inventario de los recursos de la zona, incluidos los legales
- Ayuda para desarrollar habilidades que faciliten la realización del cuidado
- Tener posibilidad de asistencia a grupos de ayuda mutua, para poder compartir con otros cuidadores las experiencias y resolución de problemas
- Creación de un programa de formación en autocuidados: cuidar al cuidador
- Formación continuada del personal sanitario, de los servicios de Atención Primaria y Especializada, que se ocupe profesionalmente de este proceso
- Recibir ayuda técnica para elaborar el duelo afectivo consecuente a la pérdida de mi familiar
- Que se incrementen las ayudas al cuidador: económicas, fiscales, laborales y de servicios

## Profesionales

- Tiempos asistenciales suficientes
- Recursos materiales oportunos, incluida la comunicación a través de telefonía, correo electrónico con pacientes y/u otros profesionales, y aplicación de avances en telemedicina
- Historia clínica única e informatizada, adaptada a la intervención interdisciplinar
- Protocolización de todo el proceso de atención
- Cobertura suficiente de las necesidades sociales de los pacientes por las redes de servicios comunitarios y especializados
- Simplificar y agilizar el visado terapéutico (“todo en el mismo día”)
- Potenciar los talleres de estimulación cognitiva en la primera fase de la enfermedad
- Programas de estimulación cognitiva individualizada en cada fase, con pautas de conducta para el cuidador
- La institucionalización del paciente no debe interrumpir el seguimiento del proceso
- Promover la competencia científico-técnica y humana de todos los profesionales
- Acceso a una formación continuada, específica y práctica, evaluada periódicamente y con la acreditación necesaria
- Recursos humanos suficientes para responder a la demanda
- Fomento de la investigación clínica y epidemiológica en demencias
- Existencia de un sistema de acreditación de los centros privados concertados
- Protocolos de coordinación sociosanitaria
- Intervención socio-sanitaria a través de un sistema de Gestión de Casos
- Participación en la formación de cuidadores/as, Asociaciones de Familiares de Alzheimer (AFAs) y Voluntariado
- Facilitar el acceso a los servicios de otros profesionales para problemas específicos

## Profesionales de Atención Primaria

- Creación de un Programa específico de Atención a la Demencia
- Posibilidad de solicitar TC craneal y otras pruebas complementarias imprescindibles para el diagnóstico sindrómico y diferencial
- El especialista de referencia (Neurólogo, Psiquiatra, Geriatra) prestará sus servicios sin demora
- Coordinación con Atención Especializada a efectos asistenciales (respuesta ágil a interconsultas e informes de alta o cuidados) y formativos
- Posibilidad de prescripción, bajo protocolo, de tratamientos farmacológicos específicos

## Profesionales de Atención Especializada

- La Unidad de Demencia será la responsable del diagnóstico y seguimiento de los pacientes con deterioro cognitivo

- La Unidad de Demencia debe estructurarse en torno a un equipo constituido por Neurólogos, Neuropsicólogo, Enfermera, Psiquiatra, Trabajador Social y Administrativo
- Acceso rápido y simplificado a medios diagnósticos complementarios

## Profesionales de los Servicios Sociales

- Desarrollo del capítulo quinto de la Ley Andaluza de Atención y Protección a las Personas Mayores
- Integración de los servicios sociales y sanitarios que sean necesarios para la atención del anciano dependiente, en una misma y única prestación, pasándose a llamar servicios sociosanitarios
- Información, a través de guías, sobre recursos sociales, comunitarios y/o especializados, y de prestaciones existentes, orientando en cada uno de los casos
- Creación de un número suficiente de recursos sociales alternativos a la institucionalización que den respiro al cuidador, apoyando la permanencia del paciente en su medio habitual
- Elaboración de un programa para la familia cuyo objetivo sea el desarrollo de habilidades en las crisis producidas por la enfermedad
- La valoración de minusvalía debe poder realizarse en el domicilio del paciente
- La familia debe mantenerse como clave del apoyo al paciente, mediante la oferta de recursos socioeconómicos que palien su carga
- Existencia de un informe social unificado
- Posibilidad de intervención a través de un sistema de Gestión de Casos
- En los recursos residenciales de mayores deben existir programas específicos para demencias
- Necesidad de asesoramiento jurídico para posibles tramitaciones de incapacidad legal
- Elaboración de un protocolo para detectar el maltrato en ancianos, que valore los posibles abusos físicos, psicológicos, económicos y la negligencia
- Implantación de nuevas tecnologías de salud en Atención Primaria y Especializada
- El servicio de ayuda a domicilio generará un programa específico para demencias que cubrirá, al menos, 40 horas mensuales, distribuidas entre los 365 días del año

## Asociaciones de familiares de pacientes

- Estimular el diagnóstico temprano
- Facilitar el derecho a recibir una segunda opinión
- Existencia de consultas específicas para demencias
- Intervalos más cortos (2-3 meses) entre las consultas, en las primeras fases
- Extracción domiciliaria y transporte de la sangre obtenida a cargo del Enfermero/a
- Mayor número de envases por receta, para facilitar que los familiares pasen menos tiempo en las consultas

- Envasado de los fármacos de modo que las tomas de mañana, tarde y noche se identifiquen por sus colores
- No tener que acudir a inspección para obtener los pañales
- Creación del “número telefónico de Alzheimer” para consulta gratuita
- Mayor colaboración económica y profesional con las asociaciones

## Voluntariado social

- Promoción de la solidaridad comunitaria en el tema de demencias
- Promover la aplicación de nuevas tecnologías (telemedicina básica, teleasistencia móvil) para apoyar al cuidador
- Sensibilización sobre la demencia, en los consejos locales de servicios sociales
- Realizar campañas de promoción y cursos de formación del voluntariado

## Instituciones de Justicia

- Proporcionar información al paciente, durante el estadio inicial, sobre los efectos jurídicos de la pérdida de sus facultades: tanto en el aspecto personal (incapacidad jurídica, tutela, el llamado “testamento vital” y obligaciones de los familiares) como en el aspecto patrimonial
- Suministro de información a los cuidadores y protección al paciente, durante el estadio avanzado: 1.- Prevención y reacción ante el despojo patrimonial y el maltrato, 2.- Posible incompetencia del tutor, 3.- Derecho a la integridad del estatuto jurídico de la persona, 4.- Coordinación entre otros destinatarios y jueces y fiscales y 5.- Aspectos jurídicos relacionados con esta etapa de la enfermedad.



## Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

### DESTINATARIO: INTEGRANTES DEL MEDIO FAMILIAR

#### OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **ATENCIÓN SANITARIA**

##### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Actividades de prevención. Promoción de la salud
- Actitud de alerta ante síntomas de sospecha
- Detección temprana
- Diagnóstico rápido y certero, que sea sindrómico, etiológico, evolutivo y funcional. Debe incluir también aspectos cognitivos y psicoconductuales
- Tratamientos farmacológico y no farmacológico, según protocolo
- Identificación de los déficits de autocuidados
- Plan de cuidados estandarizados, y seguimiento

#### OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **ATENCIÓN SOCIAL \***

##### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Valoración bio-psico-social del paciente y su familia
- Investigación de redes de apoyo
- Gestión de recursos
- Aplicación de programas sociosanitarios de atención a la demencia
- Asesoría legal y jurídica

#### OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **COORDINACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS**

##### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Integración en una misma y única prestación facilitando los recursos que sean necesarios (incluida adaptación de la vivienda)
- Evaluación continua y coordinada del proceso de cuidado

## DESTINATARIO: **PACIENTE**

### OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL**

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Programa específico de Atención a la Demencia (Centro de Salud y domiciliario)
- Atención Especializada por la Unidad de Demencia del Servicio de Neurología
- Atención a situaciones de urgencia y posibles hospitalizaciones
- Valoración de la capacidad para cubrir requisitos de autocuidado: alimentarse, hidratarse, ir al baño, relacionarse con otras personas, mantener actividad-descanso, protegerse de peligros

### OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **INFORMACIÓN Y FORMACIÓN**

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Información sobre acciones preventivas
- Información sobre la enfermedad y formación en autocuidados (fase inicial)

### OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **SEGURIDAD Y CUESTIONES BIOÉTICAS**

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Protección, sobre todo en situación de desamparo
- Preservación de los derechos de la persona

## DESTINATARIO: **CUIDADOR**

### OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL**

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Mejora permanente en aspectos de accesibilidad
- Información sobre la enfermedad, su etapa evolutiva y sus expectativas futuras
- Información sobre recursos sociosanitarios
- Programa de Atención al Cuidador
- Identificación precoz de los indicios de carga o riesgo de claudicación
- Ayudar a la familia a organizar las tareas de atención al paciente para repartir las cargas
- Aplicación de nuevas tecnologías

OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **APOYO PSICOLÓGICO**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Recursos de afrontamiento

OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **CAPACITACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Programa específico de formación
- Refuerzo y mayor reconocimiento de su esfuerzo/rol
- Información sobre grupos de autoayuda

DESTINATARIO: **PROFESIONALES**

OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **PROFESIONALIDAD**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Equipos experimentados, especializados y motivados
- Garantía de la continuidad de los cuidados

OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **INFORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Información interprofesional legible y diligente

OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: **FORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:

- Programas de formación continuada

**DESTINATARIO: AFAS**

**OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: APOYO FAMILIAR**

**CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:**

- Minimizar en lo posible la cumplimentación de requerimientos administrativos
- Inclusión, en el Programa específico de Atención a la Demencia, de aquellos elementos que, sin ser básicos, resten carga al cuidador

**OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN Y FORMACIÓN**

**CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:**

- Creación del “número telefónico de Alzheimer”
- Colaboración en sus programas de formación

**DESTINATARIO: VOLUNTARIADO SOCIAL**

**OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN Y FORMACIÓN**

**CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:**

- Difusión y promoción de su rol social
- Colaboración en sus programas de formación

**DESTINATARIO: INSTITUCIONES DE JUSTICIA \* \***

**OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN**

**CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:**

- Información sobre aspectos jurídicos, derechos y deberes

**OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA: PROTECCIÓN**

**CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD:**

- Prevención y reacción ante el despojo patrimonial y maltrato

\* Anexos nº 1, 2, y 3 del Proceso Demencia

\*\* Anexo nº 4 del Proceso Demencia



# procesos asistenciales

# 4 COMPONENTES

## Descripción general

QUÉ	PROMOCIÓN DE LA SALUD
QUIÉN	Instituciones sanitarias, de servicios sociales, educativas, administración local, asociaciones ciudadanas
CUÁNDO	Siempre
DÓNDE	Comunidad
CÓMO	Programas de promoción del envejecimiento saludable

<b>QUÉ</b>	<b>PREVENCIÓN DE LAS DEMENCIAS</b>
<b>QUIÉN</b>	Profesionales sanitarios <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Primaria</li> <li>• Atención Especializada</li> </ul> Profesionales de servicios sociales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunitarios</li> <li>• Especializados</li> </ul> Otros
<b>CUÁNDO</b>	Siempre (Tras el contacto con los sistemas sanitarios y sociales)
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> <li>• Hospital</li> <li>• Centros de servicios sociales</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	Actividades de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención primaria</li> <li>• Prevención secundaria</li> <li>• Prevención terciaria</li> </ul>

<b>QUÉ</b>	<b>DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DE SOSPECHA</b>
<b>QUIÉN</b>	Profesionales sanitarios <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Primaria</li> <li>• Atención Especializada</li> </ul> Profesionales de servicios sociales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunitarios</li> <li>• Especializados</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Siempre
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> <li>• Hospital</li> <li>• Centros de servicios sociales</li> <li>• Equipos de valoración y orientación (EVOs)</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud de alerta</li> <li>• Identificación de síntomas</li> <li>• Remisión a profesionales sanitarios para la evaluación diagnóstica</li> </ul>

<b>QUÉ</b>	<b>DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmación de deterioro cognitivo</li> <li>• Diagnóstico diferencial de deterioro cognitivo</li> <li>• Diagnóstico sindrómico de demencia</li> <li>• Diagnóstico etiológico de causas tratables desde AP</li> <li>• Diagnóstico evolutivo</li> <li>• Diagnóstico de situaciones de riesgo social</li> </ul>
<b>QUIÉN</b>	Profesionales sanitarios de Atención Primaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de Familia</li> <li>• Enfermero</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Tras sospecha de deterioro cognitivo o demencia
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud Domicilio Centros residenciales adscritos al Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Entrevista clínica de orientación diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnesis al paciente e informador</li> <li>• Exploración física y neurológica</li> <li>• Aplicación de test psicométricos breves</li> <li>• Evaluación de la capacidad funcional</li> <li>• Exploraciones complementarias</li> </ul> Información al paciente y familiar. Toma de decisión conjunta. Remisión al Trabajador Social si detectan riesgos sociales de intervención preferente Registro de las actividades en la historia clínica (diagnóstico, actitud tomada, fecha de próxima evaluación)

<b>QUÉ</b>	<b>DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA (UNIDAD DE DEMENCIA): CONFIRMACIÓN DE DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO Y DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO</b>
<b>QUIÉN</b>	Profesionales integrados en la Unidad de Demencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurólogo</li> <li>• Neuropsicólogo</li> <li>• Enfermero</li> <li>• Psiquiatra</li> <li>• Trabajador Social</li> <li>• Personal Administrativo</li> </ul> <i>Alternativa transitoria:</i> (Profesionales capacitados en el manejo de pacientes con demencia)
<b>CUÁNDO</b>	En la primera consulta especializada del paciente con sospecha de demencia
<b>DÓNDE</b>	Servicio de Neurología Unidad de Demencias
<b>CÓMO</b>	Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

<b>QUÉ</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Y/O PSICOPATOLÓGICOS</b>
<b>QUIÉN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales sanitarios de la Unidad de Demencia</li> <li>• Profesionales sanitarios del Centro de Salud Mental</li> <li>• Profesionales sanitarios de Atención Primaria</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Tras su detección
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Salud Mental</li> <li>• Unidad de Demencias (Servicio de Neurología)</li> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	Exploración psicopatológica Utilización de instrumentos estandarizados

<b>QUÉ</b>	<b>DIAGNÓSTICO INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>
<b>QUIÉN</b>	Profesionales sanitarios <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Primaria</li> <li>• Atención Especializada</li> </ul> Profesionales de servicios sociales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunitarios</li> <li>• Especializados</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Confirmado el diagnóstico sindrómico y establecido el diagnóstico etiológico y evolutivo
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> <li>• Centros residenciales adscritos al Centro de Salud</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	Valoración multidisciplinar: equipo formado por Médico de Familia, Enfermero y Trabajador Social (clínica, mental, funcional, social y familiar) Objetivo: elaborar una lista de problemas susceptibles de ser atendidos por los servicios sanitarios y sociales Sistema de registro de la actividad, accesible a todos los profesionales, que permita una actualización longitudinal

<b>QUÉ</b>	<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ESPECÍFICO</b>
<b>QUIÉN</b>	Profesionales sanitarios de la Unidad de Demencia Psiquiatra Profesionales sanitarios de AP
<b>CUÁNDO</b>	A partir del diagnóstico
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Demencias (Servicios de Neurología y Psiquiatría)</li> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> <li>• Residencias dependientes del Centro de Salud</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	Indicación y seguimiento del tratamiento farmacológico de las alteraciones cognitivas Indicación y seguimiento del tratamiento farmacológico de las alteraciones conductuales Control de efectos secundarios y cumplimiento

<b>QUÉ</b>	<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS Y CONDUCTUALES</b>
<b>QUIÉN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psiquiatra</li> <li>• Profesionales sanitarios de la Unidad de Demencia</li> <li>• Médico de Familia</li> <li>• Enfermero</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Al ser detectadas
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Demencias (Servicio de Neurología)</li> <li>• Centro de Salud Mental de referencia</li> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	<p>Tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicosis/agitación</li> <li>• Depresión</li> <li>• Trastornos del sueño</li> </ul> <p>Protocolización conjunta de uso racional de estos fármacos, con criterios de indicación, manejo y control</p>

<b>QUÉ</b>	<b>ATENCIÓN A LA COMORBILIDAD (en AP)</b>
<b>QUIÉN</b>	<p>Profesionales de la AP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de Familia</li> <li>• Enfermero</li> <li>• Trabajador social</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Siempre
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	<p>Actuaciones para procesos específicos, valorando riesgos/beneficios</p> <p>Control de utilización racional de fármacos con toxicidad cognitiva y polimedicación</p> <p>Atención a situaciones de riesgo social, que incrementen la incapacidad</p>

<b>QUÉ</b>	<b>ATENCIÓN A LA COMORBILIDAD (en AE)</b>
<b>QUIÉN</b>	Profesionales de Atención Especializada (según los procesos patológicos)
<b>CUÁNDO</b>	Siempre
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Actuaciones para procesos específicos, valorando riesgos/beneficios Control de utilización racional de fármacos con toxicidad cognitiva y polimedicación Atención a situaciones de riesgo social, que incrementen la incapacidad

<b>QUÉ</b>	<b>ATENCIÓN A LAS DESCOMPENSACIONES AGUDAS</b>
<b>QUIÉN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales de AP y de AE</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Siempre
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> <li>• Hospital</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	Protocolización con servicios especializados y criterios de actuación y de remisión desde AP

<b>QUÉ</b>	<b>INFORMACIÓN</b>
<b>QUIÉN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales de AE (Unidad de Demencias)</li> <li>• Profesionales de AP</li> <li>• Profesionales de servicios sociales</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Siempre
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> <li>• Unidad de Demencias</li> <li>• Centros de servicios sociales</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	Información sobre su enfermedad, adaptada a sus capacidades y dirigida a mejorar las habilidades en su cuidado y a ofrecer apoyo profesional y humano

<b>QUÉ</b>	<b>TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO ESPECIALIZADO</b>
<b>QUIÉN</b>	Profesionales capacitados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo</li> <li>• Terapeutas ocupacional</li> <li>• Enfermero</li> <li>• Maestro y Pedagogo</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Tras el diagnóstico de estadios evolutivos leves y moderados (DSM III-R)
<b>DÓNDE</b>	Centros con programas específicos
<b>CÓMO</b>	Técnicas de modificación de la conducta Enfoques orientados a la emoción Enfoques orientados a la cognición Enfoques orientados a la estimulación

<b>QUÉ</b>	<b>ATENCIÓN AL CUIDADOR Y A LA FAMILIA. INFORMACIÓN</b>
<b>QUIÉN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Demencias</li> <li>• Profesionales de AP</li> <li>• Profesionales de intervención social</li> <li>• Centros de servicios sociales</li> <li>• AFAs</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Siempre
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Demencias</li> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> <li>• Centros de servicios sociales</li> <li>• AFAs</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	Falicitarse la información adecuada sobre la enfermedad y de los recursos sanitarios y sociales

<b>QUÉ</b>	<b>TRATAMIENTO: ATENCIÓN AL CUIDADOR Y A LA FAMILIA. FORMACIÓN EN EL CUIDADO</b>
<b>QUIÉN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Demencias: Enfermero</li> <li>• Profesionales de AP: Médico de Familia y Enfermero</li> <li>• Profesionales de intervención social y centros de servicios sociales</li> <li>• AFAs</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Siempre
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Demencias</li> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> <li>• AFAs</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	<p>Capacitar en habilidades para el cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendizaje de manejo de síntomas cognitivos y conductuales, mediante medidas no farmacológicas, y monitorización de medidas farmacológicas</li> <li>• Aprendizaje de cómo compensar las limitaciones para el autocuidado del paciente</li> </ul>

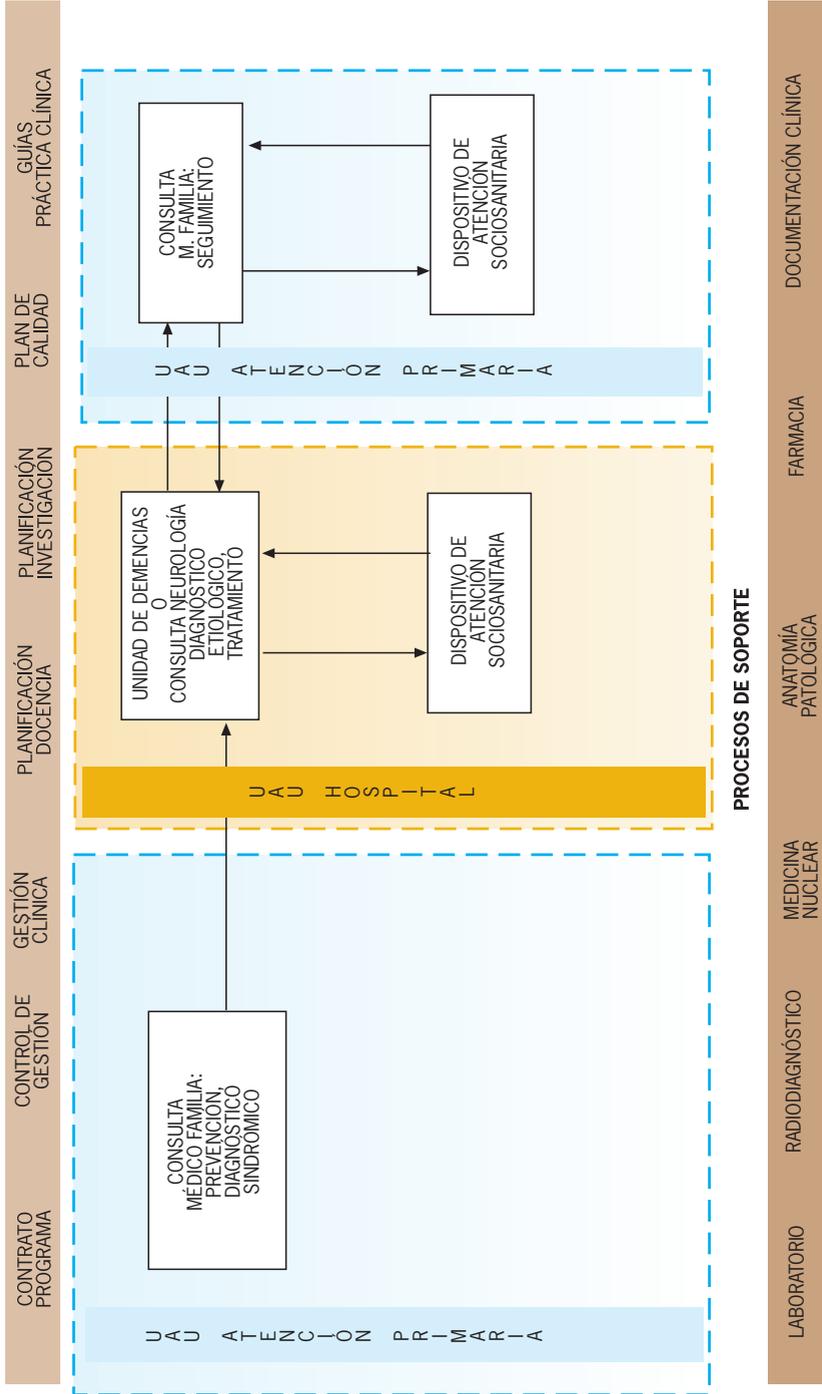
<b>QUÉ</b>	<b>TRATAMIENTO: ATENCIÓN AL CUIDADOR Y A LA FAMILIA. APOYO EMOCIONAL Y MATERIAL</b>
<b>QUIÉN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales de Unidad de Demencias</li> <li>• Profesionales de AP</li> <li>• Profesionales de intervención social y servicios sociales</li> <li>• AFAs</li> </ul>
<b>CUÁNDO</b>	Siempre
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Demencias</li> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> <li>• S. sociales</li> <li>• AFAs</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	<p>Desarrollo y evaluación periódica de las actividades del Proceso de Atención a la Demencia</p> <p>Desarrollo de actividades específicas dirigidas al cuidador</p> <p>Acceso a recursos sociales</p> <p>Vinculación a grupos de autoayuda</p>

<b>QUÉ</b>	<b>SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DEMENCIA Y SU FAMILIA EN AP</b>
<b>QUIÉN</b>	Equipo multidisciplinar formado por Médico de Familia, Enfermero y Trabajador Social
<b>CUÁNDO</b>	Desde el diagnóstico hasta su muerte, con seguimiento del duelo familiar
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Domicilio</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	Plan de cuidados multidisciplinar

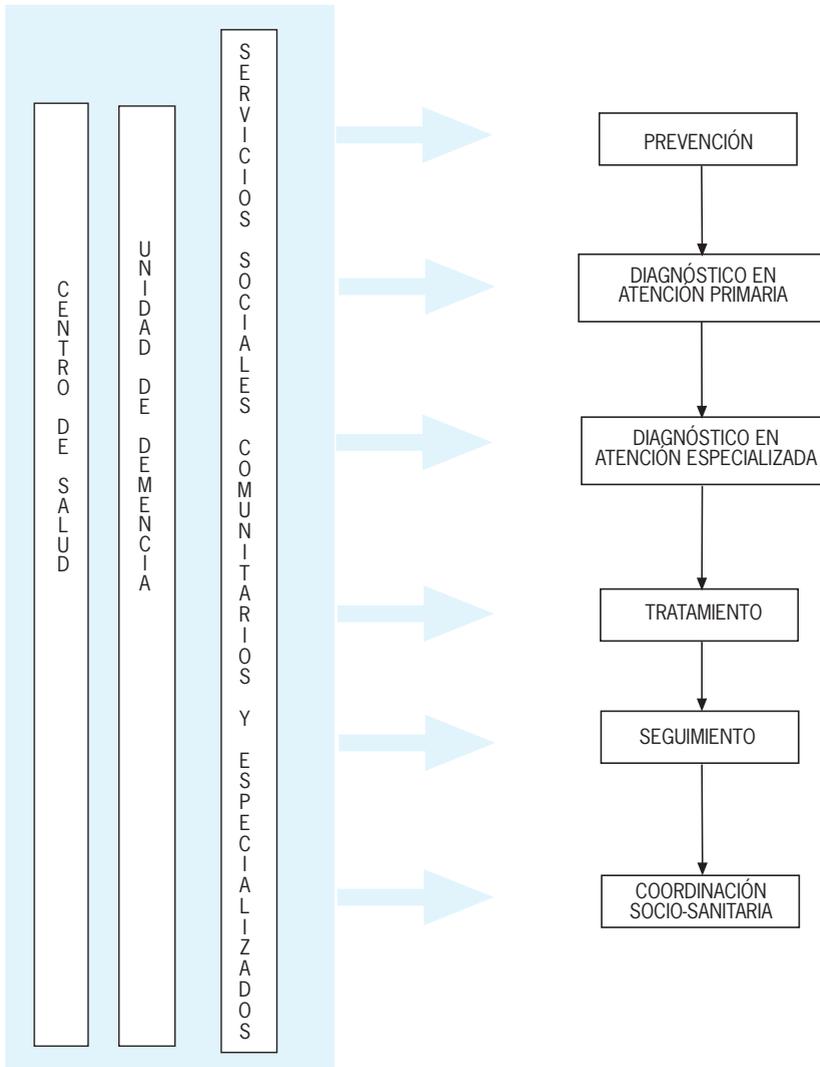
<b>QUÉ</b>	<b>SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DEMENCIA Y SU FAMILIA EN UNIDAD DE DEMENCIAS</b>
<b>QUIÉN</b>	Equipo multidisciplinar de la Unidad de Demencias
<b>CUÁNDO</b>	Mientras el paciente y su familia puedan beneficiarse de los recursos diagnósticos o terapéuticos en la unidad
<b>DÓNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Demencias</li> <li>• Domicilio</li> </ul>
<b>CÓMO</b>	<p>Proponer el tratamiento adecuado al estadio de la enfermedad</p> <p>Planificar el tratamiento evolutivo</p>

# ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 1. PROCESO DE DEMENCIA

## PROCESOS ESTRATÉGICOS



## ARQUITECTURA DE PROCESOS. DEMENCIA: COMPONENTES





## Profesionales. Actividades. Características de calidad

**Las actividades específicas, donde es posible, indican:**

**NIVEL de evidencia científica:**

1. En, al menos, un estudio controlado randomizado
2. **i** - En ensayos controlados no randomizados, bien diseñados  
**ii** - Estudios de cohorte, bien diseñados, de más de un centro  
**iii** - Comparaciones entre diferentes tiempos y lugares, claros
3. Experiencia clínica de expertos, estudios descriptivos o informes de comités de expertos

**GRADO de la recomendación:**

- A) Hay alto grado de evidencia para apoyar esta recomendación
- B) Hay clara evidencia para apoyar la recomendación
- C) Hay insuficiente evidencia a favor o en contra de esta maniobra, pero podría recomendarse en algunos supuestos
- D) Hay clara evidencia para no recomendar
- E) Hay alto grado de evidencia para no recomendar

**Consejería de Salud. Instituciones sanitarias: Atención Primaria; Atención Especializada / Consejería de Servicios Sociales: Servicios Sociales Comunitarios; Servicios Sociales Especializados / Administración Local / Instituciones Educativas / AFA's y Asociaciones Ciudadanas**

Actividades	Características de calidad
<p>Programas de promoción del envejecimiento saludable:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de entrenamiento de la memoria</li> <li>- Programas de ejercicio físico</li> <li>- Educación de adultos</li> <li>- Programas de preparación a la jubilación</li> <li>- Programas de ocio y tiempo libre para personas mayores</li> <li>- Programas de mantenimiento de la capacidad de aprendizaje</li> <li>- Actividades solidarias y de voluntariado social</li> <li>- Campañas de sensibilización social</li> <li>- Programas de intervención para el desarrollo de la autonomía personal</li> </ul>	<p>En relación a las llamadas alteraciones benignas de la memoria, se puede llegar a fomentar el empleo entre las personas mayores de estrategias que ayuden a utilizar de manera más eficiente las capacidades que todavía permanecen, y se puede entrenar a los cuidadores y/o grupos de apoyo en estrategias de afrontamiento eficaz para las situaciones problemáticas provocadas por el déficit mnésico de las personas de este grupo de edad. (Berg et al., 1991; Wilson, 1992).</p> <p>Recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), de la SEMFyC.:</p> <p>Realizar un ejercicio físico aeróbico durante 40-60 minutos, más de tres días en semana, no consecutivos y con una intensidad capaz de mantener las pulsaciones entre el 60 y el 85% de la frecuencia cardíaca máxima teórica (220 – edad), o las pulsaciones según la edad.</p> <p>En los ancianos, además, se aconseja realizar 2-3 sesiones semanales de ejercicios de flexibilidad y fuerza / resistencia muscular para paliar los efectos devastadores del envejecimiento sobre el aparato locomotor, que les conducen a un mayor riesgo de caídas y a la incapacidad para el autocuidado, y al encamamiento precoz.</p> <p>Grado de evidencia del consejo: B</p>

### Profesionales de AP

Actividades	Características de calidad			
PREVENCIÓN PRIMARIA: Programa de Actividades Preventivas en Atención Primaria de Salud (PAPPS) - * Periodicidad Anual - ** Periodicidad Bienal	Recomendaciones del PAPPS en actividades de promoción de la salud y de prevención primaria:			
	<u>Condición</u>	<u>Edad</u>	<u>Intervención</u>	<u>Grado de evidencia de la recomendación</u>
	Tabaco *	> 65	Detección/Consejo	A
	Alcohol*	> 65	Detección/Consejo	B
	Nutrición*	> 65	Detección/Consejo	B
	Ejercicio físico*	> 65	Detección/Consejo	B
	Gripe*	> 65	Vacunación/Consejo	A
	Tétanos-difteria	> 65	Vacunación/Consejo	A
	Presión arterial**	> 65	Medición P.A./Consejo	A
	Caídas*	> 75	Detección de F.R./Consejo	B-C
	Polifarmacia*	> 75	Detección/Consejo	no evaluado
	Agudeza visual*	> 65	Optotipos/Consejo	B
	Agudeza auditiva	> 65	Interrogatorio o test del susurro/Consejo	B
Prevención, evaluación y seguimiento de los traumatismos craneoencefálicos y/o de los accidentes de tráfico	<p>Recomendaciones del PAPPS:</p> <p>Se recomienda aconsejar a todos los pacientes la utilización de dispositivos de seguridad (cinturones de seguridad alrededor del pecho y hombros y el uso del casco al conducir motocicletas). Esta recomendación se basa en la demostrada efectividad para reducir riesgos (Recomendación A del US Preventive Task Force) y la efectividad del consejo en este campo (recomendación B del US Preventive Task Force)</p> <p>Se recomienda aconsejar a todos los pacientes no conducir bajo los efectos del alcohol u otras drogas y advertirles de los posibles efectos de los fármacos sobre la capacidad de conducir. Esta recomendación se basa en la demostrada efectividad para reducir riesgos (recomendación A del US Preventive Task Force) y la efectividad del consejo para reducir el consumo de alcohol (recomendación B del US Preventive Task Force). La efectividad del consejo para evitar beber y conducir vehículos todavía no ha sido evaluada (recomendación C)</p> <p>Se recomienda el seguimiento y la evaluación cognitiva/conductual de los traumatismos craneoencefálicos de intensidad moderada, aún sin secuelas evidentes (recomendación C)</p> <p>Profesionales de AP</p>			

Utilización racional de fármacos con toxicidad cognitiva

Guía de Práctica Clínica nº 19 de la AHCPR (“Recognition and initial assessment of Alzheimer’s disease and related dementias”, AHCPR Publication nº 97 - 0702: November 1996). Tabla 5

### Profesionales de AP y de AE

#### PREVENCIÓN SECUNDARIA:

- Diagnóstico temprano y tratamiento correcto
- Demencia vascular (DV) y tratamiento etiopatogénico

Cabe recomendar el control estricto de la tensión arterial y otros factores de riesgo (grado C, nivel 3).

Entre los factores más probablemente relacionados con la demencia vascular están: fibrilación auricular; tabaco; hiperlipidemia; diabetes; infarto de miocardio; insuficiencia cardíaca; episodios de hipoxia y aterosclerosis carotídea severa.

Igualmente se debe, recomendar el tratamiento anticoagulante o antiagregante en aquellos casos en que esté indicado en función de su etiología.

- Cuidados del cuidador

Desarrollo de actividades específicas recogidas en “Medidas de atención al cuidador” (Grado B, nivel 3).

### Profesionales de AP

#### PREVENCIÓN TERCIARIA:

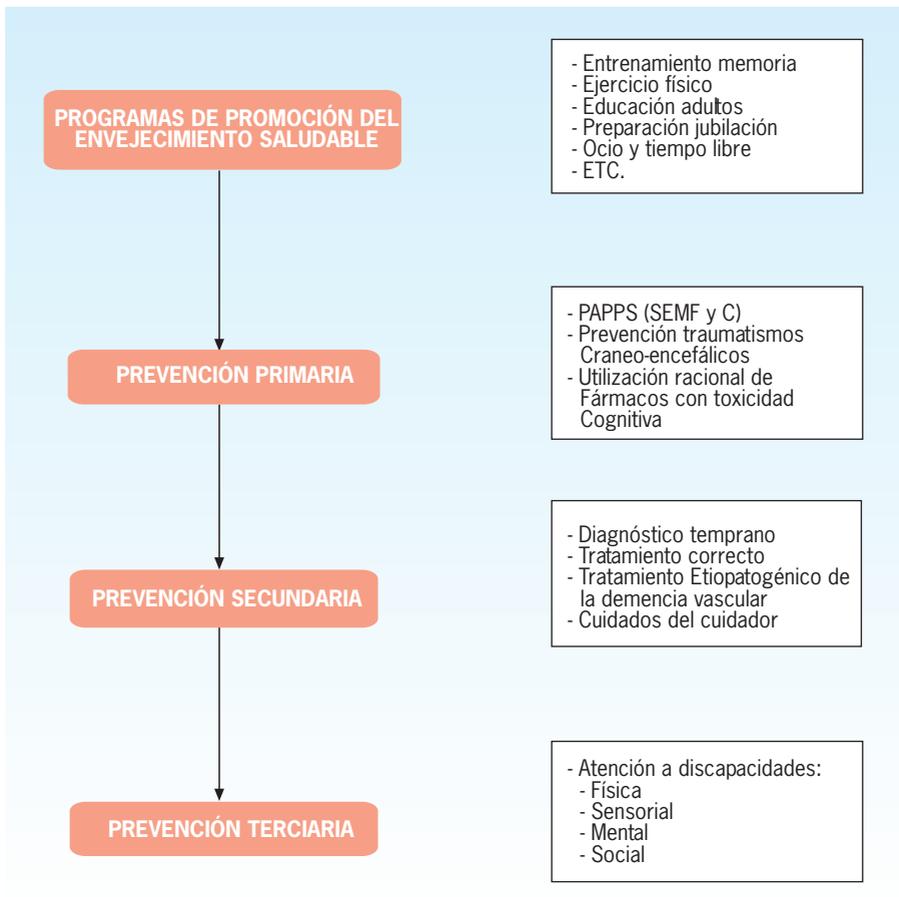
- Diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de aquellas patologías o situaciones de riesgo que originan o incrementan la discapacidad

Cartera de servicios (anciano frágil): Atención especial a las siguientes discapacidades:

- física (alteración de la movilidad)
- sensorial (agudeza visual, sordera)
- mental (depresión)
- social (aislamiento)

Recomendaciones SEMFyC (PAPPS).

No existe en el momento actual evidencia suficiente para recomendar el cribado sistemático de la demencia en la población general asintomática, según la opinión de expertos y de la mayoría de guías de práctica clínica (nivel C de evidencia). (Canadian Consensus Conference on Dementia. Suppl. to CMAJ (suppl. 12) 1999, 160.)



### Profesionales sanitarios / Profesionales de servicios sociales

Actividades	Características de calidad
<p>- Detección de síntomas de sospecha</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actitud de alerta para la identificación precoz de síntomas de sospecha</li> <li>2. Mantener alto índice de sospecha de demencia y, por tanto, iniciar el proceso diagnóstico ante cambios cognitivos y/o conductuales y pérdidas funcionales observadas por el profesional o referidas por el paciente o familiar</li> </ol> <p><u>Síntomas de sospecha de la Guía de Práctica Clínica nº 19 de la AHCP (Guideline panel)</u></p> <p>Dificultad incrementada para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aprender o retener información nueva:</b> repetitivo; no recuerda conversaciones recientes, sucesos, citas; extravía objetos con frecuencia.</li> <li>- <b>Manejo de tareas complejas:</b> dificultad para seguir una serie compleja de ideas o para realizar labores que requieran muchos pasos (hacer un balance de cuentas o cocinar un alimento).</li> <li>- <b>Capacidad de razonamiento:</b> imposibilidad para planificar la resolución de problemas laborales o domésticos, por ejemplo, qué hacer si se inunda el baño; descuidos no habituales en las normas de conducta social.</li> <li>- <b>Orientación espacial:</b> dificultad para conducir, para disponer objetos en la casa, encontrar el camino a lugares familiares.</li> <li>- <b>Lenguaje:</b> dificultad creciente para encontrar las palabras que expresen lo que se quiere decir o para mantener una conversación.</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p>- Detección de síntomas de sospecha</p>	<p>- <b>Conducta:</b> más pasivo y poco empático; más irritable de lo habitual; más desconfiado de lo normal; malinterpreta estímulos visuales y auditivos.</p> <p>Puede retrasarse en la cita; el clínico puede investigar incongruencias en la conversación sobre un acontecimiento común, en un área de interés, y anomalías de conducta o vestido. También puede ser de utilidad una comprobación sobre las respuestas a preguntas relevantes sobre el paciente o miembros de su familia.</p> <p>Hallazgos positivos en cualquiera de estas áreas indican, generalmente, la necesidad de investigaciones adicionales para confirmar la existencia de demencia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Cuando el declive cognitivo es descrito por un informante o cuidador, estas observaciones deben ser tenidas muy en cuenta y se debe realizar su evaluación y seguimiento (Grado A.- nivel 2ii.- consenso canadiense)</li> <li>4. Las quejas de memoria deben ser evaluadas y el paciente seguido, para observar su progresión (Grado B.- nivel 2ii.- consenso canadiense)</li> <li>5. Registro de la derivación al profesional sanitario responsable de iniciar el proceso diagnóstico</li> </ol>



Profesionales sanitarios de AP	
Actividades	Características de calidad
Diagnóstico en AP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmación de deterioro cognitivo</li> <li>- Diagnóstico diferencial de deterioro cognitivo</li> <li>- Diagnóstico sindrómico de demencia</li> <li>- Diagnóstico etiológico de causas tratables en AP</li> <li>- Diagnóstico evolutivo</li> <li>- Diagnóstico de situaciones de riesgo social</li> </ul>
Entrevista clínica de orientación diagnóstica (Grado B.- nivel 3.- consenso canadiense)	
Requisito previo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponer de tiempo (mínimo 30 minutos) y clima de escucha apropiado (consulta programada)</li> <li>- Pueden precisarse varias entrevistas, a lo largo del tiempo, antes de establecer el diagnóstico (Grado B.-nivel 3.- consenso canadiense)</li> </ul>
Anamnesis al paciente e informador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes personales:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hª clínica: factores de riesgo cardiovascular. Otras causas de demencias</li> <li>- Visión y audición</li> <li>- Fármacos y tóxicos</li> <li>- Nivel educativo y capacidades previas</li> </ul> </li> <li>• Antecedentes familiares: demencia y ataque cerebro vascular (ACV)</li> <li>• Enfermedad actual. Preguntas sobre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas cognitivos: memoria, orientación, lenguaje, capacidades ejecutivas, praxias y gnosias</li> <li>- Síntomas psicológicos y conductuales: estado de ánimo, cambios de personalidad y conducta, alucinaciones, ideas delirantes</li> <li>- Presencia o ausencia acompañante de otros síntomas neurológicos</li> </ul> </li> </ul>

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repercusión funcional de los síntomas en la vida del paciente (doméstica, social, laboral)</li> </ul> <p>Observar: grado de colaboración, atención, conciencia, capacidad para relatar las quejas y percepción de enfermedad, comportamientos y comunicación no verbal</p> <p>Contextualizar los déficit en el tiempo: fecha de inicio, modo de instauración y progresión</p>

### Médico de Familia

Exploración física y neurológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploración general: buscar datos orientativos de demencia secundaria (soplos, arritmias, signos de hipotiroidismo, hipertensión arterial, etc.</li> <li>- Exploración neurológica: focalidad neurológica, estado de conciencia, reflejos de liberación frontal, signos de extrapiramidismo, alteraciones de la marcha</li> </ul>
----------------------------------	--

### Médico de Familia y Enfermero entrenados

Actividades	Características de calidad
Test psicométricos (Grado B.- nivel 3.- consenso canadiense)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al paciente <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>MMSE</u> (preferible en pacientes con, al menos, instrucción primaria completa) (Grado 2 o Fuerte grado 3. Neurology, 2001 AAN Guideline)</li> <li>o MEC Lobo (30 ítems), adaptada y ampliada por Lobo y cols.</li> <li>- Otros (si se dispone de poco tiempo, en analfabetos o con déficit sensorial): <ul style="list-style-type: none"> <li>• SPMSQ de Pfeiffer</li> <li>• Test de fluencia (animales en 1 minuto)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Al informador <ul style="list-style-type: none"> <li><u>Test del informador</u> abreviado (Neurology 2001; 56: 1133-1142)</li> </ul> </li> </ul>

Actividades	Características de calidad
Evaluación de la capacidad funcional (Grado B.- nivel 3.- consenso canadiense)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A través de la entrevista, valorando la repercusión que el deterioro produce en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria</li> <li>• Escala de actividades instrumentales               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Lawton y Brody</li> <li>- Functional Assessment Questionnaire (FAQ)</li> </ul> </li> </ul>

## Médico de Familia

Exploraciones complementarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analítica rutinaria: Hemograma; VSG; creatinina; glucemia; colesterol; GOT; GTP; GGT; proteínas totales; Na; K; Ca; función tiroidea (TSH); B<sub>12</sub>; Lues (VDLR).</li> <li>• ECG y Rx de tórax: si la historia lo aconseja</li> <li>• TC</li> </ul> <p>El consenso canadiense recomienda la realización de TC craneal si están presentes uno o más de los siguientes criterios (Grado B.- nivel 2ii):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad menor de 60 años</li> <li>- Declinar rápido e inexplicado de la capacidad cognitiva o funcional (alrededor de uno o dos meses)</li> <li>- Corta duración de la demencia (menos de dos años)</li> <li>- Trauma craneal reciente y significativo</li> <li>- Síntomas neurológicos inexplicados (crisis epilépticas o cefaleas severas)</li> <li>- Historia de cáncer</li> <li>- Uso de anticoagulantes o historia de trastorno de la hemostasia</li> <li>- Incontinencia urinaria precoz</li> <li>- Clínica neurológica focal nueva</li> <li>- Presentación de síntomas cognitivos atípicos</li> <li>- Trastornos de la marcha</li> </ul>
-------------------------------	---

Actividades	Características de calidad
Toma de decisión e información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La integración de los datos obtenidos en la anamnesis y test psicométricos permite confirmar el deterioro cognitivo y establecer diagnósticos sindrómicos y diferenciales</li> <li>• Las exploraciones física y neurológica y complementarias orientan el descarte de causas secundarias y, por tanto, el diagnóstico etiológico</li> <li>• Alternativas (ver algoritmo):             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sin alteración cognitiva: Registro de la actividad en la historia. Información. Recomendaciones preventivas. Valorar seguimiento</li> <li>2. Alteración cognitiva sin demencia clara                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión: abordaje específico. Nueva evaluación, detallada, en 2-3 meses. Si no mejora, derivación a AE</li> <li>• Deterioro cognitivo leve (no demencia): Información y seguimiento activo cada 3 o 6 meses (Grado B.- nivel 3). Si existen dudas o si, tras el seguimiento, evoluciona a demencia dudosa o establecida y no existe una causa tratable desde AP, remitir a Unidad de Demencias (posibilidad de protocolos específicos, incluyendo, en un futuro, la derivación precoz)</li> </ul> </li> <li>3. Deterioro cognitivo con demencia dudosa o establecida:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe alguna causa posible, tratable desde la AP (tóxicos, fármacos, hipotiroidismo, hipovitaminosis B<sub>12</sub>): Información, tratamiento etiológico y reevaluación en 3 meses. Si remiten los síntomas, seguimiento de control. Si persisten, remitir a Unidad de Demencias (Servicio de Neurología)</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe causa tratable desde AP: Información y remisión a Unidad de Demencias (Servicio de Neurología)</li> </ul> <p>4. Deterioro cognitivo con criterios de atención urgente: focalidad neurológica aguda o síndrome confusional agudo, no abordable por AP: Información y remisión a Urgencias de Hospital.</p> <p>(Recomendaciones SemFyC, Canadian Consensus Conference on Dementia, Conferencia de consenso sobre Alzheimer y otras demencias –Servicio Canario de Salud–</p>

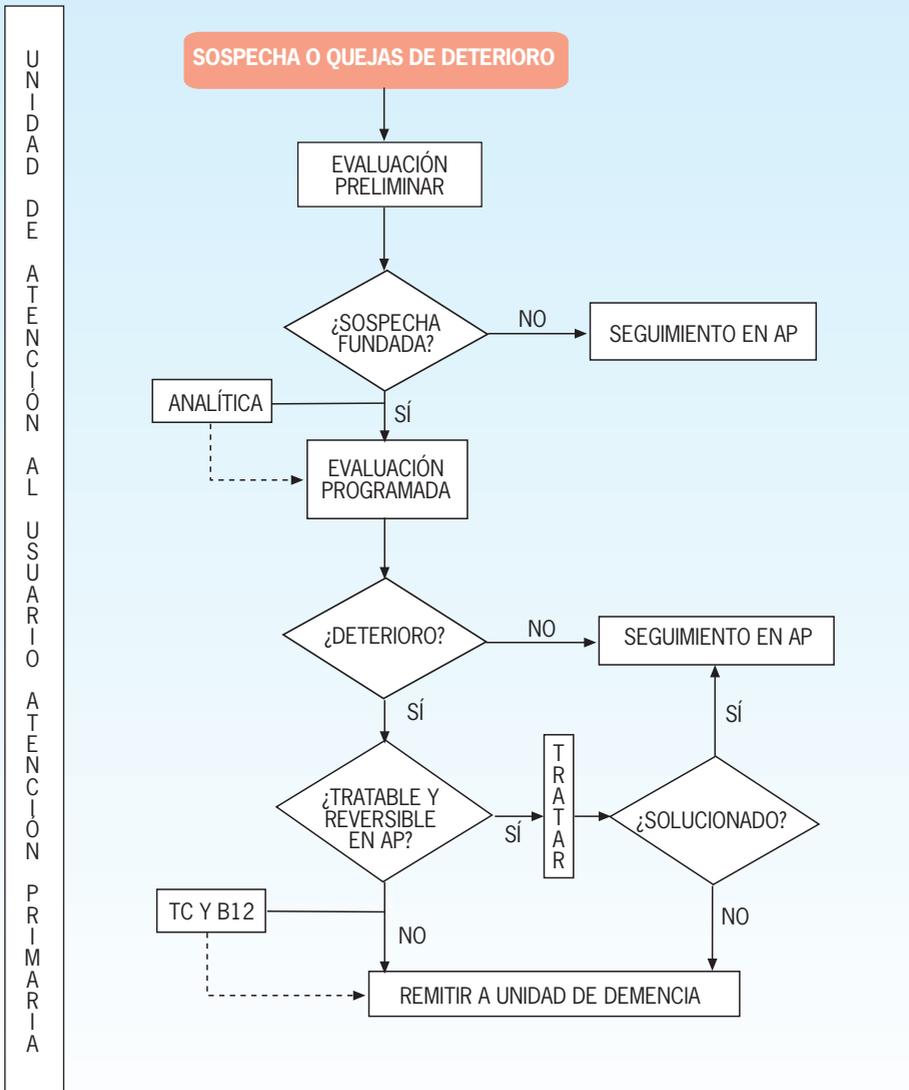
### Médico de Familia / Enfermero

Diagnóstico de situación de riesgo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de una demencia dudosa o establecida en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anciano que viva solo</li> <li>- Anciano que viva acompañado por otro anciano, minusválido o menor</li> <li>- No disponibilidad de cuidadoras/es o evidencia de sobrecarga en el cuidador/a principal</li> <li>- No disposición de recursos sociales de apoyo</li> <li>- Existencia de problemática económica en la familia</li> <li>- Existencia de problema de vivienda: habitabilidad, estructura, propiedad</li> <li>- Sospecha de malos tratos</li> </ul> </li> <li>• Derivación al Trabajador Social para valoración del caso, diagnóstico social y propuesta de intervención precoz</li> </ul>
---	--

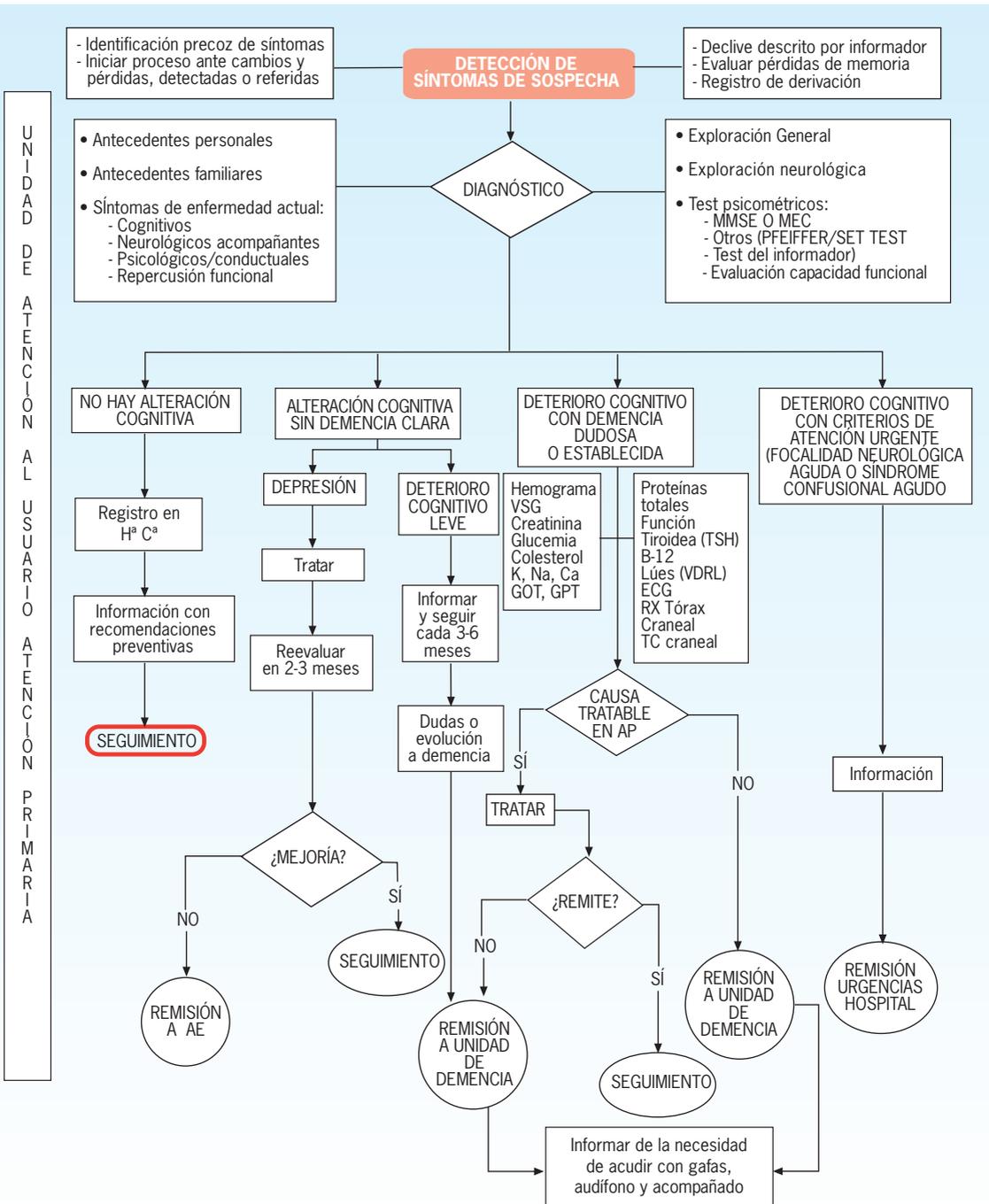
### Médico de Familia

Diagnóstico sindrómico	- Criterios diagnósticos GENCD-SEN
Diagnóstico evolutivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criterios diagnósticos de gravedad DSM III-R</li> <li>- Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS)</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p>Remisión a Unidad de Demencias (Servicio de Neurología)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe clínico con historia del paciente, puntuación del test psicométrico y de las exploraciones complementarias y relación de fármacos que toma, prescritos o autoprescritos</li> <li>• Informar sobre la fecha y la necesidad de acudir con gafas, audífono y acompañado</li> <li>• Se aconseja DERIVAR en las siguientes circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constatación de deterioro cognitivo en adultos con una edad inferior a los 65 años.</li> <li>- Ante la sospecha de la inexistencia de una causa tratable en Atención Primaria (se remitirán con carácter preferente aquellas sospechas de enfermedad grave con riesgo de daño irreversible a las que debe ofrecerse una actuación terapéutica preferente. Por ejemplo ante la sospecha de una demencia secundaria a un proceso neurológico o neuroquirúrgico como un tumor, hidrocefalia, hematoma subdural crónico, etc).</li> <li>- Siempre que exista una duda diagnóstica y en la que el especialista pueda aportar su opinión.</li> <li>- Siempre que sea preciso cuantificar y tipificar el deterioro cognitivo a través de valoraciones neuropsicológicas complejas (investigación de terapias farmacológicas, evaluación de terapias de psicoestimulación, cuando se desconozca el nivel intelectual premórbido, en los inicios en los que predomina la sintomatología conductual, fracaso de la prueba terapéutica en los casos de deterioro cognitivo asociado a depresión).</li> <li>- Cuando deben realizarse exploraciones de neuroimagen que no están al alcance del equipo de AP.</li> <li>- Siempre que exista la sospecha de una demencia de tipo familiar.</li> <li>- Cuando se precise tratamiento de indicación hospitalaria.</li> </ul> </li> </ul> <p>(Recomendaciones semFyC; consenso canadiense; DEMEN curso de formación sobre demencias en Atención Primaria. Aguilar Barberá, Miguel et al. Doyma. Barcelona. 2000).</p>



## ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3. DEMENCIA: DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA



## Diagnóstico en Atención Especializada. Primera consulta

### Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
Gestión de cita en Unidad de Demencias	Según protocolo

### Neurólogo y/o Enfermero

Primera entrevista en Unidad de Demencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación y saludo al enfermo (con técnica y habilidades comunicacionales)</li> <li>- Revisión de la historia clínica previa</li> </ul>
---	---

### Neurólogo y/o Enfermero

<p>Historia clínica en Unidad de Demencias (Servicio de Neurología)</p> <p>Anamnesis</p>	<p>Hª Cª homogeneizada a nivel autonómico y sistema de registro unificado (recomendable soporte informático). Recomendaciones grupo estudio SEN</p> <p>ASPECTOS INELUDIBLES QUE HAY QUE INVESTIGAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistar al familiar</li> <li>• Familiares con los que convive</li> <li>• Nivel educativo</li> <li>• Motivo de consulta</li> <li>• Antecedentes familiares</li> <li>• Consumo de fármacos</li> <li>• Hábitos tóxicos</li> <li>• Factores de riesgo vascular</li> <li>• Traumatismos previos</li> <li>• Enfermedades metabólicas</li> <li>• Antecedentes psiquiátricos</li> <li>• Fecha de inicio del deterioro</li> <li>• Forma de inicio del deterioro</li> <li>• Relación del inicio de la clínica con alguna circunstancia</li> <li>• Evolución del deterioro</li> <li>• Déficits que se perciben</li> <li>• Interferencia con las actividades de la vida diaria y con la calidad de vida</li> </ul>
--	---

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención</li> <li>• Lenguaje</li> <li>• Comprensión</li> <li>• Modificaciones del comportamiento</li> <li>• Estado de ánimo</li> <li>• Alteraciones del sueño</li> <li>• Ideas delirantes</li> <li>• Alucinaciones</li> <li>• Otros síntomas acompañantes</li> </ul>

### Neurólogo y Neuropsicólogo

Historia clínica en Unidad de Demencias

Investigaciones semiológicas

#### EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

- Pupilas
- Motilidad ocular extrínseca
- Fondo de ojo
- Motilidad facial
- Motilidad lingual
- Reflejos de liberación frontal
- Reflejos miotáticos
- Reflejos cutáneoplantares
- Coordinación
- Piramidalismo
- Signos pseudobulbares
- Presencia de movimientos involuntarios
- Marcha
- Tono muscular
- Reflejos posturales

#### EVALUACIÓN COGNITIVA:

- Atención
- Orientación
- Memoria
- Lenguaje
- Gnosias
- Praxias motoras
- Praxias visoconstructivas
- Cálculo
- Razonamiento abstracto
- Capacidades ejecutivas

## Neurólogo y/o Psiquiatra

Actividades	Características de calidad
Historia clínica en Unidad de Demencias: Valoración psiquiátrica	EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA Y CONDUCTUAL (aspectos que se deben valorar): <ul style="list-style-type: none"><li>• Estado de ánimo</li><li>• Sensopercepción</li><li>• Ideas delirantes</li></ul>

## Neurólogo, Neuropsicólogo y/o Enfermero

Historia clínica en Unidad de Demencias Evaluación de la capacidad funcional	Utilización de, al menos, una escala de actividades instrumentales de la vida diaria y de actividades básicas. Es deseable la utilización de escalas validadas en nuestro medio
---	---

## Neurólogo

Juicio diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóstico sindrómico</li><li>• Diagnóstico diferencial entre demencia primaria o secundaria</li><li>• Plantear diagnóstico diferencial según el tipo de deterioro</li></ul>
Solicitud de exploraciones complementarias	<ul style="list-style-type: none"><li>• RUTINARIAS (si no se han realizado previamente):<ul style="list-style-type: none"><li>- Analítica: hemograma; VSG; creatinina; glucemia; colesterol; GOT; GTP; GGT; proteínas totales; Na; K; Ca; función tiroidea (TSH); B<sub>12</sub>; lúes (VDLR)</li><li>- ECG</li><li>- TC o RM</li></ul></li><li>• SEGÚN INDICACIÓN:<ul style="list-style-type: none"><li>- LCR</li><li>- EEG y otros estudios neurofisiológicos</li><li>- Neuroimagen funcional (SPECT, PET, RM)</li><li>- Estudio genético</li><li>- Arteriografía</li><li>- Biopsia cerebral</li><li>- Marcadores biológicos (proteína TAU, betaamiloide, etc.)</li><li>- Otras</li></ul></li></ul>

## Profesionales AE

Actividades	Características de calidad
Redacción de informe clínico (al menos provisional)	<p>INCLUIRÁ, AL MENOS, LOS SIGUIENTES EPÍGRAFES:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fecha de la visita y datos de filiación del paciente</li><li>- Anamnesis, exploración y pruebas complementarias (resultados y/o solicitadas)</li><li>- Diagnóstico</li><li>- Tratamiento que ha de seguir (pauta completa)</li><li>- Fecha de la próxima visita (si no es alta)</li></ul>

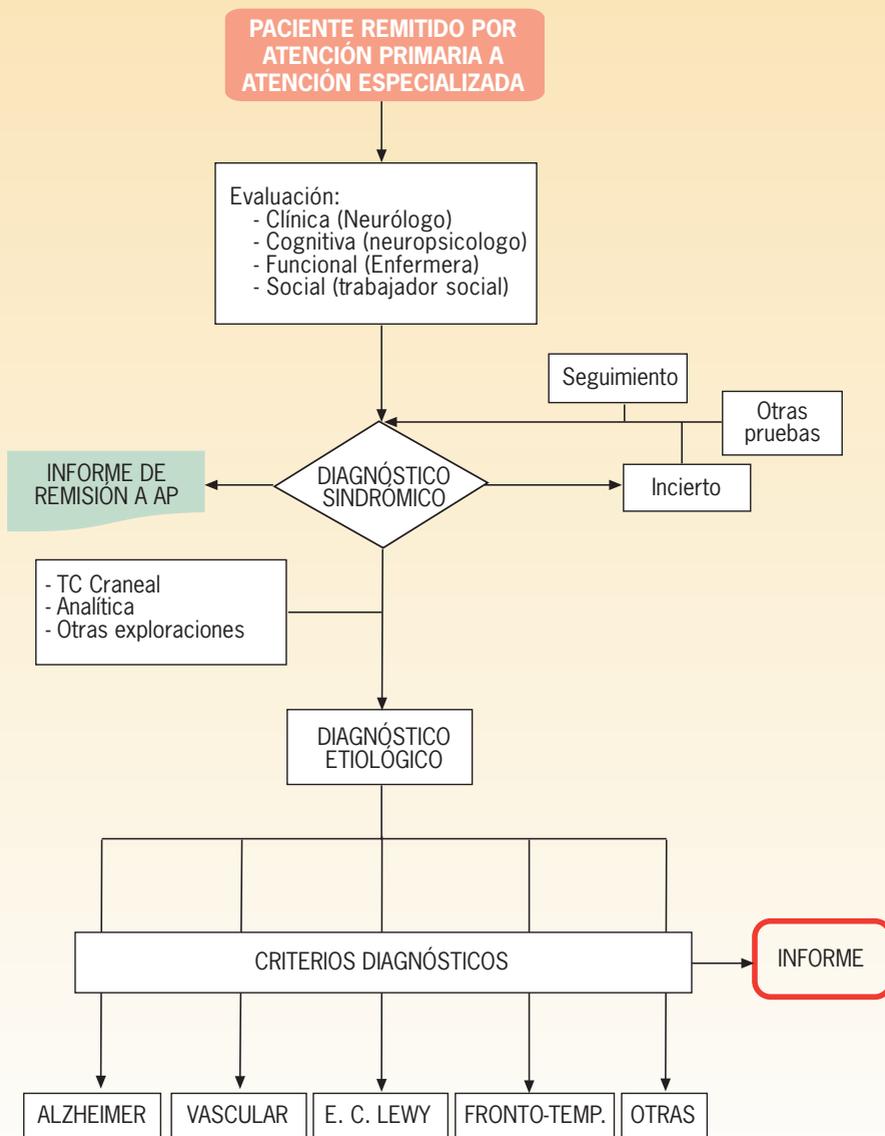
## Neurólogo

Diagnóstico (Actualmente, se recomienda seguir los siguientes criterios)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Enfermedad de Alzheimer: Criterios diagnósticos NINCDS-ADRDA (Neurology 1984;34: 934-939)</li><li>- Demencia vascular: Criterios diagnósticos NINCDS-AIREN (Neurology 1993;43: 250-260)</li><li>- Demencia con cuerpos de Lewy: Criterios para el diagnóstico de la demencia con cuerpos de Lewy (Neurology 1996;47:1113-1124 y Neurology 1999;53:1974-1982)</li><li>- Demencia fronto-temporal: Criterios de consenso (Neurology 1998;51:1546-1554)</li><li>- Enfermedad por priones: (Brain 1999;122: 2345-2351) Zerr et Al (Neurology 2000;811-815)</li><li>- Otras entidades que cursan con alteraciones cognitivas: Recomendaciones del GENCD de la SEN (Peña-Casanova J. Guías en demencia. Masson. Barcelona, 2001).</li></ul>
--	---

<b>Actividades</b>	<b>Características de calidad</b>
Diagnóstico de los trastornos de conducta y/o psicopatológicos	<p><u>Exploración psicopatológica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apariencia y comportamiento</li><li>• Alteraciones específicas del comportamiento:<ul style="list-style-type: none"><li>- Agresividad</li><li>- Actividad motora aberrante (marcha incesante, fugas..)</li><li>- Trastornos de la alimentación</li></ul></li><li>• Estado afectivo</li><li>• Curso y contenido del pensamiento</li><li>• Sensopercepción: alucinaciones...</li><li>• Introspección</li></ul> <p><u>Instrumentos estandarizados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Neuro Psychiatric Inventory</li><li>- CAMDEX</li><li>- Escala de Blessed</li><li>- ADAS no-COG</li><li>- Brief Psychiatric Rating Scale</li></ul>

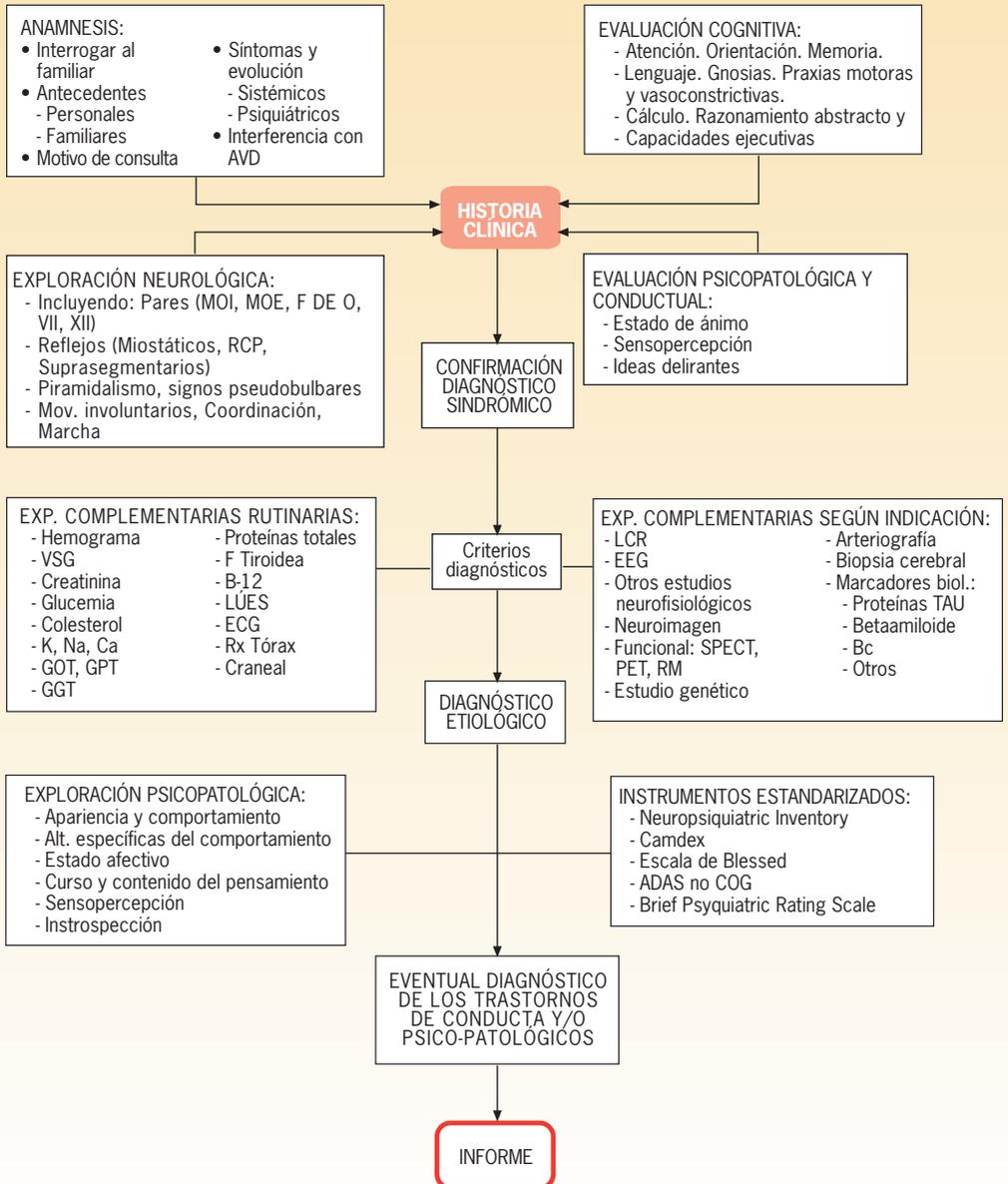
## ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3. DEMENCIA: DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

U  
A  
U  
A  
T  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
  
E  
S  
P  
E  
C  
I  
A  
L  
I  
Z  
A  
D  
A



## ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3. DEMENCIA: DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

U A U  
A T E N C I O N  
E S P E C I A L I Z A D A



## Diagnóstico integral en Atención Primaria

### Médico de Familia, Enfermero, Trabajador Social

Actividades	Características de calidad
Aspectos generales	- Integra la información clínica, mental, funcional y social resultante de las valoraciones de AP, AE y SS
Valoración clínica	- Antecedentes patológicos, fármacos, tóxicos, visión, audición, diagnóstico etiológico y evolutivo de la demencia
Valoración mental	- Cognitiva, emocional y conductual

### Enfermero, Médico Familia, Trabajador Social

Valoración funcional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitaciones para el autocuidado del paciente, limitaciones del cuidador / familia para el cuidado del paciente (explorar acciones de cuidado diarias, cómo se realizan, en qué momento y quien, en relación a requisitos de cuidado universales)</li> <li>- Valoración de actividades instrumentales y básicas de la vida diaria</li> </ul>
----------------------	---

### Trabajador Social, Enfermero, Médico de Familia

Valoración familiar y social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familia: estructura y ciclo vital familiar, convivientes, organización familiar, organización de los cuidados y cuidador principal (perfil, nivel de sobrecarga, capacidad de afrontamiento, etc.)</li> <li>- Situación económica</li> <li>- Relaciones sociales</li> <li>- Situación de la vivienda: propiedad, adecuación del espacio para las necesidades de los convivientes, barreras arquitectónicas, equipamiento, riesgos ambientales</li> <li>- Apoyos sociales formales e informales: ayuda a domicilio, <i>catering</i>, teleasistencia, estancias diurnas, asociaciones, grupos de ayuda mutua, voluntariado, otros</li> </ul>
------------------------------	---

## Médico de Familia, Enfermero, Trabajador Social

Actividades	Características de calidad
Valoración integral:  Metodología e instrumentos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Método clínico (entrevista clínica), test (cognitivos, emocionales, de actividades instrumentales y básicas de la vida diaria)</li><li>- Proceso de Atención de Enfermería (método sistemático de valoración enfermera), Taxonomía diagnóstica de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Classification)</li><li>- Proceso de Diagnóstico Social</li></ul>
Registro de hallazgos	<ul style="list-style-type: none"><li>- En la historia clínica del paciente, de los diagnósticos médicos, de enfermería y del diagnóstico social resultante de la valoración</li></ul>

## Tratamiento farmacológico específico

### Profesionales de Atención Primaria y de Atención Especializada

Actividades	Características de calidad
Tratamiento farmacológico específico:  Enfermedad de Alzheimer	<p>Tratamiento de las alteraciones cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inhibidores de la acetilcolinesterasa</li><li>- Existen en la actualidad 4 productos comercializados en España (tacrina, donepezilo, rivastigmina y galantamina); de todos ellos hay publicados revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados de gran calidad que ponen de manifiesto una modesta pero real mejoría con respecto a placebo en pacientes en estadio leve-moderado (Evidencia Grado I); existe controversia sobre la medida en que estos cambios tendrían traducción en la vida diaria; en los ensayos más recientes se evidencia también una mejoría en escalas funcionales y conductuales. [Referencias 35 a 51 de la revisión sistemática del NICE –ver Bibliografía –].</li></ul>

Actividades	Características de calidad
<p>Tratamiento farmacológico específico: Enfermedad de Alzheimer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay ensayos que comparen estos fármacos; la eficacia y los efectos secundarios es similar en todos ellos, pero se diferencian entre sí en la frecuencia con que deben ser administrados, la frecuencia de aparición de efectos secundarios y, en menor medida, en el precio. La tacrina presentaba muy frecuentes e importantes efectos secundarios, entre ellos hepatotoxicidad; requiere igualmente ser administrada cada 6 horas; estas circunstancias explican que hoy prácticamente esté en desuso.</li> <li>- Existen estudios farmacoeconómicos realizados para los cuatro fármacos que concluyen que su empleo en las indicaciones precisas tienen un coste neutro o pueden producir un ahorro derivado del retraso en la institucionalización del paciente.</li> </ul> <p>El ensayo terapéutico con estos fármacos está recomendado por las principales y más autorizadas guías de práctica clínica actuales, incluyendo la Canadiense y la de la Academia Americana de Neurología; recientemente, el prestigioso NICE (National Institute for Clinical Excellence) del NHS británico ha publicado un informe técnico en el que recomienda el uso de estos fármacos (no la tacrina) en sujetos con EA y MMSE superior a 12 puntos en las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El diagnóstico de EA debe estar realizado en una clínica especializada (Unidad de Demencia) y según criterios aceptados</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p>Tratamiento farmacológico específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia vascular</li> <li>• Demencia fronto-temporal</li> <li>• Enfermedad por priones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La evaluación en esta Unidad debe ser previa a la prescripción e incluir una evaluación cognitiva, conductual y funcional</li> <li>• Debe asegurarse un adecuado grado de cumplimiento del tratamiento por lo que sería recomendable que existiera un cuidador responsable</li> <li>• El tratamiento debería ser iniciado por médicos especialistas</li> <li>• Se debe realizar una reevaluación a los 2 - 4 meses después de alcanzar la dosis pretendida y continuar el tratamiento sólo en aquellos casos en que se documente una mejoría o, al menos, una estabilización</li> <li>• Los pacientes en tratamiento deben ser revisados cada 6 meses desde el punto de vista cognitivo, global, conductual y funcional. El tratamiento debe continuarse siempre que el MMSE esté por encima de 12 puntos</li> </ul> <p><i>[NICE. Technology Appraisal Guidance nº 19. "Guidance on the use of Donepezil, Rivastigmine and Galantamine for the Treatment of Alzheimer's Disease". Enero 2001].</i></p> <p>Nota: La tacrina está dejando de ser comercializada en nuestro país en estas fechas</p> <p>2. Otros fármacos: Vitamina E, <i>gingko biloba</i> y selegilina</p> <p>Tratamiento de las alteraciones cognitivas: No hay ensayos clínicos controlados que muestren eficacia farmacológica</p> <p>Tratamiento de las alteraciones conductuales: Seguir las recomendaciones para la enfermedad de Alzheimer</p>

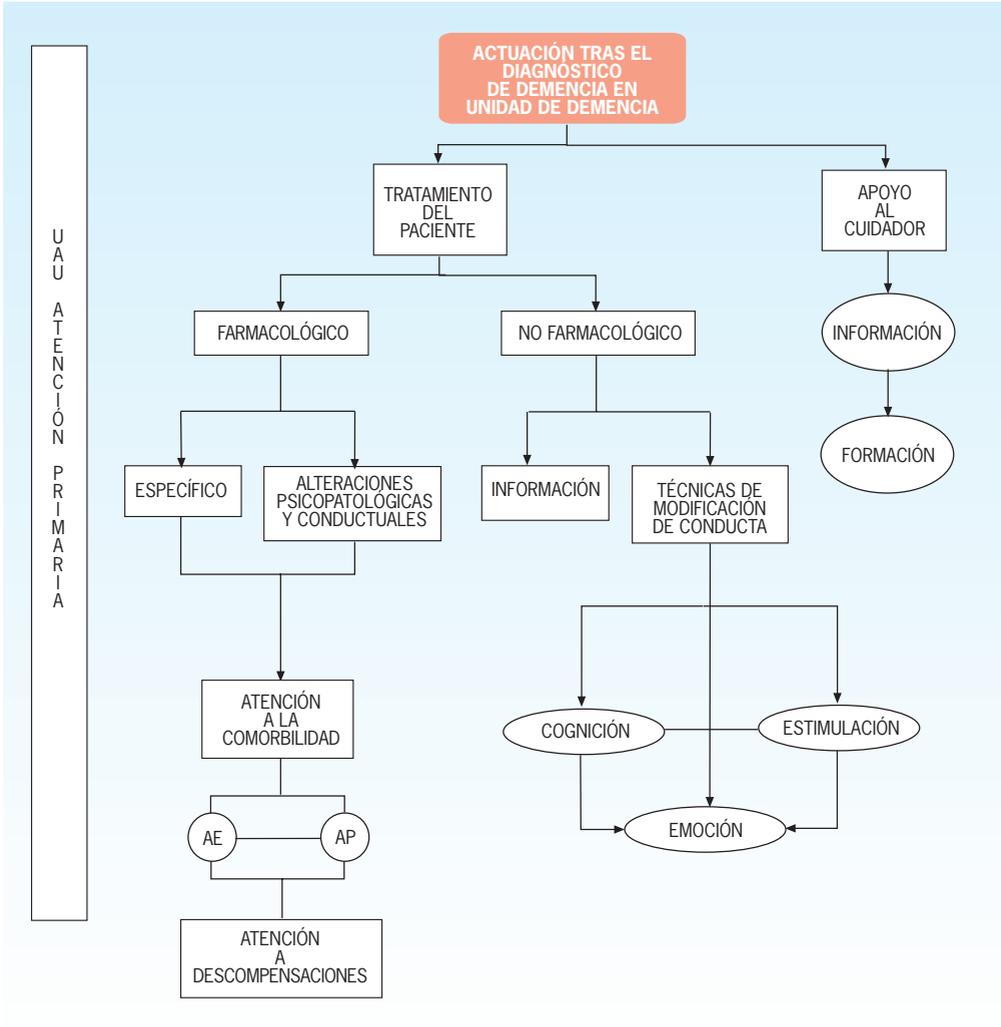
Actividades	Características de calidad
<p>Tratamiento farmacológico específico:</p> <p>Demencia con Cuerpos de Lewy</p>	<p>Tratamiento de las alteraciones cognitivas: No hay ensayos clínicos controlados que muestren eficacia farmacológica</p> <p>Tratamiento de las alteraciones conductuales: Un estudio multicéntrico doble ciego (Lancet 2000;356: 2031-36) demuestra que la rivastigmina es efectiva en los trastornos conductuales</p>
<p>Tratamiento farmacológico específico:</p> <p>Otras entidades que cursan con alteraciones cognitivas</p>	<p>Su tratamiento dependerá de la etiopatogenia específica de cada caso</p>

## Tratamiento farmacológico de las alteraciones psicopatológicas y conductuales

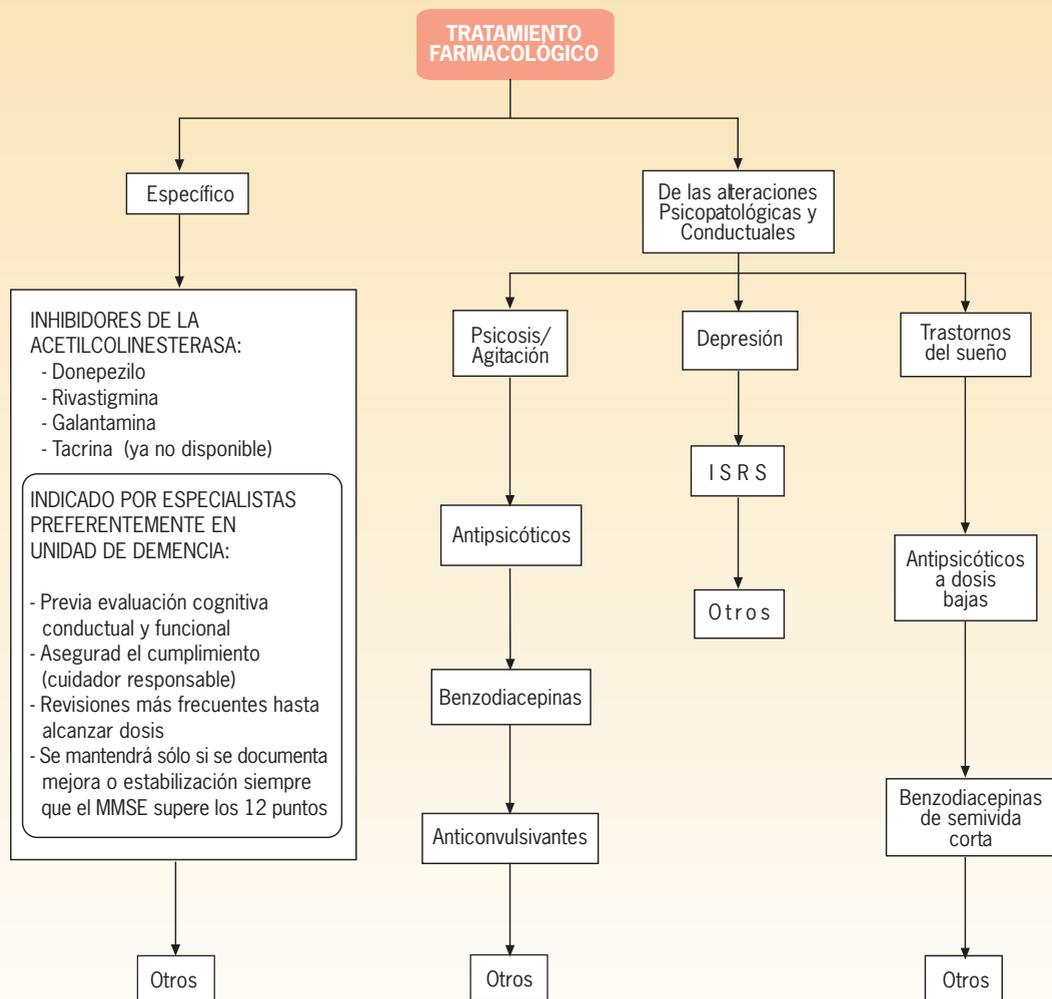
Psiquiatra	
Actividades	Características de calidad
<p>Indicación de tratamiento por psicosis/agitación</p>	<p><u>Antipsicóticos</u>: Han demostrado su eficacia en los síntomas psicóticos de las demencias. También son útiles, aunque en menor medida, en el control de la agitación y de otras alteraciones conductuales. Los estudios que comparan los distintos antipsicóticos no arrojan diferencias de eficacia. Su elección se basa en el perfil de efectos adversos. Los antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona y olanzapina) tiene un mejor perfil en cuanto a los efectos parkinsonizantes de este grupo.</p> <p><u>Benzodiacepinas</u>: Menos eficaces que los anteriores en el control de la agitación aunque son superiores a placebo.</p> <p><u>Anticonvulsivantes</u>: Carbamacepina y valproato parecen eficaces en ensayos abiertos para el control de la agitación, labilidad emocional e irritabilidad.</p>

Actividades	Características de calidad
	<p><u>Otros</u>: Hay estudios abiertos reducidos o series de casos usando trazodona, buspirona</p> <p>(En general, hay niveles de evidencia 3 y 2, siendo muy escasos los estudios de nivel 1)</p>
Indicación de tratamiento por depresión	<p><u>Antidepresivos</u>: No hay un gran número de estudios controlados, aunque su eficacia está establecida en la experiencia clínica.</p> <p><u>Heterocíclicos</u>: No son de elección dado su perfil de efectos secundarios</p> <p><u>IMAOs</u>: Igualmente su uso está condicionado por sus efectos adversos</p> <p><u>ISRS</u>: Fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina y citalopram. De primera elección. La opción entre ellos depende del perfil de efectos adversos e interacciones con otros fármacos</p> <p><u>Otros</u>: Venlafaxina, mirtazapina, trazodona, mianserina, reboxetina y nefazodona. Usados en la clínica diaria con buena eficacia aunque con poco nivel de evidencia (pocos estudios de nivel 1 y más abundantes de tipo 2 y 3)</p>
Indicación de tratamiento por trastornos del sueño	<p>Escasos estudios sobre el tratamiento de estos trastornos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antipsicóticos a dosis bajas.</li> <li>- Benzodiacepinas de semivida corta.</li> <li>- Zolpidem y zopiclona</li> <li>- Clormetiazol</li> </ul> <p>(Sin estudios controlados en pacientes con demencia –sí en sujetos ancianos–. El mayor número de pruebas son de nivel 2 y 3)</p>

ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3. DEMENCIA: TRATAMIENTO



## ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3. DEMENCIA: TRATAMIENTO





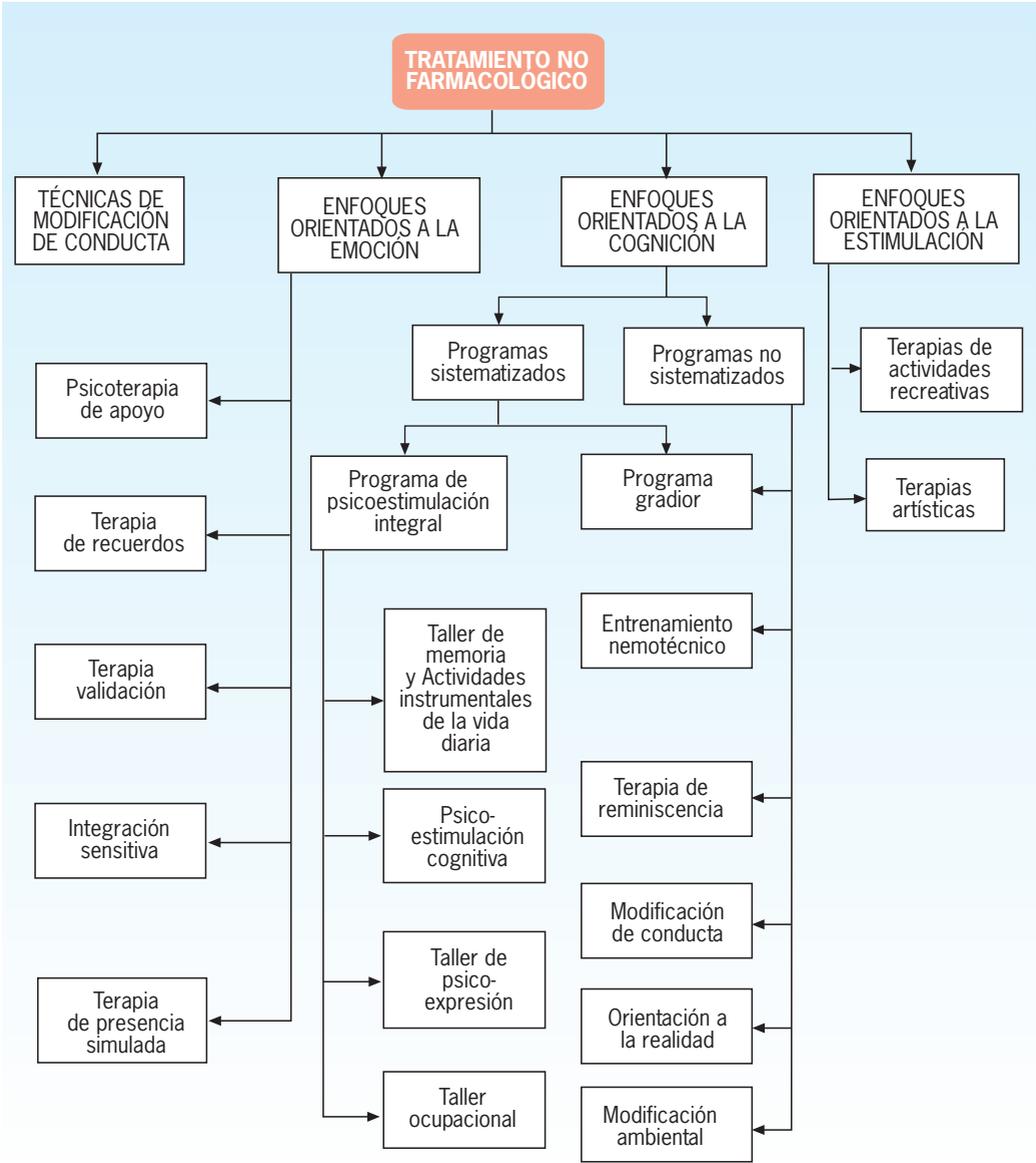
## Tratamiento no farmacológico especializado

**Profesionales capacitados: Psicólogo / Terapeuta ocupacional /Enfermero/ Maestro / Pedagogo / Médico / Otros...**

Actividades	Características de calidad
<p>Tratamiento no farmacológico (1)</p> <p>Ausencia de estudios controlados metodológicamente, aunque aceptado por su utilidad por la mayoría de autores</p>	<p><u>Técnicas de modificación de conducta</u> (El objetivo es una conducta problema concreta que debe estar bien definida).</p> <p><u>Enfoques orientados a la emoción</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoterapia de apoyo</li> <li>- Terapia de recuerdos</li> <li>- Terapia de validación</li> <li>- Integración sensitiva</li> <li>- Terapia de presencia simulada</li> </ul>
<p>Tratamiento no farmacológico (2)</p>	<p><u>Enfoques orientados a la cognición</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas sistematizados de rehabilitación cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de psicoestimulación integral. Actividades individuales o grupales adaptadas a la situación del paciente, como son: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taller de memoria y actividades instrumentales de la vida diaria. Mediante técnicas de imaginación o rol se estimulan la orientación temporo-espacial y memoria biográfica o actual</li> <li>- Psicoestimulación cognitiva. Intenta mejorar el reconocimiento visuo-espacial, auditivo, praxias, semántica, escritura, razonamiento, memoria, etc.</li> <li>- Taller de psicoexpresión. Estimula movilidad, la coordinación, el ritmo, la interacción grupal, etc</li> <li>- Taller ocupacional. Mediante manualidades. Estimula el ejercicio de habilidades cognitivas y motrices.</li> </ul> </li> <li>- Programa Grador. Entrenamiento sistematizado con propósitos análogos al anterior usando programas informáticos</li> </ul> </li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p>Tratamiento no farmacológico (3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas no sistemáticas de rehabilitación cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento mnemotécnico. Con técnicas como el entrenamiento nombre-cara o el método de localización, se facilita el recuerdo del paciente y el mantenimiento de las actividades diarias.</li> <li>- Terapia de reminiscencia. Se elabora un diario con fotografías, vídeos y otros materiales sobre el pasado de la persona.</li> <li>- Modificación de conducta. Se estimula el control del entorno y la adaptación con técnicas de refuerzo.</li> <li>- Orientación a la realidad. En grupos pequeños se trabaja la orientación temporal, espacial, personal y la memorización y resocialización, utilizando gran variedad de elementos (como calendarios, etc).</li> <li>- Modificación ambiental. Facilitan la adaptación al entorno mediante la modificación del mismo (usar colores para cada habitación, marcar los recorridos en el suelo, etc.)</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Enfoques orientados a la estimulación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapias de actividades recreativas</li> <li>• Terapias artísticas</li> </ul>

ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3. DEMENCIA: TRATAMIENTO



## Medidas de atención al cuidador

Médico / Enfermero / Trabajador Social	
Actividades	Características de calidad
Identificar al cuidador principal, la estructura familiar y su dinámica.	Entrevista al cuidador y/o familiar. Recomendación Grado B, nivel 3 de la Conferencia Canadiense de Consenso en Demencia, 1999.
Identificar las necesidades del cuidador	Entrevista. Recomendación Grado B, nivel 3 de la Conferencia Canadiense de Consenso en Demencia, 1999.
Evaluar la información que posee, sus creencias y sus estrategias de afrontamiento	Entrevista. Recomendación Grado B, nivel 3 de la Conferencia Canadiense de Consenso en Demencia, 1999.
Evaluar la sobrecarga del cuidador y sus posibles síntomas	Se pueden utilizar test de carga como el Zarit o de calidad de vida como el SF-36 o el de Goldberg de ansiedad y depresión. Recomendación Grado B, nivel 3 de la Conferencia Canadiense de Consenso en Demencia, 1999.
Informarle sobre la enf.: características, posibilidades terapéuticas, evolución, servicios sociales y pronóstico. Informarle del proceso de seguimiento (cuándo, dónde, quién y cómo se llevará a cabo)	Desde el inicio del proceso, y de forma gradual y longitudinal, adaptándola a sus necesidades. Recomendación Grado B, nivel 3 de la Conferencia Canadiense de Consenso en Demencia, 1999.

Enfermera	
Actividades	Características de calidad
Enseñar al cuidador a cuidar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar capacitación, conocimientos y habilidades en:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo del régimen terapéutico y de los efectos secundarios de la medicación</li> <li>- Medidas no farmacológicas: control del ruido, iluminación, señalización de lugares, orientación, objetos personales, etc.</li> <li>- Cómo comunicarse con el paciente</li> <li>- Movilización, nutrición, hidratación, control del dolor, del sueño, etc.</li> </ul> </li> <li>• Proporcionar material de apoyo impreso</li> <li>• Asesorar sobre cómo realizar modificaciones en la casa.</li> <li>• Realizar al menos una visita domiciliaria inicial para evaluar la vivienda. (Recomendación Grado B, nivel 3 de la Conferencia Canadiense de Consenso en Demencia, 1999)</li> </ul>

Trabajador Social	
Informarle de los recursos sociosanitarios de los que puede beneficiarse y de la AFA más cercana	Entrevista y visita domiciliaria de evaluación. Recomendación Grado B, nivel 3 de la Conferencia Canadiense de Consenso en Demencia, 1999.
Informarle de los accesos a información jurídica	Entrevista y derivación. Recomendación Grado B, nivel 3 de la Conferencia Canadiense de Consenso en Demencia, 1999.

## Médico / Enfermera / Trabajador Social

Actividades	Características de calidad
Apoyo emocional y material	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facilitar el acceso fácil a los profesionales</li><li>• Actitud empática, facilitar la expresión de sentimientos, emociones, miedos; desculpabilizar y normalizar los sentimientos generadores de malestar y culpa.</li><li>• Ofrecer información y formación, desarrollar el plan de cuidados, facilitar el acceso a recursos sociales de descarga (ayuda a domicilio, estancias diurnas, ingresos temporales y definitivos), vincular a los cuidadores a grupos de autoayuda y grupos psicoeducativos, trabajo en red (coordinación socio-sanitaria)</li></ul>
Enseñar al cuidador a cuidarse	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reconocer signos de alarma.</li><li>• Cómo pedir ayuda</li><li>• Cómo poner límites al cuidado</li><li>• Cómo relajarse y buscar espacios de ocio y relación</li><li>• Cómo cuidar su salud física y psíquica. (Recomendación Grado B, nivel 3 de la Conferencia Canadiense de Consenso en Demencia, 1999)</li></ul>
Ayudar a planificar el futuro	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comentar aspectos legales y financieros.</li><li>• Asesorar en la toma de decisiones difíciles si así nos lo piden. Recomendación Grado B, nivel 3 de la Conferencia Canadiense de Consenso en Demencia, 1999.</li></ul>
Acompañar, apoyar y asesorar al cuidador, a su familia y, sobre todo, al propio paciente hasta el final	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados paliativos al paciente, procurándole una muerte digna.</li><li>• Prevención del duelo patológico. Recomendación Grado B, nivel 3 de la Conferencia Canadiense de Consenso en Demencia, 1999.</li></ul>

## Intervenciones educativas grupales con cuidadores:

### Servicios sociales Y AFAs

Actividades	Características de calidad
1. Grupos de apoyo	Apoyo emocional, información y recursos. Efectividad limitada en la reducción de la carga. "Gerontología Conductual, Intervención y ámbitos de aplicación". M, Izal, I, Montorio. Ed. Síntesis

### Equipo Básico de Atención Primaria / Servicios Sociales / AFAs

2. Programas psicoeducativos	Es imprescindible dar no sólo conocimientos sino también posibilidades de intercambiar apoyo emocional y la adquisición de habilidades instrumentales de cuidado y autocuidado. Conviene utilizar también material educativo escrito o <i>mass media</i> . "Gerontología Conductual. Intervención y ámbitos de aplicación". M, Izal, I, Montorio. Ed. Síntesis
------------------------------	--

### Psicólogo / Psiquiatra

3. Programas de intervención clínica	Se dirigen a la eliminación de la sintomatología depresiva de los cuidadores. Se utilizan estrategias de intervención conductual, junto con intervenciones clínicas
--------------------------------------	---

### Equipos básicos de Atención Primaria / Servicios Sociales

4. intervención familiar	Entrevista familiar y distintas reuniones familiares. "Gerontología Conductual, Intervención y ámbitos de aplicación". M, Izal, I, Montorio. Ed. Síntesis
--------------------------	---

## Equipos Básicos de Atención Primaria / Servicios Sociales / Asociaciones Familiares Enfermos Alzheimer

Actividades	Características de calidad
5. Programas multimodales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asesoramiento familiar</li> <li>2. Grupo de ayuda mutua</li> <li>3. Apoyo y seguimiento telefónico permanente</li> </ol> <p>Es el más efectivo en la disminución de la carga y retraso de la institucionalización. Mittelman. y otros. (1995). "Gerontología conductual, intervención y ámbitos de aplicación". M, Izal, I, Montorio. Ed. Síntesis</p>
Ver Anexo 5	

## Seguimiento por Atención Primaria

### Equipo multidisciplinar formado por Médico de Familia, Enfermero y Trabajador Social

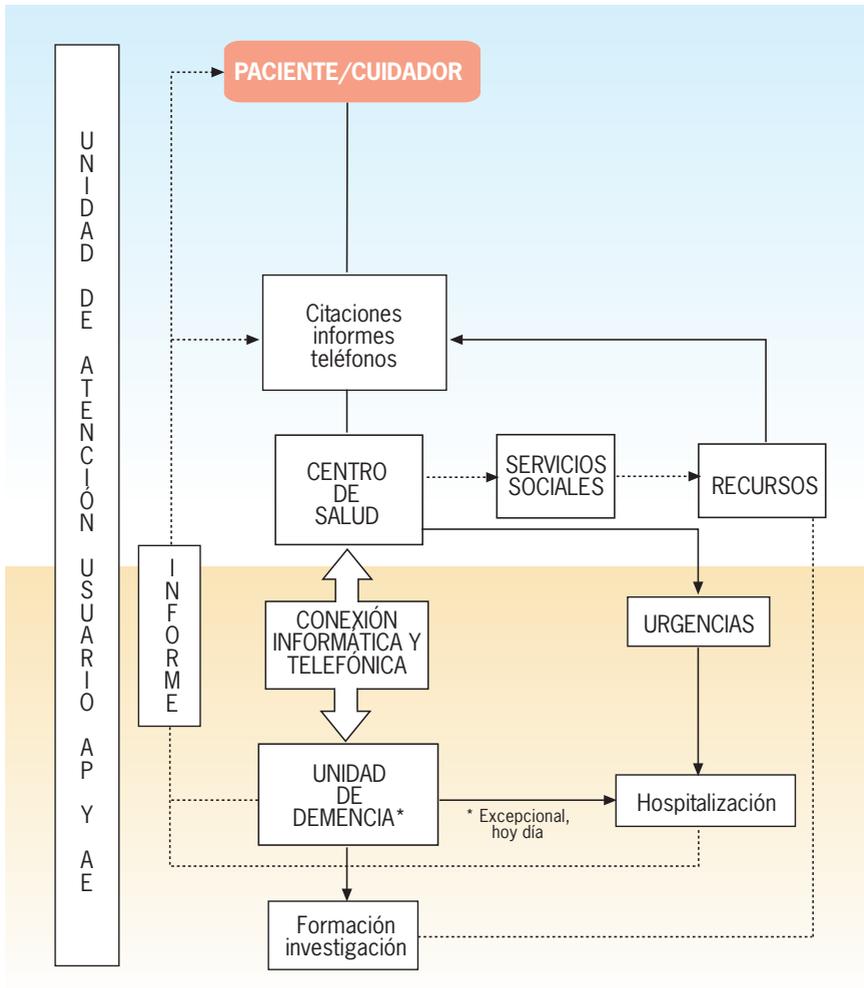
Actividades	Características de calidad
Seguimiento del paciente con demencia y de su familia en AP	<p>PLAN DE CUIDADOS estandarizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Define las actuaciones específicas que se deben llevar a cabo para resolver los problemas identificados, el profesional el/los responsable/s y el calendario.</li> <li>* Permite el seguimiento continuado, coordinado y su evaluación periódica.</li> <li>* Debe ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multidisciplinar: Recogerá las medidas de actuación propuestas por la valoración medica realizada en AP Y AE, la valoración de Enfermería, del Trabajador Social y de los SS comunitarios y/o especializados que hayan intervenido, y la opinión de la familia y del cuidador principal.</li> <li>- Multifactorial o integral: Incluye el abordaje de los problemas del paciente según su estadio clínico y funcional y los del cuidador principal y la familia mediante medidas de tratamiento farmacológicas y no farmacológicas.</li> </ul> </li> </ul>

Actividades	Características de calidad																
Seguimiento del paciente con demencia y de su familia en AP	* Los contenidos, duración y cronograma de la actividad programada dependerá de la valoración integral del caso y del plan de cuidados establecido. Podrá modificarse ante nuevas necesidades detectadas en el paciente y/o cuidador.																
	* Actuación mínima: reelaboración de la valoración integral y plan de cuidados según estadio evolutivo (DSM III-R):																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Médico Familia</th> <th>Enfermero</th> <th>Trabajador Social</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Leve</b></td> <td>Anual</td> <td>6-12 meses</td> <td>Anual</td> </tr> <tr> <td><b>Moderada</b></td> <td>6 meses</td> <td>3-6 meses</td> <td>6 meses</td> </tr> <tr> <td><b>Grave</b></td> <td>3 meses</td> <td>1-3 meses</td> <td>3 meses</td> </tr> </tbody> </table>		Médico Familia	Enfermero	Trabajador Social	<b>Leve</b>	Anual	6-12 meses	Anual	<b>Moderada</b>	6 meses	3-6 meses	6 meses	<b>Grave</b>	3 meses	1-3 meses	3 meses
		Médico Familia	Enfermero	Trabajador Social													
	<b>Leve</b>	Anual	6-12 meses	Anual													
<b>Moderada</b>	6 meses	3-6 meses	6 meses														
<b>Grave</b>	3 meses	1-3 meses	3 meses														

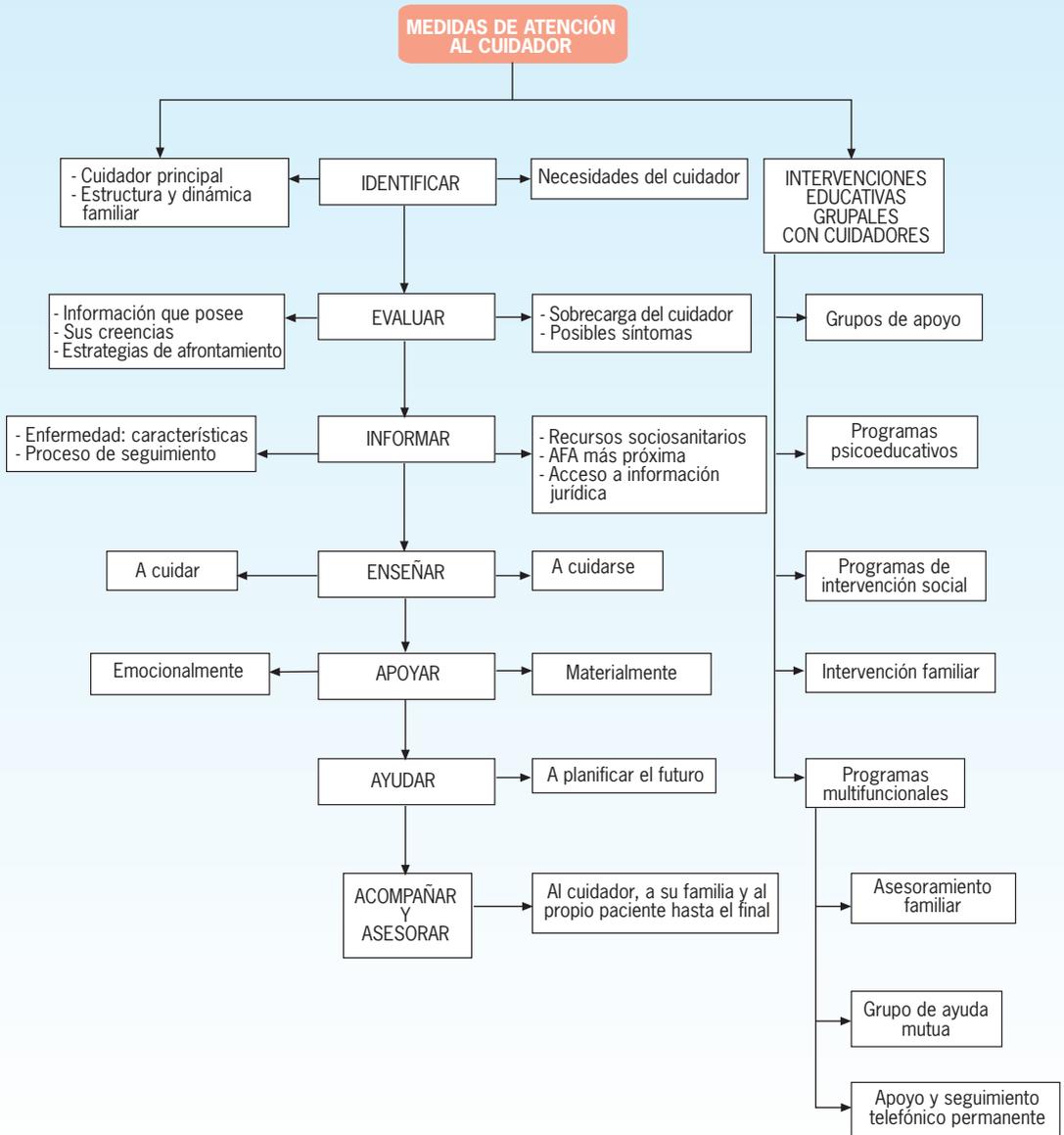
## Seguimiento por Atención Especializada

Equipo multidisciplinar de la Unidad de Demencias	
Actividades	Características de calidad
Seguimiento en Atención Especializada: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Demencias o</li> <li>- Servicio de Neurología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una vez establecido el diagnóstico, el seguimiento se adaptará al mismo, puesto que va a ser función de la etiología, de la fase en la que se encuentre la enfermedad y de los tratamientos de los que se disponga en un futuro; de su eficacia y posibles efectos secundarios a controlar</li> <li>- En la actualidad, las necesidades de revisión se resumen en: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Deterioro cognitivo leve: 6 meses</li> <li>* Demencia leve y moderada: 4-6 meses</li> <li>* Leve y moderada en tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa: mensual hasta que se alcance la dosis definitiva y, luego, cada 4-6 meses</li> <li>* Grave o avanzada: colaboraciones puntuales con Atención Primaria, sobre la base de posibles incidencias intercurrentes</li> </ul> </li> </ul>

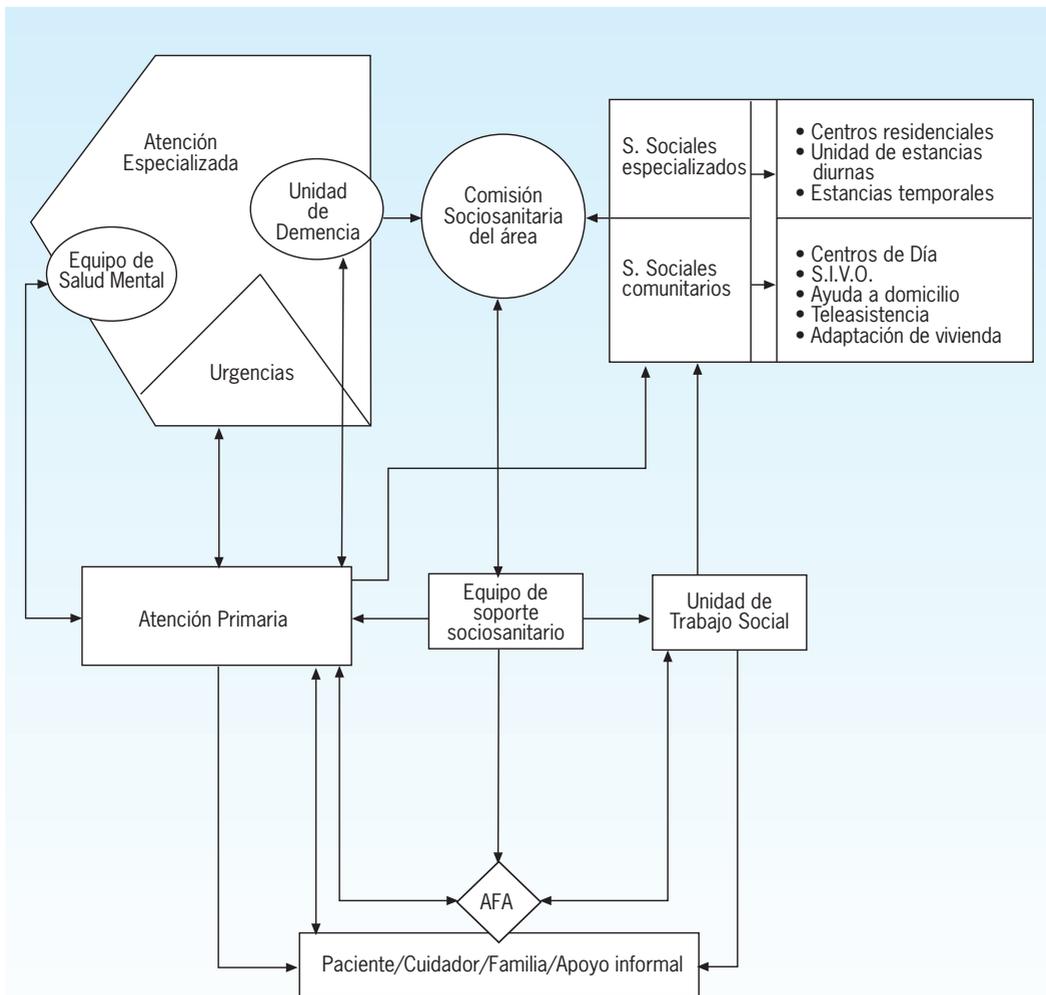
## ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3. DEMENCIA: SEGUIMIENTO



## ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 3. DEMENCIA: SEGUIMIENTO



## CIRCUITO DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA PARA LA ATENCIÓN A LA DEMENCIA



# Competencias profesionales

## Competencias generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La **competencia** es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- **Conocimientos:** el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- **Habilidades:** capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- **Actitudes:** características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: Imprescindible (I) y Deseable (D).

En el nivel de *excelencia*, todas las competencias identificadas tienen el carácter de *imprescindible*. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

## Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los Procesos Asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los **Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo)** de Médicos/as y Enfermeros/as, se han establecido las **Competencias Específicas** por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el **Mapa de Competencias para el Proceso**, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para Médicos/a/s y Enfermero/a/s del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este Proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los Procesos Asistenciales.

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICO.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICO.								
CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de la actividad asistencial	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
	Conocimiento de la legislación de servicios sociales y de sus aplicaciones	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				

### HABILIDADES

HABILIDADES								
CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
	Utilización de las escalas validadas existentes	I	I	I				
H-0146	Exploración clínica	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal ( asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar de decisiones.	I	I	I				
H-0024	Capacidad para las relaciones interpersonales	D	I	I				
H-0272	Capacidad para la comunicación	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0042	Manejo de Telemedicina	D	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				

## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
	Abordaje integral	I	I	I				
A-0054	Acogedor (atención especial al inicio del proceso, primer contacto)	I	I	I				
A-0014	Facilitador	I	I	I				
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0075	Creatividad	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
	Abordaje familiar	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERO/A

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
	Abordaje sociosanitario	I	I	I				
C-0510	Conocimientos básicos de técnicas diagnósticas y terapéuticas	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0499	Conocimientos epidemiológicos	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, Guías de práctica clínica, )	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto..)	D	I	I				
	Conocimiento de las redes de servicios sociales y del asociacionismo	D	I	I				
	Conocimiento de la legislación de servicios sociales y sus aplicaciones	D	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				

### HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
	Valoración integral del paciente (de necesidades físicas, personales y sociales)	I	I	I				
H-0300	Capacidad de aplicar una alimentación adecuada al paciente	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
	Utilización de las escalas validadas existentes	D	I	I				
	Identificación de población de riesgo	D	I	I				
H-0304	Cuidados en técnicas intervencionistas radiológicas	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar de decisiones.	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal ( <i>asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones</i> )	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL					1	2	3	4
		D	I	I					
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I					
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I					
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I					
H-0055	Capacidad docente	D	I	I					
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I					
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I					
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I					
	Abordaje familiar	D	D	I					
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I					
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I					
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I					
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I					
H-0022	Resolución de problemas	D	D	I					

## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL					1	2	3	4
		I	I	I					
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares	I	I	I					
	Abordaje integral	I	I	I					
A-0054	Acogedor	I	I	I					
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I					
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I					
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I					
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I					
A-0050	Responsabilidad	I	I	I					
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I					
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I					
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I					
A-0048	Talante positivo	I	I	I					
A-0051	Sensatez	I	I	I					
A-0043	Discreción	I	I	I					
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I					
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I					
A-0024	Juicio crítico	I	I	I					
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I					
A-0007	Creatividad	D	I	I					
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I					
A-0038	Resolutivo	D	D	I					
A-0052	Visión de futuro	D	D	I					

## Recursos y Características de calidad

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD. REQUISITOS	
<b>Papelería</b>	Historia clínica	Protocolizada, informatizada, accesible a todos los profesionales
<b>Telemedicina</b>	Soporte informático y de telecomunicación	Interrelacionable primaria-especializada
<b>Instrumental</b>	Técnicas diagnósticas y terapéuticas	Actualizado y renovable
<b>Aparataje</b>	Técnicas diagnósticas y terapéuticas	Evitar desigualdades geográficas
<b>Material fungible</b>	Técnicas diagnósticas y terapéuticas	Homologado y disponible
<b>Personal</b>	Redes sanitaria y social	Suficiente en número, capacitado y motivado

## Unidades de soporte

UNIDAD DE SOPORTE	ENTRADAS
<b>Unidad de Atención al Usuario de AP</b>	Gestión de consulta de AP
<b>Unidad de Extracciones de AP y AE</b>	Recogida de muestras
<b>Sº de enlace</b>	Transporte
<b>Unidad de Atención al Usuario de AE</b>	Gestión de consulta de AE y de exploraciones complementarias
<b>Sº de Laboratorio/Microbiología/Inmunología</b>	Hemograma, bioquímica, serología, hormonas, LCR, marcadores biológicos
<b>Sº de Radiodiagnóstico</b>	Tomografía computarizada. Resonancia magnética. Angiografía. Estudios simples

<b>UNIDAD DE SOPORTE</b>	<b>ENTRADAS</b>
<b>S° de Medicina Nuclear</b>	Determinaciones analíticas, SPECT cerebral, PET
<b>S° de Neurología/Neurofisiología clínica</b>	EEG y otros estudios neurofisiológicos
<b>S° de Genética</b>	Estudio genético
<b>S° de Anatomía Patológica</b>	Estudio histopatológico
<b>S° de Farmacia</b>	Farmacoterapia
<b>S° de Documentación Clínica Unidades administrativas hospitalarias</b>	Historia clínica Gestión de personal; apoyo administrativo; desarrollo informático
<b>Unidades de servicios generales hospitalarios</b>	Transporte; esterilización; almacén; suministros; mantenimiento; limpieza; lavandería; lencería; cocina; peluquería; seguridad
<b>Unidades de gestión</b>	Gestión, dirección; organización; coordinación; planificación; garantía de políticas de calidad



# procesos asistenciales

# 5

## EVALUACIÓN

### INDICADOR

#### Criterios de estructura (I)

- De accesibilidad:
  - Ausencia de barreras arquitectónicas
  - Existencia de circuitos señalizados hospitalarios
- De accesibilidad temporal:
  - Tiempo de respuesta en AP
  - Tiempo de respuesta en AE
- De seguridad:
  - Ausencia de peligros en el entorno y en el domicilio del paciente
- De formación de los profesionales y cuidadores:
  - Nº de cursos y actividades, organizados en cada zona básica y unidad hospitalaria destinados a la formación continuada de todos los profesionales sociosanitarios que intervienen en el proceso, tanto de pregrado como de postgrado
  - Existencia de un programa de formación e información a los cuidadores principales de enfermos con demencia
- “Ratios” de personal:
  - 3,5 neurólogos/10<sup>5</sup> habitantes

**INDICADOR****CRITERIO DE CALIDAD****Criterios de estructura (II)**

- Profesionales de AP:  
10 minutos por paciente en consulta a demanda y 30 minutos en consulta programada.
- Un Trabajador Social por cada Centro de Salud

- Otras estructuras (por cada área sanitaria)

- Una unidad de diagnóstico y tratamiento de trastornos cognitivos o Unidad de Demencias
- Un centro de día con capacidad para 40 pacientes / día.
- Una unidad de atención nocturna con 10 plazas.
- Acceso universal para todos los enfermos al servicio de atención domiciliaria con una intensidad mínima de 40 horas mensuales
- Un equipo de soporte sociosanitario de atención domiciliaria
- Una plaza de estancia temporal por cada 1.000 mayores de 65 años
- 2 unidades de vida con capacidad para 6-10 personas.
- El 10% de los enfermos tendrán acceso a unidades psicogerítricas y otras plazas residenciales.
- Teléfono de información Alzheimer/demencias
- Profesionales de A.P.:
  - 10 minutos por paciente
  - Un máximo de 25 pacientes atendidos por día
  - No pasar de 1200 personas adscritas por cupo médico o de enfermería
  - Un Trabajador Social por cada Centro de Salud
  - Una unidad de diagnóstico y tratamiento de trastornos cognitivos o Unidad de Demencia ubicada en el Hospital de referencia del área

- Disponibilidad de medios diagnósticos:

Existencia de protocolo de derivación  
Disponer de formularios con información

**• Indicadores de proceso**

- Diagnóstico, seguimiento y tratamiento según Proceso de Atención a las Demencias

- Nº de pacientes derivados a Atención Especializada con sospecha diagnóstica / Casos esperados de demencia
- Nº de partes interconsulta derivados por AP a Neurología

**INDICADOR****CRITERIO DE CALIDAD****Indicadores de resultado**

- o Salud Mental con sospecha de demencia adecuadamente cumplimentados / Total de partes interconsulta derivados por AP a Neurología o Salud Mental con sospecha de demencia
  - Nº de pacientes derivados desde AE a AP con diagnóstico confirmado de demencia / casos esperados de Demencia
  - Nº de pacientes con demencia derivados desde AE a AP con informe clínico adecuadamente cumplimentado / Total de pacientes con demencia derivados desde AE a AP
  - Nº de cuidadores de pacientes con demencia captados por AP / Nº total de pacientes con diagnóstico de demencia
  - Nº de cuidadoras de pacientes con demencia que han participado en los talleres psicoeducativos en AP / Nº total de cuidadoras de pacientes con demencia captados por AP
  - Nº de informes entregados
  - Nº de pacientes revisados en AE
  - Nº de coordinaciones entre AP y AE
  - Nº de sesiones clínicas interdisciplinarias
  - Nº de sesiones conjuntas en AP
  - Nº de sesiones conjuntas en AE
  - Nº de sesiones conjuntas en SS CC
  - Nº de sesiones conjuntas en SS EE
  - Nº de reuniones con AFAs
  - Indicador de coordinación sociosanitaria
- Monitorización terapéutica:

El tratamiento debe contemplar los fármacos necesarios, el acceso a programas de estancias temporales y las intervenciones psicosociales que el paciente o su familia requieran
  - Eventos negativos (comorbilidad):
    - Úlceras por presión
    - Desnutrición
    - Problemas de comportamiento
    - Depresión
    - Institucionalización

**INDICADOR****CRITERIO DE CALIDAD**

- Eventos positivos:
  - Altas a domicilio
  - Mantenimiento de las actividades de la vida diaria
- Estado cognitivo
- Índice de satisfacción del paciente y de la familia con la atención recibida
- Calidad de vida del paciente y cuidador
- Resultados referidos al cuidador (carga, bajas laborales, depresión)
- Coste de la atención
- Uso de servicios sanitarios y sociales

### **LEY 6/1999 DE 7 DE JULIO, DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES.**

#### **EL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ANDALUCIA A TODOS LOS QUE LA PRESENTE VIEREN, SABED:**

Que el Parlamento de Andalucía ha aprobado y yo, en nombre del Rey y por la autoridad que me confieren la Constitución y el Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente

#### **“LEY DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES”**

##### **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

###### **I**

La Constitución española establece en su artículo 9.2 que corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud, y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. Estos principios son reiterados por el artículo 12.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

Igualmente, el artículo 50 de la Constitución española determina que los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

En virtud de este mandato constitucional y de las competencias asumidas en el Estatuto de Autonomía para Andalucía en materia de asistencia y servicios sociales (art. 13.22) y promoción de actividades y servicios para la tercera edad y desarrollo comunitario (art. 13.30), incidiendo también en régimen local (art. 13.3), vivienda (art. 13.8), transportes (art. 13.10), turismo (art. 13.17), sanidad (art. 13.21), cultura (art. 13.26), deporte y ocio (art. 13.31), defensa de consumidores y usuarios (art. 18.1.6) y educación (art. 19), se elabora la presente Ley.

En el ámbito autonómico, la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, configuró en nuestra Comunidad Autónoma un Sistema Público de Servicios Sociales, una de cuyas áreas de actuación específica se dirige a la atención y promoción del bienestar de la vejez, creando los Servicios Sociales especializados para este sector de población con el objeto de promover su integración y participación en la sociedad, favoreciendo su mantenimiento en el medio habitual y evitando su marginación.

Como antecedentes de un tratamiento integral a la problemática de este sector, se han elaborado los siguientes planes: Plan Gerontológico Nacional, Plan Andaluz de Salud, Plan de Servicios Sociales de Andalucía y Plan de Atención Integral a los Mayores Andaluces.

No obstante, se estima necesario establecer en Andalucía el marco adecuado que, desde una perspectiva integradora, asegure una respuesta uniforme y coordinada a la problemática de las personas mayores. Ha sido una reivindicación del mismo movimiento asociativo, representante de este sector, disponer de una Ley que amparase sus derechos y cubriera sus necesidades.

## II

El cambio demográfico producido en la población andaluza en los últimos tiempos, lo que se conoce como el fenómeno social del envejecimiento de la población, constituye uno de los más serios retos al que ha de enfrentarse nuestra sociedad y cuya complejidad requiere respuestas particulares y coordinadas de los distintos sistemas de protección social.

En los últimos años, se ha producido un incremento espectacular de la esperanza de vida. Por otra parte, la caída de la tasa de natalidad, junto a las importantes modificaciones producidas en nuestra sociedad, que ha pasado de un estilo de vida rural a otro urbano, caracterizado por la reducción de las redes de apoyo social, nuclearización de la familia e incorporación de la mujer al trabajo, hacen necesaria la articulación de recursos, medidas y actuaciones por parte de las Administraciones Públicas.

La vejez es compleja y heterogénea y es fruto de la influencia de aspectos biológicos, psicológicos y sociales y debe ser entendida como una fase más del ciclo vital, con la riqueza y la diversidad que, al igual que otras etapas de la vida, posee.

Este sector de población tan numeroso presenta diversidad de necesidades que requieren respuestas igualmente diversificadas. Actualmente, las respuestas de las Administraciones Públicas a tales necesidades no están suficientemente adaptadas a tal diversidad. Urge, por tanto, desarrollar recursos, servicios y programas adaptados a la realidad cambiante y diversa que las personas presentan a partir de sus 65 años.

## III

**El Título I, “ Disposiciones generales”**, aborda los objetivos perseguidos por la Ley, su ámbito de aplicación, así como los criterios que deben regir las actuaciones de las diferentes Administraciones Públicas.

En consecuencia, con lo expuesto anteriormente, esta Ley se plantea una actuación integral para atender al bienestar de las personas mayores, como mejora de su calidad de vida.

Por ello, en el Título I de la Ley subyacen los principios generales de responsabilidad pública, mediante la adscripción de recursos, el mantenimiento, inspección y control de los mismos, y el apoyo de los poderes públicos a los cuidadores informales, fomentando la ayuda a las familias y el voluntariado; el principio de solidaridad, mediante la distribución de los recursos entre las personas y grupos sociales, así como entre los diferentes ámbitos territoriales; el principio de corresponsabilidad de la familia y de la sociedad, mediante la implicación de la familia y la participación ciudadana; el principio

de normalización e integración, asegurando la permanencia de las personas mayores en su medio familiar y social, evitando situaciones de desarraigo; el principio de participación, mediante la intervención de los mayores a través de instancias de representación en la planificación, promoción y control de los recursos destinados a los mismos; el principio de planificación y coordinación, mediante la adecuación de los recursos a las necesidades de los mayores y la armonización de las iniciativas públicas entre sí y de éstas con la iniciativa privada; el principio de globalidad, mediante la aproximación a las necesidades de las personas mayores desde un enfoque integral, global e interdisciplinario; el principio de prevención, mediante la adopción de medidas que favorezcan el bienestar y la calidad de vida de los mayores; el principio de eficacia y eficiencia, mediante una gestión de los recursos públicos que evite duplicidades y dispersión de los mismos.

**El Título II, “De la participación de las personas mayores”**, desarrolla el mandato constitucional a los poderes públicos de facilitar, promover e incentivar su participación como ciudadanos. Consagra la Ley la participación institucional, articulada a través de los Consejos de Mayores y la obligación de las Administraciones Públicas de promover el voluntariado.

**El Título III, “De los servicios sociales”**, contiene los diferentes niveles de atención que este sistema presta a las personas mayores: Los Servicios Sociales Comunitarios y los Servicios Sociales Especializados.

La Ley reconoce la importancia de la familia como pilar básico para las personas mayores. Establece la obligación de apoyo a los cuidadores familiares, amigos, vecinos u otras personas que afrontan la tarea de la prestación de cuidados a personas mayores dependientes sin percibir retribución económica alguna por la ayuda que ofrecen; es decir, lo que se ha venido denominando el sistema informal de atención, frente a los prestados por los servicios formales institucionalizados, ya sean sanitarios o sociales. La Ley reconoce la extraordinaria importancia de estas redes de apoyo a las que hace merecedoras de programas de atención por parte de las Administraciones Públicas, puesto que, garantizando la calidad de vida de quienes cuidan, se mejora la calidad de vida de quienes reciben sus cuidados.

En el Capítulo IV se regula un catálogo de derechos y deberes de los usuarios de los servicios y centros de servicios sociales, dando cumplimiento así a una de las máximas reivindicaciones del movimiento asociativo de las personas mayores y del propio Defensor del Pueblo Andaluz: contar con una norma con rango de Ley que garantice en todos los centros y servicios, ya sean de titularidad pública o privada, el respeto a estos derechos. Igualmente, aunque ya esté recogida en la Ley 2/1988, de 4 de abril, establece la participación de los usuarios en el coste de los servicios.

**En el Título IV, “De la atención sanitaria”**, se regulan los objetivos de dicha atención del marco del Sistema Público Andaluz de Salud.

**En el Título V, “De la atención sociosanitaria”**, se afronta un espacio novedoso de atención integral a las personas mayores que precisan de cuidados conjuntos de salud y servicios sociales.

**El derecho a la vivienda se contempla en el Título VI**, que establece la obligación para las Administraciones Públicas de adaptar las viviendas a las necesidades de las personas mayores, sobre todo para aquellas que tienen problemas de movilidad.

**En el Título VII se recogen medidas de promoción de la educación**, del conocimiento sobre la vejez y sobre la preparación a la jubilación.

**En el Título VIII se desarrollan los derechos de las personas mayores** en materia de cultura, ocio, turismo y deportes, mediante la necesaria integración de las personas mayores en las actuaciones destinadas a toda la población, adecuándolas a las necesidades de éstas.

**En el Título IX, “De la protección económica”,** se da cumplimiento al mandato del artículo 50 de la Constitución española.

**En el Título X, “De la protección jurídica”,** se establecen medidas sobre prevención de situaciones de maltrato y de protección para aquellas personas mayores que se encuentren en situación de desvalimiento, senilidad, enfermedades o deficiencias de carácter físico o psíquico que impidan a las personas gobernarse por sí mismas, y que las hacen merecedoras de especial protección por parte de las Administraciones Públicas.

**El Título XI regula el régimen sancionador,** orientado a prevenir y evitar situaciones de riesgo social que puedan originar el maltrato y la desasistencia de las personas mayores.

Y, finalmente, se establecen dos disposiciones adicionales en las que, respectivamente, se contempla la elaboración del Plan Integral de Atención a las Personas Mayores en el ámbito de las políticas a desarrollar por la Junta de Andalucía y se faculta al Defensor del Pueblo Andaluz para delegar en uno de sus adjuntos todas las funciones que tenga encomendadas en esta materia.

## TÍTULO I

### DISPOSICIONES GENERALES

#### Artículo 1. Objeto.

La presente Ley tiene por objeto regular y garantizar un sistema integral de atención y protección a las personas mayores, que cuente con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas de Andalucía, así como de los propios sectores sociales a la que va dirigida y cuyas actuaciones respondan a una acción planificada, coordinada y global donde se contemplen medidas en todas las áreas que afectan a estas personas a fin de conseguir los siguientes objetivos:

- a) Impulsar y mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas mayores y proporcionarles un cuidado preventivo, progresivo, integral y continuado, en orden a la consecución del máximo bienestar en sus condiciones de vida, prestando especial atención a aquéllas con mayor nivel de dependencia.
- b) Velar por la suficiencia económica de las personas mayores con objeto de favorecer su integración social.
- c) Procurar la integración de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida social mediante su participación en las actividades que se lleven a cabo en su entorno físico y cultural, así como fomentar la aportación de sus conocimientos y experiencia a las restantes generaciones.
- d) Posibilitar la permanencia de los mayores en el contexto sociofamiliar en el que han desarrollado su vida.
- e) Promover las condiciones precisas para que las personas mayores lleven una vida autónoma, ofertando los medios para desarrollar sus potencialidades y frenar los procesos involutivos que acompañan a la edad avanzada.

- f) Prevenir y evitar situaciones de riesgo social que puedan dar lugar a situaciones de maltrato y desasistencia.
- g) Favorecer la solidaridad entre las generaciones.
- h) Fomentar la participación del movimiento asociativo de las personas mayores en el proceso de integración comunitaria.
- i) Sensibilizar a la sociedad andaluza respecto de la situación de las personas mayores, con las exigencias que plantea la evolución demográfica actual y futura y con las consecuencias del progresivo envejecimiento de la población de la Comunidad Autónoma.
- j) Establecer los mecanismos de apoyo generacional necesarios, consistentes en medidas de acción positiva que posibiliten que la obligada transición de la vida activa laboral a la situación de jubilación o de inactividad laboral asimilada, se realice de la forma menos traumática posible.
- k) Propiciar la participación de las personas mayores, a través de las organizaciones en que se integran, en el proceso de toma de decisiones sobre el planeamiento y gestión del sistema de atención y protección diseñado en esta Ley.
- l) Promover los valores representados por las personas mayores.

## **Artículo 2. Ámbito de aplicación.**

1. Tendrán derecho a las prestaciones y servicios previstos en la presente Ley las personas mayores de sesenta y cinco años que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:
  - a) Quienes tengan la consideración de andaluces, de acuerdo con lo previsto en el artículo 8 del Estatuto de Autonomía para Andalucía.
  - b) Extranjeros, apátridas, o refugiados con residencia en cualquier municipio de Andalucía, en los términos establecidos en las normas, tratados y convenios internacionales vigentes en esta materia, y en su defecto atendiendo al principio de reciprocidad.
  - c) Aquellas otras personas que se encuentren en reconocido estado de necesidad.
2. Podrá establecerse reglamentariamente que todas o algunas de las previsiones de la presente Ley resulten de aplicación a quienes, reuniendo las demás condiciones fijadas en los apartados anteriores, hayan cumplido los cincuenta y cinco años de edad.

## **Artículo 3. Criterios de actuación.**

Las actuaciones que lleven a cabo las Administraciones Públicas de Andalucía en cumplimiento de la presente Ley se regirán por los siguientes criterios:

- a) Garantizar que las personas mayores gocen de todos los derechos y libertades que tienen reconocidos por la Constitución y el resto del ordenamiento jurídico, sin que sufran discriminación alguna por razón de edad, nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, deficiencia o enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal, familiar o social.
- b) Adoptar medidas para la prevención de situaciones de abuso y explotación de las personas mayores, tanto en su persona como en su patrimonio.
- c) Velar por el cumplimiento de las obligaciones familiares en relación a las personas mayores.
- d) Arbitrar las medidas necesarias para garantizar una adecuada coordinación interadministrativa, pudiéndose crear con este fin aquellas estructuras o dispositivos que faciliten la correcta canalización de las demandas.

- e) Fomentar la participación de las personas mayores en los niveles de decisión y gestión que les afecten.
- f) Adoptar las medidas necesarias a fin de difundir en la sociedad andaluza la importancia de la función social que desarrollan las personas mayores.

## TÍTULO II

### **Artículo 4. Norma general.**

La Administraciones Públicas de Andalucía fomentarán la participación de las personas mayores en la vida política, económica, cultural y social, apoyando el asociacionismo en este sector de población.

### **Artículo 5. Participación institucional.**

- 1) Las Administraciones Públicas de Andalucía establecerán los cauces normativos y las medidas necesarias para garantizar la participación de las personas mayores en la planificación y seguimiento de las medidas de política social que les afecten específicamente.
- 2) Los Consejos de Mayores constituirán los órganos de participación institucional de las personas mayores en el ámbito autonómico, provincial y local, asumiendo las funciones de representación, asesoramiento y elaboración de propuestas de actuación a las Administraciones Públicas en el sector de las personas mayores, en los términos establecidos reglamentariamente.
- 3) Las organizaciones, sindicatos y asociaciones donde se integren las personas mayores, serán tenidas en cuenta a la hora de la toma de decisiones en aquellos temas que específicamente les afecten.

### **Artículo 6. Voluntariado y Ayuda Mutua.**

Las Administraciones Públicas de Andalucía promoverán el desarrollo del voluntariado de mayores como forma de participación en los diversos campos donde interviene el voluntariado así como grupos de ayuda mutua, dentro del propio colectivo.

## TÍTULO III

### DE LOS SERVICIOS SOCIALES

#### **CAPÍTULO I. Disposiciones generales**

### **Artículo 7. Norma general.**

- 1) El Sistema Andaluz de Servicios Sociales engloba a los servicios y centros de atención a las personas mayores de titularidad tanto pública como privada.
- 2) Se garantizará la adecuada prestación de servicios, tanto comunitarios como especializados, a las personas mayores, en el ámbito de los servicios y centros de servicios sociales, de titularidad pública y privada.

## **Artículo 8. Organización y funcionamiento.**

Todos los recursos públicos y privados de estancia y alojamiento para personas mayores situados en la Comunidad Autónoma de Andalucía habrán de disponer de un reglamento de régimen interior regulador de su organización y funcionamiento, normas de convivencia, órganos de participación, y derechos y deberes de los residentes del centro.

El reglamento de régimen interior y sus eventuales modificaciones deberán ser aprobados por el órgano competente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

## **Artículo 9. Apoyo familiar.**

- 1) Las Administraciones Públicas apoyarán a las familias y a otros cuidadores que tengan a su cargo la atención de una persona mayor dependiente, a través de medidas y programas de información y entrenamiento en las habilidades necesarias para afrontar su cuidado, así como a través de medidas de soporte sociosanitarias que compensen la dedicación familiar intensiva y eviten situaciones extremas de cansancio familiar. En todo caso, se asegurará la participación activa y de forma directa en este apoyo familiar de los servicios sociales comunitarios.
- 2) Asimismo, se potenciará la creación de asociaciones de grupos de ayuda u otras redes de apoyo entre los familiares que cuidan a personas mayores con problemas de autonomía personal u otra índole.

## **Artículo 10. Régimen de autorización e inspección.**

- 1) La creación, construcción, modificación sustancial, puesta en funcionamiento y cierre de los servicios y centros de servicios sociales de atención a personas mayores estarán sometidos al régimen de autorización administrativa.
- 2) La inspección de servicios sociales controlará el funcionamiento de dichos servicios y centros, y velará especialmente por el respeto a los derechos de los usuarios.

## **CAPÍTULO II. Atención comunitaria**

### **Artículo 11. Servicios Comunitarios.**

Los Servicios Sociales Comunitarios, como estructura básica y primer nivel de atención del Sistema de Servicios Sociales de Andalucía, atienden, entre otros, al sector de mayores.

Esta atención específica se desarrolla desde la Red de Centros de Servicios Sociales Comunitarios.

### **Artículo 12. Objetivo de los Servicios Sociales Comunitarios.**

El objetivo básico de los Servicios Sociales Comunitarios para las personas mayores será el de promover su integración y participación en la sociedad, favoreciendo el mantenimiento en su medio habitual y evitando su marginación.

### **Artículo 13. Recursos comunitarios.**

- 1) Los Servicios Sociales Comunitarios dispensarán prestaciones y servicios mediante actuaciones personalizadas, polivalentes, integradoras, complementarias, técnicas y preventivas tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
- 2) Los Servicios Sociales Comunitarios responderán a las necesidades de las personas mayores mediante información sobre recursos existentes, gestión de prestaciones, ayuda a domicilio y, en general, mediante la atención especial a personas con problemas de integración social.
- 3) Los Servicios Sociales Comunitarios actuarán tanto en el ámbito individual como grupo, dando apoyo a las asociaciones de personas mayores y sus familiares.

## **CAPÍTULO III. Servicios Sociales Especializados**

### **Artículo 14. Clasificación.**

- 1) Los Servicios Sociales Especializados, en cuanto instrumentos para la atención a las personas mayores dirigidos a posibilitar su integración social, habrán de procurar estructurarse en los ámbitos más próximos al ciudadano, evitando situaciones de desarraigo, y se estructurarán a través de:
  - Centros de día.
  - Unidades de estancias diurnas.
  - Viviendas tuteladas.
  - Centros residenciales.
  - Otras alternativas.
- 2) Los Servicios Sociales especializados tenderán a estructurarse en los ámbitos más próximos a las personas a quienes prestan servicio, evitando situaciones de desarraigo.

### **Artículo 15. Centros de día.**

Los centros de día se configuran como centros de promoción de bienestar de las personas mayores, tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de servicios sociales a otros sectores de la población.

### **Artículo 16. Unidades de estancias diurnas.**

Las unidades de estancias diurnas están destinadas a prestar una atención integral durante parte del día a personas mayores con un grado variable de dependencia física o psíquica. Su objetivo es mejorar o mantener el nivel de autonomía personal de los usuarios y apoyar a las familias o cuidadores que afrontan la tarea de atenderlos.

### **Artículo 17. Viviendas tuteladas.**

Son viviendas tuteladas aquéllas destinadas a personas mayores que posean un grado suficiente de autonomía personal y se configuran como pequeñas unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, sometidas al cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa sobre centros de servicios sociales, y supervisadas por una entidad de servicios sociales, tanto de carácter público como privado.

### **Artículo 18. Centros residenciales.**

1. Los centros residenciales son centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor una atención integral.
2. Las Administraciones Públicas fomentarán las estancias temporales en centros residenciales, entendiéndose éstas como la permanencia por un periodo de tiempo predeterminado.

### **Artículo 19. Otras alternativas.**

Las Administraciones Públicas fomentarán aquellos programas dirigidos a favorecer la permanencia de la persona mayor en su entorno, tales como:

- a) Integración Familiar, destinado a fomentar la integración del mayor en su propia familia u otras familias, en caso de que la persona mayor se encuentre solo y existan familias que deseen atenderlos e integrarlos en su propia unidad familiar.
- b) Alojamiento de Jóvenes con Personas Mayores, dirigido a promover la estancia de jóvenes con personas mayores que, por sus circunstancias, se encuentren solos y deseen dar alojamiento a estas personas.
- c) Viviendas Compartidas, destinadas a dar alojamiento a varias personas ya sean mayores o a jóvenes y mayores indistintamente, siempre que su grado de autonomía les permita esta convivencia.
- d) Otros análogos.

## **CAPÍTULO IV. De los derechos y deberes de los usuarios**

### **Artículo 20. Derechos de los usuarios.**

Las Administraciones Públicas garantizarán la calidad de las prestaciones a recibir por las personas mayores en los servicios y centros de servicios sociales y velarán por que en éstos se respeten los derechos que la Constitución española y el resto del ordenamiento jurídico reconocen a aquéllas, y especialmente los siguientes:

1. Derecho a la intimidad y a la no divulgación de los datos personales que figuren en sus expedientes o historiales.
2. Derecho a la integridad, física y moral, y a un trato digno tanto por parte del personal del centro o servicio como de los otros usuarios.
3. Derecho a no ser discriminados en el tratamiento por razón de edad, nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

4. Derecho a la información y a la participación de forma que, en todos los servicios y centros de servicios sociales, funcionen los mecanismos de participación de los usuarios o de sus representantes legales que se establecerán en el desarrollo reglamentario de la presente Ley.
5. Derecho a una atención individualizada acorde con sus necesidades específicas.
6. Derecho a que se les faciliten las prestaciones sanitarias, farmacéuticas, así como a los tratamientos técnico-científicos y asistenciales que correspondan al servicio o centro según su finalidad y conforme a las necesidades del usuario.
7. Derecho a mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas, siendo obligación de la dirección de los centros promover las relaciones periódicas con sus familiares, tutores o curadores.
8. Derecho a cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia, salvo cuando ello venga excluido por lo previsto en la normativa que resulte de aplicación.
9. Derecho a ser protegidos por la Ley, tanto ellos como sus bienes, cuando como consecuencia de la pérdida de sus facultades mentales, pierdan su capacidad de autogobierno, tanto si están en una institución como en el ámbito familiar.

#### **Artículo 21. Deberes de los usuarios.**

Los usuarios de los centros y servicios sociales deberán cumplir lo establecido en la presente Ley, en las normas que se dicten en desarrollo de la misma y en sus reglamentos de funcionamiento interno, estando especialmente obligados a:

1. Observar una conducta inspirada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración, encaminada a facilitar una mejor convivencia entre los usuarios y el personal que presta sus servicios en los centros.
2. Respetar los derechos de los demás usuarios.
3. Cumplir las normas que rijan el funcionamiento del centro.
4. Abonar el importe de las liquidaciones de estancias o los precios de los servicios que se establezcan en función de las capacidades económicas de los usuarios y sin perjuicio de lo establecido en el art. 30.3 de la Ley 2/88, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía.
5. Facilitar correctamente los datos que puedan dar lugar al derecho a la prestación o servicio.

#### **Artículo 22. Participación de los usuarios en el coste de los servicios.**

1. A los efectos establecidos en el artículo 30 de la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, serán computadas tanto las rentas y bienes de la persona mayor como los de aquéllos obligados a prestarle alimentos, sin perjuicio de que las personas que carezcan de recursos suficientes para abonar su importe tengan derecho a la exención o bonificación del pago del coste de los servicios que reciban.
2. Los usuarios vendrán obligados a declarar la situación patrimonial en los casos de ingreso en centros o servicios del sistema público.
3. En cualquier caso la Administración regulará el reconocimiento de deuda contraída por las personas mayores sin renta pero con patrimonio.

## TÍTULO IV

### DE LA ATENCIÓN SANITARIA

#### **Artículo 23. Objetivos de la atención sanitaria.**

En el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la atención sanitaria de las personas mayores estará orientada a la consecución de los siguientes objetivos:

- a) Promover la salud y prevenir problemas de salud a través del desarrollo de programas de educación para la salud dirigidos al fomento de hábitos saludables de vida, a la prevención de accidentes y enfermedades, a evitar el uso abusivo de medicamentos y otros que se determinen de interés para el colectivo de personas mayores. A estos efectos, se utilizarán los recursos y medios más cercanos y accesibles para este sector de población.
- b) Asegurar la calidad de la asistencia sanitaria en el nivel primario de atención, por medio de una adecuada formación y reciclaje en Geriátrica y Gerontología de los profesionales de los equipos de atención primaria.
- c) Propiciar la permanencia de las personas mayores en su domicilio a través de la necesaria potenciación de los programas de atención médica y de enfermería domiciliaria. Igualmente, y de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias, se propiciará la permanencia de las personas mayores enfermas o en situación de riesgo en su domicilio, mediante la creación de un sistema gratuito de conexión permanente y aviso a los servicios de atención sanitaria. Reglamentariamente, se establecerán las ayudas técnicas específicas de estos programas y los requisitos que deban concurrir en sus beneficiarios.
- d) Garantizar la adecuada coordinación entre los servicios sanitarios de atención primaria y especializada, a través del establecimiento conjunto de criterios de derivación entre ambos niveles de atención y la debida protocolización de la continuidad de equipos multidisciplinares.
- e) Garantizar la calidad de la asistencia sanitaria en el nivel especializado de atención, mediante la actuación coordinada de equipos multidisciplinares.
- f) Potenciar los programas de rehabilitación funcional que contribuyan al buen estado físico, psíquico o sensorial de esta población o compensen su deterioro.

## TÍTULO V

### DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

#### **Artículo 24. Definición del sistema de atención sociosanitaria.**

1. El Sistema Sociosanitario Andaluz para las personas mayores tiene por finalidad la prestación, de forma integral y coordinada, de servicios propios de la atención sanitaria y de los servicios sociales, bien sean de carácter temporal o permanente.
2. Serán destinatarios de este sistema aquellas personas mayores que por su alto grado de dependencia, especialización en los cuidados e insuficiencia de apoyo sociofamiliar requieran ser atendidos conjuntamente por los recursos sanitarios y sociales.

## **Artículo 25. Principios generales.**

Las prestaciones sociosanitarias que se desarrollen irán dirigidas a garantizar los siguientes principios generales:

- a) Conseguir y mantener el mayor grado de autonomía e independencia en el entorno domiciliario, evitando el ingreso innecesario en instituciones.
- b) Impulsar los mecanismos de coordinación y actuación conjunta entre los servicios sociales y los servicios sanitarios, tanto en el nivel de atención primaria y comunitaria como en los niveles especializados.
- c) Incluir planes y programas coordinados e interdepartamentales que contemplen las innovaciones necesarias para hacer frente a las nuevas necesidades y demandas asistenciales.
- d) Establecer los criterios sociosanitarios precisos para la ordenación de los recursos tanto para la delimitación de las estructuras de atención como de sus funciones y acceso a las mismas.
- e) Potenciar programas de formación continuada, investigación e intercambio de experiencias multidisciplinarias entre los profesionales implicados de manera que redunde en la mejora de la calidad de la atención a las personas mayores.

## **Artículo 26. Configuración de la red sociosanitaria.**

1. El Sistema de Atención Sociosanitaria quedará formado por aquellos servicios y centros de la Administración de la Junta de Andalucía que se determine reglamentariamente, así como por los de las Entidades Locales y otras instituciones públicas y privadas con las que se establezcan los adecuados mecanismos de colaboración.
2. Los servicios sociosanitarios se configuran como una red de servicios y prestaciones que cubrirán las necesidades de cuidados entre los diversos niveles y sistemas de atención a las personas de forma integral, interdisciplinar y rehabilitadora, optimizando los recursos disponibles.
3. Los servicios sociosanitarios habrán de localizarse lo más posible al entorno habitual de la persona mayor.

## **Artículo 27. De las prestaciones sociosanitarias.**

El sistema sociosanitario comprenderá, entre otras prestaciones, las siguientes: atención domiciliaria, atención en períodos de convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos, atención en estancias diurnas y atención de larga duración.

Reglamentariamente, se definirán las estructuras y dispositivos necesarios para la correcta valoración de los casos, planificación y asignación de medidas, derivación y evaluación de los procesos.

## **Artículo 28. Financiación.**

1. El sistema se financiará con los presupuestos propios de la Administración de la Junta de Andalucía y de las Entidades Locales, en función de los recursos que se integren en el mismo.
2. Asimismo, podrá financiarse mediante subvenciones y aportaciones voluntarias de entidades, particulares y cualquier otra forma de financiación que pueda producirse.

### **Artículo 29. De la participación de los usuarios.**

Los usuarios participarán en los costes de los servicios y prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales, en los términos establecidos en el apartado 1 del artículo 22 de la presente Ley.

## **TÍTULO VI**

### **DE LA VIVIENDA Y EL URBANISMO**

### **Artículo 30. Actuaciones en materia de vivienda y urbanismo.**

Las Administraciones Públicas impulsarán las siguientes actuaciones:

1. La promoción de viviendas tuteladas y compartidas destinadas a personas mayores, con objeto de favorecer la convivencia solidaria, la autonomía y la ayuda mutua.
2. La evaluación de la situación de las viviendas habitadas por personas mayores en nuestra Comunidad Autónoma.
3. El fomento, a través de ayudas y subvenciones, de programas para la adaptación de viviendas a las necesidades de las personas mayores y de programas de intercambio de viviendas, con la finalidad de lograr que el domicilio habitual de la persona mayor reúna las mejores condiciones posibles de acceso, habitabilidad y proximidad a su entorno habitual.
4. Las personas mayores se beneficiarán de las medidas previstas en el Plan de Eliminación de Barreras Arquitectónicas de la Junta de Andalucía, a quienes deben tener en cuenta.

## **TÍTULO VII**

### **DE LA EDUCACIÓN Y LA FORMACIÓN**

### **Artículo 31. Promoción de la educación.**

Las Administraciones Públicas promoverán el ejercicio del derecho a la educación y la formación de las personas mayores mediante:

1. La potenciación de la educación de adultos en todos los niveles del sistema educativo, de conformidad con lo previsto en la Ley 3/1990, de 27 de marzo, de Educación de Adultos.
2. La organización por parte de las Universidades andaluzas de aulas de formación, cursos de perfeccionamiento y otras actividades formativas dirigidas a personas mayores que, con independencia del nivel académico obligatorio para acceder a la educación universitaria, posibiliten la formación en determinadas materias sin que ello comporte la obtención de una titulación académica.
3. El fomento de la participación de las personas mayores en talleres ocupacionales dirigidos al conjunto de la sociedad, así como la organización de actividades formativas específicas para ellos.
4. La elaboración de programas dirigidos a los diferentes niveles educativos que propicien el encuentro y el entendimiento intergeneracional y que permitan que los conocimientos y la experiencia de las personas mayores puedan ser aprovechados por las restantes generaciones.

### **Artículo 32. Sensibilización con las personas mayores.**

1. Las Administraciones Públicas contribuirán a mejorar el conocimiento que la sociedad tiene sobre el proceso normal de envejecimiento, entendido como una fase más del proceso del ciclo vital, con toda la riqueza y diversidad que, al igual que otras etapas de la vida, posee, realizando campañas de sensibilización social sobre las necesidades de las personas mayores.
2. La Administración educativa impulsará la inclusión de contenidos relacionados con el envejecimiento en los niveles educativos obligatorios.
3. Se fomentará la implantación de aquellos centros y programas necesarios para la formación de profesionales cuya actividad se desarrolle en relación con las personas mayores.
4. Se garantizará la calidad de la formación de los profesionales de la Gerontología y su adecuación a las necesidades reales y cambiantes que las personas mayores puedan plantear.
5. Las Administraciones Públicas impulsarán la investigación en Gerontología.
6. Las Administraciones Públicas impulsarán especialmente las investigaciones que tengan como objeto un mayor conocimiento y mejoras en el tratamiento de las enfermedades seniles.

### **Artículo 33. Preparación a la jubilación.**

1. Las Administraciones Públicas propiciarán, mediante la promoción de cursos de preparación a la jubilación y otras medidas encaminadas a la adaptación a la nueva situación, que la jubilación sea percibida como el inicio de una fase de la vida llena de posibilidades de realización personal. Algunas de estas acciones podrán articularse, entre otros medios, a través de los correspondientes acuerdos con las organizaciones sindicales y empresariales.
2. Las Administraciones Públicas, de acuerdo con sus disponibilidades financieras, aportarán los recursos suficientes para posibilitar el adecuado desarrollo de las actuaciones contempladas para la consecución de los objetivos.

## **TÍTULO VIII**

### **DE LA CULTURA, EL OCIO, EL TURISMO Y EL DEPORTE**

#### **Artículo 34. Participación en la vida cultural.**

Para lograr el incremento del disfrute por las personas mayores de la vida cultural de Andalucía, se favorecerá su acceso a los actos de esta naturaleza programados con carácter general para toda la sociedad. Con este objetivo, las Administraciones Públicas favorecerán el acceso a las actividades y actos culturales, de ocio y recreativas que éstas organicen, mediante una bonificación de los precios de los mismos a aquellas personas mayores que cumplan los requisitos que se establezcan reglamentariamente.

#### **Artículo 35. Actividades culturales y de ocio.**

Las diferentes Administraciones Públicas realizarán actividades culturales y de empleo creativo del ocio dirigidas a las personas mayores. Igualmente, podrán firmar acuerdos y establecer colaboraciones con otras entidades y organismos para tal fin.

### **Artículo 36. Actividades turísticas.**

Se fomentará la práctica del turismo social y cultural entre las personas mayores mediante la organización de programas.

### **Artículo 37. Actividades deportivas.**

Se fomentarán las actividades deportivas de las personas mayores adecuándolas a las necesidades de éstas, favoreciendo el uso y disfrute de las instalaciones deportivas existentes en la Comunidad Autónoma.

### **Artículo 38. Bonificación del transporte.**

Para facilitar la plena integración social y cultural de los mayores con menor capacidad económica, las Administraciones Públicas favorecerán sus desplazamientos en transportes públicos mediante la bonificación de los precios de los mismos a quienes cumplan los requisitos que se establezcan reglamentariamente.

Se fomentará la adaptación de los vehículos utilizados en los transportes públicos para facilitar la utilización a las personas mayores con problemas de movilidad.

## **TÍTULO IX**

### **DE LA PROTECCIÓN ECONÓMICA**

#### **Artículo 39. Suficiencia económica.**

1. Las Administraciones Públicas velarán por la suficiencia económica de las personas mayores, a fin de contribuir a su autonomía personal así como a mejorar su calidad de vida.
2. A estos efectos, la Administración de la Junta de Andalucía establecerá los cauces de colaboración y cooperación necesarios con la Administración del Estado, así como con el resto de las Administraciones Públicas.

#### **Artículo 40. Prestaciones económicas.**

- 1) Con objeto de sufragar las necesidades básicas de las personas mayores que carezcan de los recursos necesarios, la Comunidad Autónoma de Andalucía podrá establecer prestaciones económicas, distintas y compatibles con las del Sistema de la Seguridad Social y con las que pueda otorgar la Administración del Estado y otras Administraciones Públicas.
- 2) También podrán establecer las Administraciones Públicas prestaciones que consistan en aportaciones económicas que financien total o parcialmente los gastos derivados de la adaptación funcional del hogar, de la adquisición de ayudas técnicas que faciliten el desenvolvimiento de la persona mayor en su medio, de la estancia temporal o permanente en centros residenciales o unidades de estancias diurnas, así como aquellas otras que favorezcan su autonomía personal.

#### **Artículo 41. Requisitos.**

1. Para el reconocimiento del derecho a la percepción de alguna de las ayudas que se citan en los artículos precedentes, se tendrá en cuenta:
  - a) El grado de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria.
  - b) La situación personal, familiar y social.
  - c) Las rentas o ingresos de la persona mayor y las de los obligados a prestarle alimentos.
2. La determinación de estos requisitos y el procedimiento de concesión se establecerán reglamentariamente.

## **TÍTULO X**

### **DE LA PROTECCIÓN JURÍDICA**

#### **Artículo 42. Información.**

Las Administraciones Públicas desarrollarán las actuaciones de divulgación necesarias para informar a las personas mayores sobre los derechos que les reconoce el ordenamiento jurídico y las medidas a emprender en caso de vulneración de los mismos.

#### **Artículo 43. Denuncias.**

Las denuncias formuladas ante las Administraciones Públicas acerca de la desasistencia en que pueda hallarse una persona mayor darán lugar a la correspondiente investigación, y, en su caso, a la adopción de las medidas adecuadas para su cese.

#### **Artículo 44. Situaciones de maltrato.**

Las situaciones de maltrato sobre personas mayores detectadas por cualesquiera órganos de las Administraciones Públicas serán inmediatamente puestas en conocimiento del Ministerio Fiscal.

Del mismo modo, deberán actuar los profesionales, familiares, amigos, vecinos o instituciones que aprecien situaciones de maltrato o indicios de las mismas, sobre cualquier persona mayor.

#### **Artículo 45. Ingresos en centros residenciales.**

1. Ninguna persona mayor podrá ser ingresada en un centro, sin que conste fehacientemente su consentimiento. En los casos de incapacidad presunta o declarada en los que no sea posible tal consentimiento, se requerirá autorización judicial para el ingreso.
2. Los responsables de centros residenciales que advirtieren en una persona mayor ingresada la concurrencia sobrevenida de circunstancias determinantes de su incapacitación deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

3. Ninguna persona mayor podrá ser obligada contra su voluntad a permanecer en un centro residencial, salvo en los supuestos en que medie resolución judicial.
4. Los servicios de inspección velarán por el cumplimiento de lo dispuesto en los apartados anteriores e, igualmente, podrán solicitar del interesado que ratifique la voluntariedad de su estancia, mediante entrevista personal mantenida sin la presencia de familiares ni de representantes del centro.

#### **Artículo 46. Explotación patrimonial.**

Cuando las Administraciones Públicas tengan noticia de que el patrimonio de una persona mayor está siendo objeto de explotación, bien por sus propios familiares o por terceros, se procederá a comunicarle de forma expresa las acciones judiciales que pueda iniciar, proporcionándole asistencia jurídica si fuera necesario, sin perjuicio del traslado de tales hechos al Ministerio Fiscal.

#### **Artículo 47. Actuación del tutor o curador.**

Las Administraciones Públicas, así como profesionales, familiares, amigos, vecinos instituciones, pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos procedentes, las actuaciones de los tutores o curadores de las personas mayores que pudieran redundar en perjuicio de los intereses de éstas.

#### **Artículo 48. Protección de los derechos como consumidores.**

Las Administraciones Públicas garantizarán el respeto de los derechos que corresponden a las personas mayores como consumidores y usuarios, especialmente en relación a las ofertas comerciales dirigidas específicamente a este sector de la población.

#### **Artículo 49. Ingresos procedentes de multas y sanciones.**

Los ingresos procedentes de multas y sanciones por incumplimiento de lo establecido en la presente Ley, así como los provenientes del reintegro, en su caso, de las prestaciones y ayudas públicas otorgadas se afectarán al cumplimiento de los fines de la presente Ley.

## **TÍTULO XI**

### **RÉGIMEN SANCIONADOR**

#### **CAPÍTULO I. Infracciones**

##### **Artículo 50. Definición y clasificación.**

1. Constituyen infracciones administrativas las acciones u omisiones tipificadas como tales en la presente Ley, sin perjuicio de las responsabilidades de otro orden que puedan exigirse.
2. Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves.

### **Artículo 51. Infracciones leves.**

1. Constituyen infracciones leves las conductas tipificadas como infracciones graves en el artículo siguiente, cuando sean de escasa relevancia social, se cometan por simple negligencia o impliquen meros incumplimientos formales que no causen grave quebranto ni indefensión a los usuarios.
2. La inobservancia, por parte de los usuarios de los centros o servicios, de las normas señaladas en el correspondiente reglamento interno, que generen una alteración o distorsión de escasa entidad en las normas de convivencia, respeto mutuo, solidaridad del colectivo y participación.

### **Artículo 52. Infracciones graves.**

Constituyen infracciones graves las conductas que en relación con las personas mayores se encuentran tipificadas en los párrafos siguientes:

- a) La vulneración del derecho a la intimidad y a la no divulgación de los datos personales que figuren en los expedientes e historiales.
- b) La vulneración del derecho a un trato digno.
- c) Las actuaciones que supongan discriminación por razón de edad, nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- d) La realización de actos encaminados a coartar el derecho a la información y a la participación en los servicios y centros de servicios sociales.
- e) Los actos limitativos del derecho a mantener relaciones interpersonales o que obstaculicen el derecho a recibir visitas.
- f) Las actuaciones que impidan o limiten el derecho a cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia.
- g) La imposición de los usuarios de cualquier forma de renuncia o limitación al ejercicio de los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico o por los reglamentos de régimen interior de los servicios y centros.
- h) El incumplimiento de las condiciones mínimas materiales y funcionales de los servicios y centros.
- i) La vulneración del derecho a la integridad física y moral, siempre que no constituya infracción penal.
- j) La omisión o inadecuada prestación de la asistencia sanitaria y farmacéutica.
- k) La omisión o inadecuada prestación del tratamiento técnico-científico y asistencial que, conforme a la finalidad del centro o servicio, corresponda a las necesidades de los usuarios.
- l) La prestación de servicios en condiciones higiénicas deficientes.
- m) El falseamiento de los datos en la documentación exigible para la autorización, registro, acreditación e inspección de los servicios y centros de servicios sociales para personas mayores.
- n) La omisión del deber de comunicar al órgano competente las variaciones producidas en la documentación inicialmente aportada de los servicios y centros.
- ñ) La utilización de la condición de entidad, centro o servicios registrados o acreditados sin estarlo.
- o) La variación del régimen de tarifas previamente notificadas al órgano administrativo competente.
- p) La transgresión de la normativa contable, específica de las entidades, centros y establecimientos de servicios sociales.

- q) La obstrucción a la acción de los servicios de inspección pública.
- r) La comisión de tres infracciones leves en el término de un año.

### **Artículo 53. Infracciones muy graves.**

Constituyen infracciones muy graves:

- a) Las de los apartados a), b), c), d), e), f), g), y h) del artículo anterior cuando resulten especialmente dañosas para alguno de los derechos fundamentales de los usuarios.
- b) Las de los apartados i), j), k) y l) del artículo anterior cuando produzcan un perjuicio efectivo o un peligro cierto que afecte gravemente a la integridad física o moral del usuario.
- c) El ejercicio de actividades propias de los servicios y centros de servicios sociales sin contar con autorización administrativa.
- d) El ejercicio de actividades distintas de aquéllas para las que se concedió la autorización.
- e) La comisión de tres infracciones graves en el término de un año.

### **Artículo 54. Responsabilidad.**

1. En general, serán responsables las personas a las que en cada caso se impongan las obligaciones o prescripciones cuyo incumplimiento se tipifica como infracción o sobre las que recaiga la obligación de cumplimiento de lo previsto normativamente.
2. La responsabilidad por las infracciones administrativas cometidas podrá corresponder, en cada caso, a:
  - a) Las personas físicas y jurídicas titulares de los servicios o centros de atención al colectivo de personas mayores.
  - b) El representante legal de la entidad titular.
  - c) El personal que preste sus servicios en los centros.
3. Cuando el cumplimiento de las obligaciones previstas en la presente Ley afecte conjuntamente a varias personas, éstas responderán de forma solidaria de las infracciones que, en su caso, se cometan y de las sanciones que se impongan.

### **Artículo 55. Prescripción de las infracciones.**

1. Las infracciones reguladas en la presente Ley prescribirán:
  - a) A los seis meses, las infracciones leves.
  - b) A los dos años, las infracciones graves.
  - c) A los tres años, las infracciones muy graves.
2. El plazo de prescripción de las infracciones comenzará a contarse desde el día en que aquéllas se hubieran cometido.

## **CAPÍTULO II. Medidas cautelares**

### **Artículo 56. Medidas cautelares.**

1. El órgano competente para resolver podrá adoptar en cualquier momento, mediante acuerdo motivado, las medidas cautelares que resulten necesarias para asegurar la eficacia de la resolución que pudiera recaer, el buen fin del procedimiento, evitar el mantenimiento de los efectos de la infracción y las exigencias de los intereses generales.
2. En el supuesto de infracciones muy graves que supongan un grave riesgo para la salud física o mental de las personas mayores, el Consejero que tenga atribuida la competencia en la materia de Asuntos Sociales podrá acordar como medida cautelar el cierre temporal del centro hasta tanto se subsanen por su titular las deficiencias detectadas en el mismo, garantizando que las personas afectadas tendrán las alternativas adecuadas para ser atendidas correctamente, conforme a sus necesidades.
3. Las medidas cautelares deberán ajustarse a la intensidad, proporcionalidad y necesidades de los objetivos que se pretenda garantizar en cada supuesto concreto.
4. En caso de cierre cautelar, se garantizará a los usuarios la atención en otras instituciones o por sus familiares, cuando eso sea posible.

## **CAPÍTULO III. Sanciones**

### **Artículo 57. Sanciones.**

1. Las infracciones previstas en la presente Ley serán objeto de las siguientes sanciones:
  - a) Las infracciones leves se sancionarán con multa de 25.000 hasta 1.000.0000 de pesetas.
  - b) Las infracciones graves se sancionarán con multa desde 1.000.001 hasta 10.000.000 de pesetas.
  - c) Las infracciones muy graves se sancionarán con multa desde 10.000.001 hasta 50.000.000 de pesetas y, en su caso, con el cierre temporal, total o parcial del centro o servicio.
2. Las cuantías señaladas en este artículo podrán ser actualizadas por Decreto del Consejo de Gobierno en función de las variaciones del índice de precios al consumo.

### **Artículo 58. Publicación de las sanciones.**

Con carácter accesorio, el órgano competente podrá acordar para los casos de infracciones muy graves, en la resolución del procedimiento sancionador, la publicación de las sanciones impuestas en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía o en el de la correspondiente provincia, una vez hayan adquirido firmeza, así como los nombres, apellidos, denominación o razón social de los sujetos responsables y la naturaleza y características de las infracciones. Asimismo, podrá acordar su difusión a través de los medios de comunicación social. El coste de la publicación correrá a cargo del sancionado.

### **Artículo 59. Graduación de sanciones.**

En la imposición de sanciones se deberá guardar la debida adecuación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción aplicada, considerándose los siguientes criterios para la graduación de la sanción a aplicar:

- a) La trascendencia social de la infracción en conexión con la naturaleza de los perjuicios causados.
- b) Existencia de intencionalidad del infractor.
- c) La reincidencia por comisión en el término de un año de más de una infracción de la misma naturaleza cuando así haya sido declarado por resolución firme, y siempre que la misma no haya constituido una infracción autónoma.

### **Artículo 60. Órganos competentes.**

Los órganos competentes para resolver el procedimiento sancionador e imponer las sanciones son:

- a) El Delegado Provincial de la Consejería que tenga atribuida la competencia en materia de Asuntos Sociales, en infracciones leves.
- b) El Director General correspondiente de la Consejería que tenga atribuida la competencia en materia de Asuntos Sociales, en infracciones graves.
- c) El titular de la Consejería competente en materia de Asuntos Sociales, en infracciones muy graves.

### **Artículo 61. Prescripción de las sanciones.**

1. Las sanciones reguladas en la presente Ley prescribirán:
  - a) A los tres años, las impuestas por infracciones muy graves.
  - b) A los dos años, las impuestas por infracciones graves.
  - c) A los seis meses, las impuestas por infracciones leves.
2. El plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contarse desde el día siguiente a aquél en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción.

## **DISPOSICIONES ADICIONALES**

### **Primera**

1. En el plazo de un año a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprobará el Plan de Actuación Integral para las Personas Mayores.

2. El Plan de Actuación Integral para las Personas Mayores recogerá las medidas de ámbito sanitario, de servicios sociales, educativo, cultural, deportivo, de ocio, urbanístico y asociativo, a desarrollar por la Junta de Andalucía en su política dirigida a las personas mayores.

## **Segunda**

Para una mejor defensa de los derechos e intereses de los mayores en Andalucía, el Defensor del Pueblo Andaluz podrá delegar y centralizar en uno de sus adjuntos todas las funciones que en esta materia tenga encomendadas.

### **DISPOSICIÓN DEROGATORIA**

**Única.** A la entrada en vigor de la presente Ley quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en la misma.

### **DISPOSICIONES FINALES**

#### **Primera. Desarrollo reglamentario.**

Se autoriza al Consejo de Gobierno para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

#### **Segunda. Entrada en vigor.**

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía”.

Sevilla, 7 de julio de 1999

MANUEL CHAVES GONZÁLEZ  
Presidente de la Junta de Andalucía

### LEY 2/1988, DE 4 DE ABRIL, DE SERVICIOS SOCIALES DE ANDALUCÍA

**Aprobada por el Pleno del Parlamento de Andalucía en sesión celebrada los días 15 y 16 de marzo de 1988 y publicada en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía núm. 29, de Abril de 1988.**

#### EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Constitución española compromete expresamente a los poderes públicos en la promoción de las condiciones “para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas” (art. 9.2), así como en el cumplimiento de objetivos que hagan posible “el progreso social y económico” ( art. 40.1.).

Ello, unido a la atención que presta a determinadas poblaciones diferenciadas, como la juventud (art. 48), los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (art. 49), los ciudadanos de la tercera edad (art.50), y la familia y los hijos (art. 39.1,2,4), configura el soporte constitucional de un concepto amplio de servicios sociales ciertamente necesitado de delimitación y matizaciones, y susceptible de ser regulado y desarrollado por las Comunidades Autónomas, en virtud de la asunción de competencias que la propia Constitución posibilita (art. 148.1, materia 20.a).

En base a esta previsión constitucional, el Estatuto de Autonomía de Andalucía aprobado por Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, confiere competencia exclusiva a la Comunidad Autónoma tanto en materia de asistencia y servicios sociales (art. 13.22) y menores (art. 13.23) como en la promoción de actividades y servicios para la juventud y la tercera edad, incluyendo finalmente una referencia expresa al desarrollo comunitario (art. 13.30), con lo que se amplía el horizonte de actualización a toda la población de acuerdo con la noción integral de bienestar social. Asimismo, el art. 13.25 del Estatuto de Autonomía atribuye competencia exclusiva en materia de Fundaciones.

El proceso de transferencias de competencias en materia de Servicios Sociales comienza en el estadio preautonómico con el Real Decreto 251/1982, de 15 de enero, por el que se transfieren competencias, funciones y servicios del Estado en materias de servicios y asistencia sociales, complementado por el Real Decreto 2.114/1984, de 1 de agosto. Asimismo, se transfieren las competencias en materia de Guarderías Laborales (Real Decreto 2.411/1983, de 20 de julio), de Protección a la Mujer (Real Decreto 3.340 (1983, de noviembre), de protección de menores (Real Decreto 1.080/1984, de 29 de febrero) y, por último, de funciones y servicios del Instituto Nacional de Servicios Sociales –INSERSO– de la Seguridad Social (Real Decreto 1.752/1984, de 1 de agosto).

## II

Desde este marco legal, resulta posible y obligado para la Comunidad Autónoma de Andalucía el abordar una situación, como la actual, en la que inciden negativamente una serie de factores de índole diversa: la dispersión legislativa existente, la multiplicidad de órganos gestores y su distinto carácter, la diversidad de su régimen de financiación e, incluso, la propia imprecisión legal de los términos usados en materia de servicios sociales. Estas son, entre otras, circunstancias que configuran en el momento presente un sistema de servicios sociales que demanda de los poderes públicos una acción que los regule, organice, planifique y, en suma, los haga más eficaces.

La presente Ley pretende dar una respuesta adecuada a la problemática anteriormente descrita, otorgando a los servicios sociales su verdadera dimensión y delimitando su ámbito, en aras a que el sistema público que con ella se consagra tenga la necesaria efectividad. Se trata, pues, de una norma realista que intenta conjugar una filosofía coherente, en cuanto a su finalidad y objetivos últimos, con la ponderada estimación de los medios e iniciativas con que se cuenta para alcanzarlos.

## III

El Título I de la Ley acomete la definición de sus principios inspiradores, principios que están presentes en todo el articulado, y que, en unas ocasiones, atienden aspectos sustantivos, como el principio de responsabilidad pública que genera un derecho subjetivo en favor del administrado, o los de solidaridad y participación que posibilitan la cooperación e intervención de los ciudadanos en los servicios sociales, y, en otras, aspectos meramente funcionales y organizativos, como los principios de planificación, coordinación descentralización, por los que, en un planteamiento unitario y global, se aúnan todas las actuaciones y se tiende a un aprovechamiento más eficaz de los recursos sociales existentes.

Consecuentemente, con una concepción universalista, la Ley extiende, en su Título II, su acción protectora a todos los ciudadanos andaluces, reconociéndoles el derecho a los servicios sociales por el mero hecho de serlo, y previendo, al mismo tiempo, una acción más específica, a través de los Servicios Sociales Especializados, para aquellos colectivos menos favorecidos socialmente, llevando su actuación hasta las causas determinantes de tales discriminaciones.

Los principios de planificación, coordinación y descentralización informan todo el Título III de la Ley, en el que se reconocen las competencias de las distintas Administraciones Públicas, reservándose la Administración autonómica las funciones de planificación, coordinación, supervisión y control, y encomendándose al Instituto Andaluz de Servicios Sociales y a las Corporaciones Locales, cuya autonomía se respeta en todo momento, la gestión de los servicios que, de esta forma, se acercan al ciudadano.

El Título IV se dedica a la estructura organizativa de los Servicios Sociales. Se crea en él el Instituto Andaluz de Servicios Sociales, como organismo gestor que da unidad al sistema, a la vez que se fomenta la iniciativa social, como reconocimiento a una tarea nacida del propio concepto de solidaridad humana, y se establecen los cauces de participación de la ciudadanía, a través de los correspondientes Consejos, en los distintos niveles territoriales.

En cuanto a la financiación regulada en el Título V, se efectuará con cargo a los fondos públicos, tanto procedentes de la Administración autonómica como de la local, estableciéndose fórmulas para estimular, en este sentido, a las Corporaciones Locales.

Por último, el Título VI aborda la regulación de las infracciones y sanciones, congruente con el mandato constitucional que sujeta al principio de reserva de Ley esta materia.

En definitiva, la presente Ley se concibe como un importante eslabón dentro de la política de Bienestar Social a desarrollar por el gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, considerándose que, con su promulgación, se da un paso importante en la consecución de las metas de promoción, igualdad y bienestar para el pueblo andaluz, que la Constitución y el Estatuto de Autonomía preconizan.

## TÍTULO PRIMERO

### El Sistema Público de Servicios Sociales

#### CAPÍTULO ÚNICO.

##### Artículo 1º. Objeto de la Ley

La presente Ley tiene como objeto regular y garantizar en el ámbito de la Comunidad Autónoma andaluza, mediante el ejercicio de una acción administrativa coordinada, un sistema público de Servicios Sociales que ponga 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 la prevención, tratamiento y eliminación de las causas que conducen a su marginación.

##### Artículo 2.º Principios generales

El Sistema de Servicios Sociales regulado por esta Ley se inspira en los principios siguientes:

1. Responsabilidad pública: mediante la adscripción por los poderes públicos de recursos financieros, humanos y técnicos adecuados a la consecución de los objetivos propuestos.
2. Solidaridad: mediante la justa distribución de los recursos tanto entre las personas y grupos sociales como entre los distintos ámbitos territoriales, a fin de fomentar la colaboración y apoyo recíprocos y superar las condiciones que dan lugar a la marginación.
3. Igualdad y universalidad: mediante la atención de todos los ciudadanos sin discriminación alguna por razón de sexo, estado, raza, edad, ideología o creencia.
4. Participación: mediante la intervención de los ciudadanos y usuarios, a través de los cauces adecuados, en la promoción y control de los Servicios Sociales.
5. Prevención: mediante la adopción de medidas orientadas hacia la eliminación de las causas de la marginación.
6. Globalidad: mediante la consideración integral de la persona y de los grupos sociales y no sólo de sus aspectos parciales.
7. Normalización e integración: mediante la utilización de 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.
8. Planificación y coordinación: mediante la adecuación de los recursos a las necesidades sociales y la armonización de las iniciativas públicas entre sí, y de éstas con la iniciativa social.
9. Descentralización: mediante el progresivo desplazamiento de la gestión de los Servicios Sociales hacia los órganos e instituciones más próximas al usuario.

## TÍTULO II

### Acción protectora y estructuración del Sistema Público de Servicios Sociales

#### CAPÍTULO PRIMERO. Alcance y estructura de los Servicios Sociales

##### Artículo 3.º Titulares de derecho

1. Tendrán derecho a los Servicios Sociales todos los residentes en Andalucía y los transeúntes no extranjeros.
2. Los extranjeros, refugiados y apátridas residentes en el territorio de la Comunidad Autónoma podrán igualmente beneficiarse de este derecho, siempre de conformidad con lo dispuesto en las normas, tratados y convenios internacionales vigentes en esta materia, sin perjuicio de lo que se establezca reglamentariamente para quienes se encuentren en reconocido estado de necesidad.

##### Artículo 4.º Contenido de los Servicios Sociales

Los Servicios Sociales comprenden aquellos recursos, actividades y prestaciones organizadas para la promoción del desarrollo de los individuos y grupos sociales, para la obtención de mayor bienestar social y una mejor calidad de vida, así como para la prevención y eliminación de la marginación social. A estos efectos, los Servicios Sociales estarán coordinados con aquellos otros medios públicos o de iniciativa social que, en el Área de Bienestar Social, tengan como finalidad favorecer el libre desarrollo de la persona dentro de la sociedad.

##### Artículo 5.º Estructura de los Servicios Sociales

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

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

#### CAPÍTULO II. Servicios Sociales Comunitarios

##### Artículo 6.º Áreas de actuación de los Servicios Sociales

Las áreas de actuación de los Servicios Sociales se concretan en las siguientes actuaciones:

1. La atención y promoción del bienestar de la familia y de las unidades de convivencia alternativa.
2. Atención y promoción del bienestar de la infancia, adolescencia y juventud.
3. Atención y promoción del bienestar de la vejez.
4. La atención y promoción del bienestar de las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales.
5. La prevención de todo tipo de drogodependencias en colaboración con los servicios sanitarios correspondientes.

6. Prevención y eliminación de cualquier discriminación por razón de raza, sexo o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
7. La promoción y desarrollo integral de las comunidades rurales y urbanas.

### **Artículo 7.º Servicios Sociales Comunitarios**

Los Servicios Sociales Comunitarios constituyen la estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, siendo su finalidad el logro de unas mejores condiciones de vida para el pleno desarrollo de los individuos y de los grupos en que se integran, mediante una atención integrada y polivalente.

### **Artículo 8.º Objetivos de los Servicios Sociales Comunitarios**

Serán objetivos de los Servicios Sociales Comunitarios la realización y potenciación de actuaciones tendentes al logro de las finalidades siguientes:

- a) La promoción y el desarrollo pleno de los individuos, grupos y comunidades, potenciando las vías de participación para la toma de conciencia, la búsqueda de recursos y la solución de los problemas dando prioridad a aquellas necesidades sociales más urgentes.
- b) El fomento del asociacionismo en materia de servicios sociales, como cauce eficiente para el impulso del voluntariado social.
- c) El establecimiento de vías de coordinación entre organismos y profesionales que actúen, dentro de su ámbito territorial, en el trabajo social.

### **Artículo 9.º Las Zonas de Trabajo Social**

Para la consecución de los fines previstos en los artículos anteriores, los Servicios Sociales Comunitarios se desarrollarán en las Zonas de Trabajo Social, entendidas éstas como demarcaciones susceptibles de servir como unidades adecuadas, para una prestación eficaz de los mismos

### **Artículo 10º. Los Centros de Servicios Sociales Comunitarios**

Los Servicios Sociales Comunitarios, cuyo contenido se desarrollará reglamentariamente, se ubicarán en el Centro de Servicios Sociales, que existirá en cada una de las Zonas de Trabajo Social, dotado de los medios humanos y materiales precisos, desde donde se prestarán los servicios siguientes:

1. De información, valoración, orientación y asesoramiento al ciudadano, que comprenderá:
  - a) La información a los ciudadanos sobre sus derechos y los recursos sociales existentes en el ámbito de los Servicios Sociales.
  - b) La detección y análisis de los problemas de los distintos sectores de la población, con objeto de conseguir una mejor planificación de los Servicios Sociales.
2. De Cooperación Social, que tendrá como cometido la promoción y potenciación de la vida comunitaria, impulsando al asociacionismo.

3. De Ayuda a Domicilio, dirigido a la prestación de una serie de atenciones de carácter doméstico, social y de apoyo personal a individuos o familias, facilitándoles la autonomía en su medio habitual.
4. De Convivencia y Reinserción Social, que tendrá como función la búsqueda de alternativas al internamiento en instituciones de las personas que se encuentran en especiales condiciones de marginación, procurando la incorporación de todos los ciudadanos a la vida comunitaria.
5. Otros que la dinámica social exija.

### **CAPÍTULO III. Servicios Sociales Especializados**

#### **Artículo 11º. 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 estructurarán territorialmente de acuerdo con las necesidades y características de cada uno de ellos.

Los Servicios Sociales Especializados atenderán a los siguientes sectores:

1. La familia, infancia, adolescencia y juventud, con la finalidad de llevar a cabo actuaciones encaminadas particularmente a la promoción social de los jóvenes y niños, atendiendo la problemática que incide en su bienestar y especialmente las disfunciones que se producen en su medio familiar, compensándolas o corrigiéndolas.
2. La tercera edad, con el objeto de promover su integración y participación en la sociedad, favoreciendo su mantenimiento en el medio habitual, y evitando su marginación.
3. Las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales, con el objeto de posibilitar su integración social promoviendo y favoreciendo la prevención y rehabilitación integral.
4. Los toxicómanos, con la finalidad de desarrollar actuaciones de prevención y reinserción social de alcohólicos y otros drogodependientes, coordinadas por el órgano de la Administración autonómica especializado en la materia.
5. Las minorías étnicas, con el objeto de promover actuaciones que generen, de modo real y efectivo, su igualdad social con respecto al resto de los ciudadanos andaluces, prestando una atención especial, dada su importancia numérica y cultural, a la comunidad gitana.
6. Grupos con conductas disociales, para incidir en la prevención y tratamiento social de la delincuencia y la reinserción de los ex reclusos.
7. Otros colectivos sociales que requieran una intervención social especializada.

### **CAPÍTULO IV. Equipamientos**

#### **Artículo 12º. Equipamiento**

Para el desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales, se implantarán, de acuerdo con la planificación prevista en el art. 17.1 de la presente Ley, y con arreglo a las disponibilidades presupuestarias, los siguientes equipamientos:

1. Centros de Servicios Sociales, configurados como la estructura física y funcional desde la que se promuevan las prestaciones necesarias para la comunidad que atienden.
2. Centros de día, dirigidos al desarrollo de actividades sociales y a la integración comunitaria al ciudadano.

3. Centros de Acogida, para la asistencia directa y temporal a personas sin hogar o que se encuentran con problemas graves de convivencia.
4. Residencias, destinadas como equipamiento sustitutivo del hogar, a aquellas personas que los precisen, temporal o permanentemente, por las circunstancias que en ellas concurren.
5. Centros ocupaciones, que, proporcionando una actividad útil, fomenten la integración social de aquellas personas con dificultades específicas.
6. Centros destinados a la rehabilitación social.
7. Aquellos otros equipamientos que se consideren necesarios para la atención de las necesidades sociales de la población.

### **Artículo 13°. Funcionamiento de los Centros**

Todos los Centros dedicados a la prestación de servicios sociales deberán ajustarse a las condiciones que reglamentariamente se establezcan, así como a un funcionamiento que permita la participación de los usuarios.

## **CAPÍTULO V. Prestaciones económicas**

### **Artículo 14°. Contenido de las prestaciones económicas**

1. Sin perjuicio de la gestión de las prestaciones económicas de carácter periódico que han sido transferidas a esta Comunidad Autónoma, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía podrá establecer otras prestaciones de igual naturaleza, para aquellas personas que, por su situación socioeconómica, no puedan atender a sus necesidades básicas de subsistencia.
2. Asimismo, se podrán establecer prestaciones económicas de carácter no periódico a quienes se hallen en situación de extrema necesidad probada.
3. El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía determinará los requisitos, condiciones y cuan

## **CAPÍTULO VI. Plan Regional de Servicios Sociales**

### **Artículo 15°. Plan Regional de Servicios Sociales**

Con objeto de responder a las necesidades sociales de Andalucía y de ordenar racionalmente los recursos sociales, se elaborará el Plan Regional de Servicios Sociales, en colaboración con las corporaciones locales, que servirá de instrumento de planificación de la Red de Servicios Sociales de Andalucía, y que marcará las directrices que constituirán las pautas para la coordinación de los presupuestos y las actuaciones de las distintas Administraciones Públicas.

### **Artículo 16°. Prioridades**

Para la consecución de los objetivos señalados en los artículos anteriores y en el Plan Regional de Servicios Sociales, se determinarán prioridades anuales en relación con las necesidades sociales existentes, teniéndose en cuenta aquellas propuestas de las Corporaciones Locales que se justifiquen como prioritarias.

## TÍTULO III

### De las competencias

#### CAPÍTULO ÚNICO.

#### Artículo 17°. De la Administración autonómica

Corresponde a la Administración autonómica:

1. La Planificación general de los Servicios Sociales, al objeto de eliminar desequilibrios territoriales.
2. La coordinación de actuaciones y programas entre sus propios Departamentos, con las distintas Administraciones Públicas, y con los sectores de la iniciativa social, con el objeto de racionalizar los recursos sociales.
3. El establecimiento de prioridades que haga efectiva la coordinación de la política de inversiones y servicios de las Corporaciones Locales.
4. La supervisión y control del cumplimiento de la normativa en vigor, respecto de los servicios prestados por las instituciones públicas de la Comunidad Autónoma andaluza, así como de los prestados por las instituciones privadas.
5. La determinación de los criterios generales para la participación de los Servicios Sociales.
6. La gestión, a través del Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IASS), de los Servicios Sociales propios que, por el censo de población afectado o las características del servicio, requieran su prestación con carácter supraprovincial.
7. La promoción y realización de investigaciones y estudios sobre la problemática de los servicios sociales de Andalucía, así como la realización de actividades formativas.
8. La asistencia y asesoramiento técnico a las entidades públicas o de iniciativa social que lo soliciten.
9. La creación y organización del Registro de entidades y Centros de Servicios Sociales en Andalucía.
10. La tutela y alta dirección de cuantos entes y organismos, dependientes de la Administración autonómica, desarrollen tareas en el campo de los Servicios Sociales, así como el ejercicio del protectorado sobre las fundaciones de carácter social en el ámbito de competencia de la presente Ley.

#### Artículo 18°. De las Diputaciones Provinciales

Las Diputaciones Provinciales ejercerán en materia de Servicios Sociales:

1. Las competencias que les estén atribuidas legalmente con el carácter de propias.
2. Con el carácter de competencias delegadas por la Junta de Andalucía:
  - a) La gestión de los Centros y establecimientos de Servicios Sociales especializados de ámbito provincial y supramunicipal.
  - b) La coordinación y gestión de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios, así como de los Centros de Servicios Sociales Especializados de ámbito local, en los municipios de hasta 20.000 habitantes.
  - c) La ejecución y gestión de los programas de Servicios Sociales y prestaciones económicas que pudiera encomendarles el Consejo de Gobierno.

3. Las Diputaciones Provinciales ejercerán sus competencias en materia de Servicios Sociales, dentro del marco de la presente Ley y de la planificación general.  
El ejercicio de las competencias delegadas se realizará de acuerdo con los principios y criterios generales establecidos por la Administración autonómica para las distintas modalidades de Servicios Sociales, y con arreglo a las previsiones legales en materia de delegación de competencias a las Diputaciones Provinciales de la Comunidad Autónoma andaluza.

### **Artículo 19°. De los Ayuntamientos**

Los Ayuntamientos serán responsables de los Servicios Sociales de su ámbito territorial, de acuerdo con la Ley

- 1) Reguladora de las Bases del Régimen Local, y dentro del marco de la presente Ley.
- 2) Serán competencias de los Ayuntamientos, por delegación de la Junta de Andalucía:
  - a) La gestión de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios en los municipios de más de 20.000 habitantes.
  - b) La gestión de los Centros de Servicios Sociales Especializados de ámbito local, en los municipios de más de 20.000 habitantes.
  - c) La ejecución y gestión de los programas de Servicios Sociales y prestaciones económicas que pudiera encomendarles el Consejo de Gobierno.
- 3) Los Ayuntamientos ejercerán sus facultades de programación, planificación u ordenación de los servicios o actividades de su competencia, en el marco del Plan de Servicios Sociales a que se refiera el art. 15 de la presente Ley.



# procesos asistenciales

### **ORDEN REGULADORA DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA - OCTUBRE 1996**

**ORDEN de 22 de Octubre de 1996, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio como prestación básica de los Servicios Sociales Comunitarios. (BOJA nº 124, de 29 de Octubre de 1.996)**

#### **PREÁMBULO**

El Estatuto de Autonomía para Andalucía prevé en su artículo 12 que la Comunidad Autónoma de Andalucía promoverá las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas, para lo cual ejercerá sus poderes teniendo en cuenta, entre otros objetivos, el fomento de la calidad de vida del pueblo andaluz.

En su artículo 13, apartado 22, establece que la Comunidad Autónoma de Andalucía tiene competencia exclusiva en materia de Asistencia y Servicios Sociales.

Con base en dicha previsión estatutaria se aprueba la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, que tiene por objeto regular y garantizar en el ámbito de la Comunidad Autónoma andaluza, mediante el ejercicio de una acción administrativa coordinada, un Sistema Público de Servicios Sociales.

La citada Ley estructura los Servicios Sociales en Comunitarios y Especializados, constituyendo los Servicios Sociales Comunitarios la estructura básica del Sistema, dirigidos a toda la población con carácter general y regulándose, como una de sus Prestaciones Básicas, el Servicio de Ayuda a Domicilio. Dicho Servicio se define como aquél que va dirigido a la prestación de una serie de atenciones de carácter doméstico, social y de apoyo personal a individuos o familias, facilitándoles la autonomía en su medio habitual.

Asimismo, el Decreto 11/1992, de 28 de enero, por el que se establecen la naturaleza y prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios, desarrolla el Servicio de Ayuda a Domicilio, definiendo su contenido, al objeto de homogeneizar su aplicación en Andalucía e impulsar la descentralización en las Corporaciones Locales.

Por otro lado, el Plan de Servicios Sociales de Andalucía señala como uno de sus objetivos generales la consolidación del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía mediante la integración y racionalización de los servicios existentes, el desarrollo y la municipalización de la red de Servicios Sociales Comunitarios. Se determina como estrategias para la consecución de tales fines, entre otras, la planificación integral.

Asimismo, a partir de 1988 la implantación de los Servicios Sociales Comunitarios se vio reforzada con la aportación financiera del Ministerio de Asuntos Sociales a través del Convenio-Programa para

el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales, suscrito entre el Ministerio y la Comunidad Autónoma Andaluza, conocido como Plan Concertado, cuyo objetivo es garantizar unas Prestaciones Básicas a los ciudadanos andaluces en situación de necesidad.

En tal sentido, ambos instrumentos de planificación contemplan esta Prestación como básica y la más identificada del Sistema, cuya implantación se remonta a varias décadas.

Actualmente, esta Prestación se gestiona por los Servicios Sociales Comunitarios de las entidades locales de Andalucía, constituyendo un valioso instrumento para dar respuesta a las necesidades de individuos y familias.

Ahora bien, desde el punto de vista competencial, el artículo 17 de la citada Ley 2/1988, de 4 de abril, regula, entre otras, como competencia de la Administración Autonómica la planificación general de los Servicios Sociales al objeto de eliminar desequilibrios territoriales, la coordinación de actuaciones y programas entre sus propios Departamentos con las distintas Administraciones Públicas y con los sectores de la iniciativa social, con el objeto de racionalizar los recursos sociales, así como la determinación de los criterios generales para la participación de los usuarios en los Servicios Sociales.

No obstante, al configurarse los Servicios Sociales como un sistema de gestión descentralizada y, de conformidad con la atribución de competencias llevada a cabo por la propia Ley Reguladora de Bases de Régimen Local, la Ley de Servicios Sociales de Andalucía asigna a las Diputaciones Provinciales, por delegación de la Junta de Andalucía, la coordinación y gestión de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios en los municipios de hasta 20.000 habitantes, y a los Ayuntamientos de Municipios con población superior a 20.000 habitantes, la gestión de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios.

Por ello, y sin perjuicio de las competencias que la Legislación Básica de Régimen Local atribuye a las Corporaciones Locales en lo que a prestaciones de Servicio Sociales se refiere, será la legislación de las Comunidades Autónomas la que determine el marco normativo con arreglo al cual habrán de ejecutarse tales competencias, correspondiendo a la Comunidad Autónoma la regulación de una ordenación mínima con el fin de unificar criterios y principios de actuación en todo el territorio de la Comunidad Autónoma andaluza.

Es por ello que, de acuerdo con la habilitación prevista en la Disposición Final del Decreto 11/1992, de 28 de enero, se procede a desarrollar el Servicio de Ayuda a Domicilio como Prestación Básica de los Servicios Sociales Comunitarios.

En su virtud, a propuesta de la Dirección General de Acción e Inserción Social, en uso de las facultades atribuidas por la legislación vigente y de conformidad con las competencias que confiere la Ley 6/1983, de 21 de julio, de Gobierno y Administración de la Comunidad Autónoma.

## **DISPONGO**

### **CAPÍTULO I. Disposiciones generales**

#### **Artículo 1º. Objeto y ámbito de aplicación.**

La presente Orden tiene por objeto regular, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía,

y dentro del Sistema Público de Servicios Sociales, la Ayuda a Domicilio entendida como prestación Básica de los Servicios Sociales Comunitarios.

#### **Artículo 2º. Definición.**

La Ayuda a Domicilio es una Prestación de carácter complementario y transitorio realizada preferentemente en el domicilio personal o familiar, que proporciona, mediante personal cualificado y supervisado, una serie de atenciones preventivas, formativas, asistenciales y rehabilitadoras a individuos y familias con dificultades para permanecer en su medio habitual.

#### **Artículo 3º. Finalidad.**

La Prestación de Ayuda a Domicilio tiene como finalidad promover, mantener o restablecer la autonomía personal del individuo o familia con el fin de facilitar la permanencia en el medio habitual de vida evitando situaciones de desarraigo y desintegración social.

#### **Artículo 4º. Objetivos.**

El Servicio de Ayuda a Domicilio, en el que la Prestación se materializa, pretende conseguir los siguientes objetivos:

1. Prevenir y evitar el internamiento innecesario de personas que, con una alternativa adecuada, puedan permanecer en su medio habitual.
2. Atender situaciones coyunturales de crisis personal o familiar.
3. Promover la convivencia del usuario en su grupo familiar y con su entorno comunitario.
4. Favorecer la participación del usuario en la vida de la Comunidad.
5. Colaborar con la familia en los casos en que éstas por sí mismas no puedan atender totalmente las necesidades del usuario.
6. Apoyar a grupos familiares en sus responsabilidades de la vida diaria.
7. Favorecer en el usuario el desarrollo de capacidades personales y de hábitos de vida adecuados.

#### **Artículo 5º. Características de la Prestación.**

La Prestación de Ayuda a Domicilio tiene las siguientes características:

1. Polivalente, ya que cubre una amplia gama de necesidades que presentan personas o grupos familiares carentes de autonomía personal.
2. Normalizadora, ya que utiliza cauces normales para la satisfacción de las necesidades.
3. Domiciliaria, se realiza esencialmente en el domicilio del usuario.
4. Integradora, ya que aborda las necesidades de los individuos y grupos de forma integral.
5. Preventiva, ya que trata de prevenir o detener situaciones de deterioro e institucionalizaciones innecesarias.
6. Transitoria, ya que se mantiene hasta conseguir los objetivos de autonomía propuestos y, por tanto, acota el período de tratamiento.

7. Complementaria, ya que precisa de las otras Prestaciones básicas para el logro de sus objetivos.
8. Estimuladora, ya que facilita la autosatisfacción de necesidad por parte del usuario sin eximir de responsabilidad a la familia.
9. Educativa, ya que potencia las capacidades del usuario haciéndole agente de su propio cambio.
10. Técnica, ya que el personal que la presta debe estar cualificado.

## **CAPÍTULO II. Criterios para el acceso a la prestación**

### **Artículo 6°. Acceso a la Prestación.**

1. Podrán ser usuarios de la prestación de Ayuda a Domicilio todos aquellos individuos, familias u otras unidades de convivencia que estén empadronados en cualquier municipio de la Comunidad Autónoma de Andalucía y que carezcan de autonomía personal de tipo parcial o total, temporal o definitiva, para permanecer en su medio habitual de vida.
2. Con carácter prioritario se atenderán las siguientes situaciones:
  - a) Carencia de familiares en primer y segundo grado o que, teniéndolos, demuestren fehacientemente su incapacidad o imposibilidad para asumir su responsabilidad familiar.
  - b) Poseer una renta personal anual inferior al 50% del salario mínimo interprofesional. Se entenderá por renta personal anual la suma de los ingresos que, por cualquier concepto, perciba la unidad familiar dividida por el número de miembros que la integran. Cuando se trate de personas que vivan solas, los ingresos se dividirán por 1,4 en compensación de gastos generales.
  - c) Familias en situación crítica por falta de un miembro clave (hospitalización, internamiento temporal, etc.) o que, estando los miembros clave, no ejerzan el rol que le corresponde.
  - d) Familias o miembros convivenciales con situaciones relacionales conflictivas.
  - e) Usuarios incluidos en alguno de los programas del Centro de Servicios Sociales que, de forma temporal, precisen de este Servicio como parte de su tratamiento.
  - f) Ancianos que vivan solos o con otras personas mayores con autonomía personal limitada.
  - g) Personas con grado de discapacidad física, psíquica o sensorial superior al 65%.
3. No podrán acceder a la prestación aquellos solicitantes que perciban otras prestaciones o servicios de análogo contenido o finalidad por parte de otra Entidad Pública o Privada.

### **Artículo 7°. Criterios para la prescripción de la Presentación.**

Para la concesión de la Prestación, los profesionales de los Servicios Sociales comunitarios tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- 1º. Grado de discapacidad física, psíquica o sensorial, previa valoración del Organismo competente.
- 2º. Dificultades personales especiales, previa valoración técnica de la situación psicosocial del individuo.
- 3º. Situación familiar, previa valoración de la composición familiar y grado de implicación de ésta en la contribución a la solución de la problemática.
- 4º. Situación social, previa valoración de la red de apoyo social del usuario.
- 5º. Características de la vivienda, previa valoración de las condiciones del hábitat del usuario.

### **CAPÍTULO III. Derechos y deberes de la usuarios**

#### **Artículo 8°. Derechos de los usuarios.**

Los usuarios de la Prestación de Ayuda a Domicilio tendrán derecho a:

- a) Recibir la prestación respetando en todo momento su individualidad y dignidad personal.
- b) Recibir adecuadamente la prestación con el contenido y la duración que en cada caso se considere.
- c) Ser orientados hacia los recursos alternativos que, en su caso, resulten necesarios.
- d) Ser informados sobre el estado de tramitación de su expediente.
- e) Ser informados puntualmente de las modificaciones que pudieron producirse en el régimen de la prestación.
- f) Ser oídos por cuantas incidencias se observen en la prestación del Servicio, así como en la calidad del trato humano dispensado.

#### **Artículo 9°. Deberes de los usuarios.**

Los usuarios de la Prestación de Ayuda a Domicilio tendrán los siguientes deberes:

- a) Facilitar el ejercicio de las tareas de los profesionales que atiendan el Servicios, así como poner a su disposición los medios materiales adecuados para el desarrollo de dichas tareas.
- b) Ser correctos y cordiales en el trato con las personas que prestan el Servicio, respetando sus funciones profesionales.
- c) Corresponsabilizarse en el coste de la prestación en función de su capacidad económica y patrimonial.
- d) Informar de cualquier cambio que se produzca en su situación personal, familiar, social y económica que pudiera dar lugar a la modificación.
- e) Comunicar con suficiente antelación cualquier traslado fuera del domicilio que impida la prestación del Servicio.

### **CAPÍTULO IV. Actuaciones básicas**

#### **Artículo 10°. Tipología de actuaciones.**

El Servicio de Ayuda a Domicilio debe ofrecer una atención integral a los usuarios que dé respuesta a la totalidad de las necesidades del individuo y en la que resalta el carácter educativo y preventivo de todas las actuaciones.

Las actuaciones básicas contempladas en la presente Orden son las siguientes:

1. Actuaciones de carácter doméstico.
2. Actuaciones de carácter personal.
3. Actuaciones de carácter educativo.
4. Actuaciones de carácter socio-comunitarias.
5. Ayudas técnicas y adaptativas del hogar.

### **Artículo 11°. Actuaciones de carácter doméstico.**

1. Las actuaciones de carácter doméstico son aquellas actividades y tareas cotidianas que se realizan en el hogar destinadas al apoyo de la autonomía personal y familiar.
2. Estas actuaciones se podrán concretar, entre otras, en las siguientes actividades:
  - a) Relacionadas con la alimentación del usuario:
    - Preparación de alimentos en el hogar.
    - Servicio de comida a domicilio.
    - Compra de alimentos.
  - b) Relacionadas con el vestido del usuario:
    - Lavado de ropa en el domicilio del usuario y fuera del mismo.
    - Repaso de ropa.
    - Ordenación de ropa.
    - Plancha de ropa en el domicilio del usuario y fuera del mismo.
    - Compra de ropa.
  - c) Relacionadas con el mantenimiento de la vivienda.
    - Limpieza de la vivienda, de choque y ordinaria.
    - Pequeñas reparaciones, pintura menor, poner bombillas, arreglo de cortinas, etc.

### **Artículo 12°. Actuaciones de carácter personal.**

1. Las actuaciones de carácter personal son aquellas actividades y tareas cotidianas que fundamentalmente recaen sobre el propio destinatario de la Prestación, dirigidas a promover y mantener su bienestar personal y social.
2. Estas actuaciones se podrán concretar, entre otras, en las siguientes actividades y tareas:
  - a) Aseo e higiene personal.
  - b) Ayuda en el vestir y comer.
  - c) Compañía dentro y fuera del domicilio.
  - d) Paseos con fines sociales y terapéuticos.
  - e) Control de alimentación del usuario.
  - f) Seguimiento del tratamiento médico en coordinación con los equipos de salud.
  - g) Apoyo para la movilidad dentro del hogar.
  - h) Acompañamiento para visitas médicas y gestiones.
  - i) Actividades de ocio dentro del domicilio.
  - j) Servicio de vela.

### **Artículo 13°. Actuaciones de carácter educativo.**

- 1°. Las actuaciones de carácter educativo son aquéllas que están dirigidas a fomentar hábitos de conducta y adquisición de habilidades básicas.
- 2°. Estas actuaciones se podrán concretar, entre otras, en las siguientes actividades:
  - a) Organización económica y familiar.

- b) Planificación de higiene familiar.
- c) Formación en hábitos convivenciales (familia, entorno, etc.).
- d) Apoyo a la integración y socialización.

#### **Artículo 14°. Actuaciones de carácter socio-comunitario.**

Las actuaciones de carácter socio-comunitario son aquellas actividades o tareas dirigidas a fomentar la participación del usuario en su comunidad y en actividades de ocio y tiempo libre, tales como cine, teatro, ferias, fiestas locales, excursiones, lectura y otras.

#### **Artículo 15°. Ayudas técnicas y adaptativas del hogar.**

- 1°. Las ayudas técnicas y adaptativas del hogar son aquellas actividades de adaptación funcional del hogar necesarias para solventar situaciones concretas y específicas de dificultad, que complementan las actividades y tareas básicas de la Prestación, tales como eliminación de barreras en el hogar, acondicionamiento de la vivienda y otras ayudas técnicas que apoyen la estructuración y organización de hogares y núcleos familiares.
- 2°. Tendrá la consideración de ayuda técnica específica la teleasistencia, definida como un servicio de atención y apoyo personal y social que detecta determinadas situaciones de emergencia del usuario garantizando la comunicación permanente con el exterior.

El Servicio se articula mediante la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones especial, permitiendo que los usuarios, ante situaciones de emergencia y a través de un dispositivo de fácil utilización, puedan entrar en contacto verbal con un centro atendido por personal específicamente preparado para dar respuesta a la emergencia presentada.

Dicho sistema cumple, entre otros, los siguientes objetivos:

- La conexión permanente entre el usuario y la central del sistema.
- La intervención inmediata en crisis personales, sociales o médicas.
- El apoyo inmediato a través de la línea telefónica.
- La movilización de los recursos necesarios que existan en su zona.
- Servir de enlace entre el usuario y el entorno socio-familiar.
- La actuación en el propio domicilio.

### **CAPÍTULO V. Recursos humanos**

#### **Artículo 16°. Personal del Servicio.**

- 1°. El desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio requiere las intervenciones de profesionales de distintas disciplinas para posibilitar una actuación integral del mismo.
- 2°. Para el citado fin se contará con los siguientes profesionales:
  - a) Trabajadores Sociales: profesionales que reciben la demanda, realizan el estudio y valoración de la situación presentada y diseñan un proyecto de intervención adecuado. Asimismo, son los responsables de la supervisión, seguimiento y evaluación del servicio.

- b) Auxiliares de Ayuda a Domicilio: profesionales encargados de realizar las tareas de carácter doméstico y personal bajo las orientaciones del equipo multidisciplinar del Centro de Servicios Sociales y el seguimiento del trabajador social.
- c) Psicólogo: profesional que intervendrá en aquellas situaciones familiares que se estimen necesarias.
- d) Educador: profesional que orientará y formará en la creación o modificación de hábitos convivenciales como apoyo a la integración y socialización del usuario.

#### **Artículo 17º. Trabajadores Sociales.**

Los Trabajadores Sociales tendrán, entre otras, las funciones que a continuación se detallan:

- Analizar la demanda y estudiar las necesidades para fundamentar propuestas a fin de ofrecer respuestas a las mismas.
- Programar, gestionar y supervisar el Servicio.
- Hacer el seguimiento y evaluar la idoneidad y eficacia del Servicio.
- Estimular y potenciar la iniciativa social, propiciando la participación del voluntariado.
- Apoyar técnicamente, coordinar, hacer el seguimiento y evaluación de la intervención voluntaria.
- Apoyar y promocionar la formación y reciclaje de los Auxiliares de Ayuda a Domicilio.

#### **Artículo 18º. Auxiliares de Ayuda a Domicilio.**

Los Auxiliares de Ayuda a Domicilio tendrán, entre otras, las funciones que a continuación se detallan:

- Realizar las actividades de carácter doméstico y personal.
- Orientar al usuario en las actividades de la vida diaria, favoreciendo una normalización en la vida del hogar.
- Estimular el protagonismo del usuario no sustituyéndolo en aquellas tareas que pueda desarrollar por sí mismo.
- Facilitar canales de comunicación del usuario con su entorno.

#### **Artículo 19º. Formación de los Auxiliares de Ayuda a Domicilio.**

El Servicio de Ayuda a Domicilio requiere para su desarrollo ser realizado por personal debidamente formado y cualificado para el trabajo que va a desempeñar.

Los Auxiliares de Ayuda a Domicilio deberán haber realizado cursos de formación especializados, con la suficiente profundización en el conocimiento de los sectores en los cuales vayan a trabajar.

Estos cursos deberán permitir la formación adecuada para el desarrollo de cada una de las actividades que se recogen en la presente Orden.

## **CAPÍTULO VI. Organización del servicio**

### **Artículo 20º. Modalidades de contratación.**

La prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio es competencia de las Corporaciones Locales de Andalucía. Las mismas asumirán la titularidad del Servicio, que podrán gestionar de forma directa o indirecta.

Asimismo, podrán subvencionar directamente al usuario para que éste contrate al Auxiliar de Ayuda a Domicilio.

En cualquiera de las tres modalidades, el personal que preste el Servicio deberá ser propio de la Corporación Local, a excepción del Auxiliar de Ayuda a Domicilio, que podrá serlo o no.

En el caso de gestión indirecta, así como en el de subvención directa al usuario, la Corporación Local mantendrá las funciones de coordinación, seguimiento, supervisión y evaluación.

### **Artículo 21º. Financiación.**

El Servicio de Ayuda a Domicilio se financiará con las aportaciones de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y de las Corporaciones Locales respectivas de los propios usuarios.

Teniendo en cuenta las diferentes circunstancias socio-económicas de la población susceptible de ser usuaria, cada Corporación Local deberá establecer Ordenanzas Municipales que regulen los correspondientes precios públicos.

Para determinar la participación del usuario en el coste del Servicio se establecerá un baremo en base a las siguientes variables:

- Renta personal anual, tal y como se define en el artículo 6,2º b) de la presente Orden.
- Patrimonio del usuario, bienes y derechos de contenido económico.
- En todo caso, como mínimo, están exentos de pago aquellos usuarios cuya renta personal anual sea inferior al 50% del Salario Mínimo Interprofesional.
- Asimismo, los usuarios que perciban una renta personal anual superior al 300% del Salario Mínimo Interprofesional, abonarán la totalidad del coste del Servicio.

### **Artículo 22º. Procedimiento.**

- 1º. La concesión del Servicio en el que se concreta la Prestación de Ayuda a Domicilio se efectuará mediante procedimiento reglado establecido al efecto por las Corporaciones Locales.
- 2º. Los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios efectuarán un estudio de las solicitudes presentadas y propondrán, de acuerdo con el diagnóstico realizado, la concesión o denegación del acceso a la prestación del Servicio, teniendo en cuenta lo dispuesto en los artículos 6 y 7 de la presente Orden.
- 3º. Se pondrá fin al procedimiento mediante Resolución motivada dictada por el órgano competente y debidamente notificada al interesado.

### **Artículo 23°. Duración del Servicio.**

El Servicio de Ayuda a Domicilio, de acuerdo con lo señalado en el artículo 5 de la presente Orden, tiene carácter transitorio, debiendo la Resolución indicar la fecha de inicio y de finalización del Servicio que, como mínimo, será de un mes y como máximo de una año.

No obstante lo anterior, el Servicio de Ayuda a Domicilio podrá tener continuidad una vez finalizado el plazo establecido en la Resolución, siempre que circunstancias especiales, apreciadas de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 6 y 7 de la presente Orden, lo requiera y así se acuerde mediante la oportuna Resolución Administrativa.

Este Servicio tendrá una duración mínima de una hora al día y cuatro horas a la semana, distribuidas estas últimas, como mínimo, en dos días.

### **Artículo 24°. Evaluación.**

El Servicio de Ayuda a Domicilio deberá ser evaluado con el objeto de mejorar la eficacia y eficiencia del mismo.

Las Corporaciones Locales elaborarán una memoria anual que refleje la situación del Servicio. Para ello, tendrán en cuenta las siguientes variables:

- Volumen y características de la demanda.
- Número de usuarios y características de los mismos.
- Actividades desarrolladas en cada actuación básica.
- Recursos utilizados para la prestación del Servicio.
- Análisis de costes.
- Grado de satisfacción del usuario.

Dicha memoria anual será remitida al órgano competente de la Junta de Andalucía antes del 31 de marzo del año siguiente al evaluado.

## **DISPOSICIONES ADICIONALES**

### **Disposición Adicional Primera: La Teleasistencia.**

Si bien se regula en la presente Orden, como una de las actuaciones básicas en que se concreta el Servicio de Ayuda a Domicilio, la teleasistencia, no le resulta de aplicación lo dispuesto en el párrafo tercero del artículo 23, relativo a la duración mínima del Servicio.

Dicha exclusión se efectúa dada la esencia misma de la teleasistencia, cual es la “conexión permanente entre el usuario y la central del sistema”, por lo que no procede el establecimiento de una duración mínima al ser por definición permanente la comunicación que ha de garantizarse al usuario con el exterior.

### **Disposición Adicional Segunda: Procedimiento Especial.**

Para atender casos de extrema urgencia, se procederá a la inmediata iniciación del Servicio de Ayuda a Domicilio a propuesta de los Servicios Sociales Comunitarios, sin perjuicio de su posterior tramitación de acuerdo con el procedimiento establecido al efecto.

### **Disposición Adicional Tercera. Prestación Complementaria.**

Las actuaciones básicas podrán complementarse con Prestaciones de carácter económico que se consideren necesarias en orden a la efectividad del Servicio, para cubrir necesidades domésticas, en casos de urgencia y con carácter coyuntural.

### **DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA**

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOJA.

Sevilla, 22 de Octubre de 1996



# procesos asistenciales

### ASPECTOS LEGALES DEL PROCESO DEMENCIA

Bajo este epígrafe, se trata de concretar el contenido de la información legal que un proceso de atención sociosanitaria que se pretende integral debe facilitar a los sujetos del mismo: el sujeto con demencia y sus familiares o allegados.

Se debe distinguir, a estos efectos, dos fases en la enfermedad, aunque desde el punto de vista clínico sea diferente la clasificación, pues lógicamente se toman en cuenta otros criterios. Legalmente lo que importa es si el sujeto afectado de demencia tiene o no discernimiento para comprender la situación que le afecta y, en función de ello, la atención jurídica es diferente.

Por ello, distinguiremos dos fases que llamaremos, impropiaemente estadio inicial y estadio avanzado.

#### ESTADIO INICIAL

En este momento, el sujeto diagnosticado de demencia tiene interés en recibir información sobre la pérdida de facultades que la caracteriza y sus consecuencias jurídicas.

Debe resaltarse que ese derecho en este momento le corresponde a él mismo, pues partimos de que el sujeto en esta fase tiene facultades de discernimiento para comprender la situación que le afecta y actuar en consecuencia.

Diferenciaremos un ámbito personal y un ámbito patrimonial de consecuencias jurídicas relacionadas con la demencia.

En el **ámbito personal**, la información relevante debe incluir lo referente al procedimiento judicial de Incapacidad, al nombramiento del tutor y a la eficacia jurídica del denominado "Testamento Vital".

#### **\*Declaración de Incapacidad.**

En primer lugar, deben aclararse algunos conceptos para comprender el sentido y alcance de esta institución.

El Derecho tiene dos objetos de regulación: la persona y la vida social.

La persona tiene atribuida por el Derecho una esfera de poder jurídico, la Capacidad

Jurídica, que significa la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones. Toda persona por el mero hecho de serlo tiene Capacidad Jurídica, que es un atributo o cualidad esencial de la persona, reflejo de su dignidad. No puede privarse a nadie de ella, toda persona la tiene.

La Capacidad de Obrar significa la aptitud para realizar eficazmente actos jurídicos, para adquirir derechos o asumir obligaciones, y puede ser plena o estar limitada por determinadas condiciones, como la edad o la enfermedad.

Efectivamente, cuando una persona está afectada por “una enfermedad o deficiencia de carácter físico o psíquico que le impide gobernarse por sí misma” ( art. 199 del Código Civil) puede instarse un procedimiento judicial que culmina con una sentencia que declara la Incapacidad y, en su caso, nombra un Tutor.

Las normas sobre la Capacidad e Incapacidad se regulan en el Código Civil (arts. 199 y ss.) y el Procedimiento Judicial de Incapacidad en la Ley de Enjuiciamiento Civil ( arts. 756 y ss.).

La Legitimación o Capacidad para ser parte en el procedimiento, o sea, también la facultad de iniciarlo, se atribuye por la Ley de Enjuiciamiento Civil a determinados parientes, a la pareja de hecho y al Ministerio Fiscal. No se regula en el Código Civil la posibilidad de la “autotutela”, es decir, la posibilidad de que una persona que se dé cuenta de su ineptitud para gobernarse a sí misma pueda estar legitimada para promover el procedimiento. No obstante, puede acudir al Ministerio Fiscal, pues el art. 757 3º de la Ley de Enjuiciamiento Civil faculta a cualquier persona para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación; el mismo artículo establece que las autoridades o funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de una posible causa de incapacidad deberán, es una obligación legal, ponerla en conocimiento del Ministerio Fiscal, lo cual vincula a los profesionales que intervienen en el tratamiento de una demencia.

#### **\* Alternativas a la declaración de Incapacidad.**

También deberá ser informado el paciente de los efectos de la falta de Declaración de Incapacidad y de otras formas para arreglar los asuntos patrimoniales, sin recurrir a la Declaración de Incapacidad, tales como fórmulas bancarias o notariales.

#### **\*Derechos de la personalidad inalienables.**

Se ha dicho que la Capacidad Jurídica es la aptitud de ser titular de ciertos derechos que corresponde a toda persona por el solo hecho de serlo sin más condiciones. Esta Capacidad no puede restringirse y, aun en caso de Declaración Judicial de Incapacidad, ésta se refiere a la Capacidad de Obrar, permaneciendo íntegra la titularidad de un conjunto de derechos que se denominan de la personalidad.

En la clasificación del profesor Martín Ballesteros, se enumeran los siguientes:

- 1) Derecho a la individualidad: nombre, domicilio, estado civil y raza, patrimonio, profesión.
- 2) Derechos relativos a la existencia física: vida, integridad física y disposición del propio cuerpo.
- 3) Derechos morales: imagen, secreto, honor, los derechos de autor, los derechos de familia en sus meras relaciones personales, los recuerdos familiares y las libertades públicas.

Estos derechos se consideran tradicionalmente innatos, esenciales a la persona, intransmisibles, irrenunciables e imprescriptibles.

Muchos de ellos están regulados en la Constitución Española y, por lo tanto, gozan de la protección jurídica que ella les dispensa, incluido el Derecho de Amparo ante el Tribunal Constitucional.

Es decir, que el desconocimiento por cualquiera de estos derechos produce una serie de consecuencias jurídicas:

- a) La lesión de la mayoría de los derechos de la personalidad constituye un delito regulado en el Código Penal: las lesiones, como atentado a la integridad física; las detenciones ilegales, como vulneración del derecho a la libertad personal. La declaración de una acción como delito produce la doble consecuencia de la pena y de una indemnización económica.
- b) La Tutela Civil de estos derechos tiene lugar ante los tribunales civiles y significa que la acción de resarcimiento de daños y perjuicios, cuando una acción dañosa contra ellos no sea delito, puede ejercitarse en estos tribunales y dar lugar a una indemnización y a la cesación del daño, el cual puede ser material o moral (Art. 1902 del Código Civil).
- c) También se aplican a estos derechos la protección que la Constitución otorga a los derechos fundamentales en ella regulados y que se realiza a través de la Ley 62/78, de 20 de diciembre, y del Recurso de Amparo ante el Tribunal Constitucional.

### **\*La Tutela**

El tutor tiene atribuida la representación legal del Incapacitado y la administración de su patrimonio, o complementa su Capacidad en función de la extensión que la sentencia haya declarado de la incapacidad de la persona demandada.

El tutor o el curador normalmente se nombra en la sentencia que declara la incapacidad. Respecto del nombramiento de tutor, es ésta una facultad judicial, sin perjuicio de que la persona con integridad de juicio acuda a un notario o utilice otro medio de expresar su voluntad sobre este importante asunto. No obstante, la eficacia real de esa determinación dependerá de que esa voluntad sea aportada al procedimiento y de que el juez lo acepte, pues,

como se dijo arriba, nuestro Derecho no regula la posibilidad de la autotutela ni el “Testamento Vital”, sí regulado en otras Comunidades Autónomas.

A pesar de ello, si el Incapaz conserva suficiente juicio, el art. 231 del Código Civil dice que el Juez le oirá sobre este punto, sobre sus preferencias acerca del nombramiento de Tutor.

La tutela se ejerce bajo la salvaguarda de la autoridad judicial y la vigilancia del Ministerio Fiscal (arts. 232 y 233 del Código Civil), de manera que se pueden establecer medidas de vigilancia y control, y el Tutor debe responder y rendir cuentas de su gestión.

Es importante también informar del derecho a contar con una tutela eficaz controlada por los poderes públicos, para analizar qué Tutor se ajusta más a las circunstancias concretas: la familia, el Director del Centro, la Tutela Pública de reciente implantación...

### **\*Información sobre el Testamento Vital.**

Por Testamento Vital se entiende la manifestación de voluntad de una persona, en pleno estado de discernimiento, por la que regula determinadas cuestiones personales y patrimoniales que empezarán a surtir efectos durante su vida en el momento en que se produzca la enfermedad invalidante, que es el presupuesto de esta institución.

No está regulada esta institución en el Derecho Civil común, es decir, en el Código Civil, que es el que rige en nuestra Comunidad Autónoma. Sin embargo, al tratarse de una institución de gran actualidad, que parcialmente va siendo acogida por los diversos ordenamientos jurídicos, el Proceso de Demencia cumpliría sus objetivos si obtuviera y proporcionara a los pacientes cumplida información sobre el estado legal de la cuestión.

En el ámbito patrimonial, la información debe ir referida a las posibilidades de organizar el patrimonio ante la enfermedad, para el mismo periodo de enfermedad, el testamento, y la posibilidad de reclamar “alimentos” a los descendientes.

También debe informarse de la protección jurídica del patrimonio, de la conveniencia de hacer testamento, de las posibilidades del Ordenamiento Jurídico para organizar el patrimonio a la vista de la inminente invalidez que ocasiona la demencia, incluida la información básica y actualizada sobre el denominado “Testamento Vital”, las ayudas públicas y prestaciones establecidas y, por último, sobre la posibilidad de reclamar “alimentos” a los descendientes.

### **\*Derecho de Alimentos.**

El Derecho de Alimentos es aquél que la ley otorga a una persona y en virtud del cual está facultada para reclamar de otra ésta con la cual generalmente le liga un vínculo de parentesco, los bienes necesarios para subsistir.

Por otra parte, junto a esta obligación familiar que se regula en el Código Civil, arts. 142 y ss., existe la obligación de los poderes públicos, conforme al art. 50 de la Constitución

Española, de garantizar la suficiencia económica de la tercera edad mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas y, asimismo, dice el precepto, y con independencia de las obligaciones familiares, de promover su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

El incumplimiento de la obligación de alimentos por parte de los descendientes constituye una causa justa de desheredación (art. 853 1º, 854 2º, y 855 3º del Código Civil). Además, la privación de esta asistencia puede constituir el delito de Abandono de Familia del art. 226 del Código Penal.

El contenido de esta obligación lo expresa el Código Civil en el art. 142 que “entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica”.

## **ESTADÍO AVANZADO: PROTECCIÓN DEL PACIENTE E INFORMACIÓN A LOS CUIDADORES**

### **a) Prevención del despojo.**

Si se detecta la posibilidad de que se produzca un despojo o indicios del mismo, deberá cuidarse de que no se demore la comunicación al familiar y al Ministerio Fiscal para que se inste la Declaración de Incapacidad y/o Medidas de Protección.

### **b) Prevención del maltrato.**

De la misma manera, si se detecta una situación de riesgo de maltrato, deberá ponerse en conocimiento de los familiares y del Ministerio Fiscal para que insten la declaración de Incapacidad y/o Medidas de Protección.

### **c) Reacción frente al despojo y al maltrato.**

Son frecuentes estas situaciones por cuanto, si se producen en el seno de la familia, existe una tolerancia por considerarlo un “asunto privado”. Esa mentalidad debe ser superada, porque las normas jurídicas también rigen en las relaciones intrafamiliares, como no puede ser de otro modo, en un Ordenamiento Jurídico que tiene su centro en la persona.

Estas situaciones, en cuanto sean advertidas, deben ser objeto de denuncia al Juzgado de Guardia o al Ministerio Fiscal (arts. 259, 262 y 264 de la Lecr.). Existe un deber de denuncia, particularmente intenso en el caso de los funcionarios públicos, los cuales serán corregidos disciplinariamente si omiten su deber. Además, el art. 450 del Código Penal establece que incurre en delito aquél que, funcionario o no, no impidiera, pudiendo hacerlo, la comisión de un delito contra la vida, integridad, salud o libertad sexual, o no acudiera a la autoridad o a sus agentes para que impidan la comisión de un delito de esa naturaleza.

Y, asimismo, puede dar lugar a responsabilidad civil pues, según el art. 1902 del Código Civil, “el que por acción u **omisión** causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”.

#### **d) Remoción del Tutor**

Si se detecta incompetencia del Tutor con independencia de la causa, aunque sea por imposibilidad, esta situación debe ponerse en conocimiento del Ministerio Fiscal para que éste valore la situación y promueva, en su caso, un procedimiento para el cambio de Tutor.

El art. 247 regula esta situación que se denomina Remoción del Tutor.

**e) Garantizar la integridad del Estatuto Jurídico de la Persona:** derecho a la intimidad y a la propia imagen en todo el curso de la enfermedad, de la manera expuesta anteriormente sobre los Derechos de la Personalidad.

**f) Coordinación** entre los Servicios de Salud/ Servicios Sociales/ AFA's / Justicia.

**g) Comunicación** fluida entre la Unidad de Demencias y el Ministerio Fiscal.

**h) Información** al Cuidador sobre los **aspectos jurídicos** relacionados con esta etapa de la enfermedad:

- Necesidad de la autorización judicial para el internamiento en una residencia.
- Necesidad de aprobación o autorización judicial para vender inmuebles y para otros actos de disposición.
- Posibilidades alternativas a la Declaración de Incapacidad de la manera analizada en el anterior apartado.
- Deber de Alimentos.

### COORDINACIÓN EN LA DIMENSIÓN SANITARIA Y DE RECURSOS SOCIALES EN LA ATENCIÓN A LA DEMENCIA.

#### 1. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE LA COORDINACIÓN DE LOS RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA Y SUS FAMILIARES.

La enfermedad de Alzheimer y otras demencias generan una discapacidad y una dependencia que puede ser extremadamente grave. La situación de gran dependencia afectaría a un total del 25% de la población enferma.

En este momento, la familia constituye en España la unidad de protección social básica de estos enfermos y es la que está dando mayoritariamente respuesta a esta problemática. Es el llamado apoyo informal que asume el 72% de los cuidados.<sup>(26,27)</sup>

Pero la familia ha cambiado y sigue cambiando. El número de sus integrantes ha disminuido, el tamaño de la vivienda también, la mujer se ha incorporado al trabajo o desea hacerlo, y todo ello hace que el sistema actual no sea mantenible en el futuro.<sup>(28)</sup>

Se requiere una atención integral, permanente y continuada que exige una gran dedicación y un alto coste para las familias así como para los sistemas sanitario y social. Según el estudio de Hart et Al (1997), se calcula que el coste medio anual global por paciente afectado de Alzheimer es de 3.518.883 pesetas.<sup>(29)</sup>

No se han asignado los recursos necesarios para atender las actuales necesidades y, menos aún, las necesidades cada vez mayores que se vaticinan para el futuro. El nivel de cobertura de los servicios sociales es mínimo o inexistente en muchos casos.

Hasta hace poco, la opinión pública ha tenido un desconocimiento casi completo de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y sobre sus consecuencias.

Los familiares se ven en la gran mayoría de los casos sin la información y formación necesaria para atender a sus enfermos, y sin la existencia adecuada de servicios de apoyo y de respiro.

Desde los servicios sanitarios, el modelo de atención tradicional a este tipo de problemas pasa por una Atención Especializada de agudos y crónicos relativamente cara y, por parte de Atención Primaria, existe todavía un cierto desconocimiento acerca de estas enfermedades que generan un déficit de atención y una necesidad urgente de formación específica.

Y, por último, ha faltado una política clara, específica y homogénea en todo el país, que diera solución a los desequilibrios y desarrollos desiguales en los esquemas asistenciales sociosanitarios de las distintas CC.AA.

Por todas estas razones, la atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias requiere un modelo más integrador y sociosanitario, que aplique criterios de planificación utilizados desde hace tiempo en el Sistema Sanitario y, con menor grado de estructuración, en los Servicios Sociales; en definitiva, impone la definición de un modelo en el que la colaboración, la corresponsabilidad, y la coordinación entre niveles y servicios de diferentes sectores serán decisivos.

La garantía de calidad en la atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias compromete a niveles asistenciales sanitarios (A. Primaria y A. Especializada) y sociales (especializados y comunitarios) que deben dar una respuesta escalonada, a la vez que integral, a los diferentes estados de necesidad y enfermedad que presentan estas personas y sus familiares.<sup>(1)</sup>

## **2. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA:** <sup>(7,8,9,10,11,12,13,14,15,16)</sup>

Se puede definir como un **“conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas mayores dependientes”**<sup>(7,8,9)</sup>

Las actividades de coordinación, que pueden comprender múltiples diseños y modelos de intervención, parten del supuesto de la existencia de dos sistemas que deben actuar de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea. La coordinación sociosanitaria se acerca a lo que podríamos llamar metodología de la intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos, con vistas a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de los recursos.

## **3. BASES Y CRITERIOS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.** <sup>(7,8,9,10,11,12,13,14,15,16)</sup>

El marco conceptual en el que se basa la coordinación sociosanitaria comprende los siguientes principios:

1. **Convergencia**, entre los servicios sociales y sanitarios que tradicionalmente han desarrollado sus actividades de forma paralela sin lograr el ineludible encuentro que las necesidades de atención imponen; pero, además, los servicios sociosanitarios deben posibilitar la convergencia con el sistema de apoyo informal.
2. **Diversificación**, pues es necesario ofertar a las personas dependientes una amplia gama de servicios, la mayoría complementarios entre sí y de carácter comunitario; así, se hace posible su capacidad de elección y, al mismo tiempo, se eliminan las presiones inadecuadas sobre los que ofrecen menos resistencia en su acceso.
3. **Complementariedad**, entre todos los implicados en la atención: administraciones públicas (central, autonómica y local), sistema sanitario y social, iniciativa privada, ONGs y sector informal.
4. **Interdisciplinariedad**; la participación de diferentes disciplinas en la provisión de servicios debe intentar superar la mera yuxtaposición de intervenciones profesionales y ofrecer un producto diferente, de carácter global, enriquecido por todas las aportaciones de cada especialidad.
5. **Sectorización**; constituye uno de los elementos esenciales para garantizar la eficacia y optimización de los recursos, acercando al máximo las respuestas a las situaciones de necesidad.
6. **Mantenimiento en el entorno**; en coherencia con los deseos de los afectados y los familiares, y con el objetivo de lograr la máxima calidad en la vida cotidiana, el modelo de coordinación tiene que ser de base comunitaria, girando en torno a los servicios sociales y sanitarios de AP, y complementándose con el sistema hospitalario y residencial.
7. **Garantizar la continuidad de los cuidados** entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios.

#### 4. ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN

Comentaremos aquí dos estrategias de coordinación, no excluyentes sino complementarias que pueden convivir simultáneamente.

##### A. COMISIÓN SOCIO SANITARIA

###### Definición

**Órgano interinstitucional de valoración, asignación de recursos, planificación y seguimiento de los programas de atención a las personas mayores y dependientes que promueve una intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios en un ámbito geográfico determinado.**

Es el lugar de encuentro de todos los profesionales, instituciones y asociaciones de afectados que tienen que ver en un área sanitaria con la atención a los pacientes de Alzheimer y otras demencias, y sus familias.

## Funciones

1. Estudio de necesidades y recursos sociosanitarios del área.
2. Elaboración de protocolos de actuación consensuados de área.
3. Establecimiento de instrumentos estandarizados de valoración y criterios de utilización de servicios.
4. Establecimiento de vías de comunicación fluidas entre AP, y Servicios Sociales.
5. Puesta en marcha de circuitos de derivación entre los diferentes niveles asistenciales con la consiguiente identificación de responsables y procedimientos.
6. Realización de acciones conjuntas de prevención y promoción de la salud sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
7. Diseño de acciones formativas e informativas dirigidas tanto a los cuidadores como a los profesionales sociosanitarios del área.

## Composición

- Representantes de los servicios sanitarios:
  - A. Primaria.
  - A. Especializada.
- Representantes de los servicios sociales (administración autonómica y local):
  - Servicios comunitarios
  - Servicios especializados
- Representantes de las ONGs, organizaciones de voluntariado y de la iniciativa privada.

## B. SISTEMA DE GESTIÓN DE CASOS

Consiste en la tipificación de pacientes, valoración de la necesidad de cuidados, asignación de recursos sociosanitarios, seguimiento y evaluación continuada. Es un modelo de cuidados centrado en el cliente, evaluado por un equipo interdisciplinario desde un punto de vista bio-psico-social. En realidad, es una metodología de trabajo que se aplica en el nivel individual de cada caso.

En un principio, esta función fue asignada a las comisiones sociosanitarias, pero, desde un punto de vista práctico y operativo, debe ser asignada a los distintos equipos interdisciplinarios que trabajan en un área: EAP, U.F.I.S.S.,<sup>(22,23,24)</sup> E.V.C.G.,<sup>(7,8)</sup> E.S.A.D.,<sup>(25)</sup> P.A.D.E.S.<sup>(22,23,24)</sup>

El Plan Nacional de Alzheimer<sup>(1)</sup> propone la creación de equipos de soporte sociosanitarios integrados por profesionales de ambos sectores que puedan desarrollar esta función en el nivel de área. En cualquier caso, el *case-management* es todavía novedoso en nuestro país y es necesario profundizar más en él.

- En Atención Primaria, cuando el censo de población dependiente es alto, se debe generar un programa específico de atención.

- En la atención domiciliaria, sería importante añadir la necesidad de que los familiares según su criterio puedan solicitar que el gestor del caso visite al enfermo.
- El gestor del caso podría, a su vez, ser el enlace entre la Atención Primaria y Atención Especializada de salud, solicitando los apoyos necesarios.
- El gestor del caso formaría parte de la comisión sociosanitaria de zona.
- El gestor del caso será nombrado en función de las necesidades mayores del enfermo, si son sociales (Trabajador Social) o si son sanitarias (Enfermeras/os).

## 5. CIRCUITOS DE COORDINACIÓN

Para comenzar a establecer las estrategias de coordinación sociosanitarias aquí comentadas en un área sociosanitaria, lo primero que hay que hacer es:

1. Conocer las necesidades sociales y sanitarias de las personas con demencia del área, de sus cuidadores y de sus familias.
2. Conocer los recursos sociales y sanitarios del área, incluido el voluntariado social, las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer y la iniciativa privada. En este sentido, en muchas áreas se han elaborado guías de recursos sociosanitarios, que están al alcance de todos los profesionales sociales y sanitarios del área.
3. Establecer circuitos de coordinación especificando:
  - Procedimientos
  - Responsables
  - Normas de acceso y derivación

Los circuitos de coordinación interinstitucionales deben ser circuitos profesionales y no deben estar basados sólo en la buena voluntad de los mismos y en sus ganas. Éste es un punto clave en el esquema de coordinación sociosanitaria en la atención a las demencias, puesto que será el que garantice la continuidad de los cuidados de la persona con demencia y su familia, así como una suficiencia de recursos sociosanitarios. Deben establecerse con la idea fundamental de que es el domicilio del paciente con demencia el punto donde deben confluir todos los servicios, complementando el apoyo informal. Por tanto, será la atención domiciliaria, tanto sanitaria como social, y su correcta coordinación, la base sobre la que descansen el resto de los servicios, sobre todo en la fase severa de la enfermedad.

a) De Atención Primaria a Atención Especializada:

- Procedimiento: parte Interconsulta, cumplimentado con los criterios mínimos antes comentados.
- Responsables: el equipo de Médico, Enfermero y T. Social que tiene asignado cada paciente.

b) De Atención Especializada a Atención Primaria y a la Residencia de mayores:

- Procedimiento: informe clínico al alta o informe de seguimiento cumplimentado con criterios mínimos de calidad
- Responsable: el responsable de la Unidad de Demencias (Servicio de Neurología)

c) Del equipo de Atención Primaria al Trabajador Social de Atención Primaria Servicios Sociales:

La intervención del Trabajador Social de AP va a estar centrada, por un lado, en las actividades preventivas y de promoción de salud al nivel que el equipo de AP determine, pero siempre partiendo de que es el profesional el que puede actuar como nexo de unión entre el Sistema Sanitario y el de Servicios Sociales. Puede orientar, con el apoyo de los profesionales sanitarios, sobre aquellas actividades que se deben desarrollar desde los Servicios Sociales con carácter preventivo.

Por otro, colaborará en el tratamiento con el objetivo de acercar recursos sociales de apoyo al anciano y a su familia, adecuados al momento de la enfermedad y a las necesidades psicosociales del caso.

Los profesionales sanitarios propondrán la intervención del TS de AP siempre que detecten un problema de demencia en:

- Anciano que viva solo.
- Anciano que viva acompañado por: otro anciano, minusválido o menores.
- No disponibilidad de cuidadoras/es o evidencia de sobrecarga en el/la cuidador/a principal.
- No disponga de recursos sociales de apoyo.
- Exista problemas económicos en la familia.
- Exista problema en la vivienda: de habitabilidad, estructura, posesión.
- Sospecha de malos tratos.

El TS realizará en el plazo más breve posible (una semana), la valoración del caso en la que se analizará:

- La situación personal: capacidades funcionales, mentales y afectivas.
- Familiar: convivientes, organización familiar, etapa evolutiva familiar, organización de cuidados, designación de cuidador/a principal y nivel de sobrecarga.
- Relaciones sociales.
- Situación económica.
- Situación de la vivienda: propiedad, adecuación del espacio para las necesidades de los convivientes, barreras arquitectónicas, equipamiento, riesgos ambientales.
- Apoyos sociales formales: ayuda a domicilio, *catering*, teleasistencia, voluntariado, centros de día, asociaciones, grupos de ayuda mutua.

Tras esta valoración, emitirá un diagnóstico social y una propuesta de intervención, que contendrá: área de intervención, objetivos, actividades y recursos que se habrán de aplicar.

El seguimiento y las nuevas valoraciones del caso se realizarán en función del estadio evolutivo (DSM III-R). En casos de demencia leve: al año; Moderada: a los 6 meses; grave: a los 3 meses.

Esta planificación será flexible y se podrá alterar según las propuestas de los miembros del equipo en contacto con el caso, tras detectar situaciones de desorganización sociofamiliar que exijan la intervención del Trabajador Social.

- Procedimiento: informe clínico, funcional, mental, social y de cuidados, único, que permita la interrelación y la asignación de recursos en ambos sentidos.
- Responsables: en Atención Primaria, el Gestor de Casos (T. Social o Enfermero de AP en función del caso); en S. Sociales comunitarios, el T. Social de la Unidad de Trabajo Social correspondiente, el responsable del centro de estancia diurna y el responsable de la residencia de mayores.

## 6. RECOMENDACIONES

Una correcta atención sociosanitaria a los enfermos de Alzheimer y otras demencias, y a sus familiares, exige la adopción de decisiones en el ámbito político sobre los siguientes aspectos:

- 1) Reconocer que existe un déficit importante de recursos sociosanitarios para pacientes con demencia en nuestro país, y que se deben implementar recursos tanto en el nivel social como sociosanitario: unidades de valoración y diagnóstico, unidades de internamiento, centros de día y servicios de atención domiciliaria.
- 2) Cambios en el establecimiento de las prioridades de atención que afectan al Sistema Sanitario y Social: aprobación y puesta en marcha del Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias.
- 3) Cambios en los sistemas de gestión de los servicios, procurando desarrollar fórmulas de provisión integral de los servicios (Sistema de Gestión de Casos).
- 4) Cambios en los sistemas de financiación de los recursos. Las necesidades de carácter sociosanitario se deberán sufragar con sistemas mixtos de financiación (cuidados de larga duración, atención domiciliaria sociosanitaria y centros de día).
- 5) La correcta atención sociosanitaria exige la garantía de continuidad en los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales, sociales y sanitarios. Para ello, se deben desarrollar estrategias estables de coordinación sociosanitaria:
  - a) Creación de comisiones sociosanitarias de área.
  - b) Establecimiento de criterios de sectorización.
  - c) Elaboración de criterios consensuados y flexibles de ordenación y utilización de los recursos sociosanitarios.
- 6) Formación de los profesionales sociosanitarios en el campo de la atención a las demencias y de los cuidadores.
- 7) Favorecer la participación de los propios enfermos y sus cuidadores.
- 8) En cuanto a la ordenación de recursos sociosanitarios para la atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias, cada área sociosanitaria deberá contar con:

- a) Un Centro de Día con capacidad para 40 pacientes / día.
- b) Una Unidad de Atención nocturna con 10 plazas.
- c) Acceso universal para todos los enfermos al servicio de atención domiciliaria con una intensidad mínima de 40 horas mensuales.
- d) Un equipo de soporte sociosanitario de atención domiciliaria.
- e) Una plaza de estancia temporal por cada 1.000 mayores de 65 años.
- f) 2 Unidades de Vida con capacidad para 6-10 personas.
- g) El 10 % de los enfermos tendrán acceso a unidades psicogerítricas y otras plazas residenciales.
- h) Para los profesionales de AP: 10 minutos por paciente; un máximo de 25 pacientes atendidos por día y no pasar de 1.200 personas adscritas por cupo médico o de enfermería; y un Trabajador Social por cada Centro de Salud.
- i) Una Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos Cognitivos o Unidad de Demencia ubicada en el Hospital de referencia del área.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. *Plan Nacional de Atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias*. 1999/2005. 2º borrador.
2. *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología XXI: Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Editores Médicos, S.A. Madrid, 2000.
3. *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología*. ED. Defensor del Pueblo: Informes, Estudios y Documentos. Madrid, 2000.
4. P. Rodríguez Rodríguez, M. T. Sancho Castiello. *Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1995;30 (3): 141-152.
5. M. T. Bazo. *Vejez dependiente, políticas y calidad de vida*. Papers 56, 1998. 143-161.
6. IMSERSO. *Observatorio de personas mayores. Vejez y Protección Social a la dependencia en Europa*. Madrid, 1999.
7. INSALUD. *Bases para la ordenación de servicios para la atención a las personas mayores*. Madrid, 1996.
8. INSALUD. *Criterios para la ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid, 1996.
9. INSALUD-IMSERSO. *Jornadas europeas sobre atención a las personas mayores dependientes. La respuesta socio-sanitaria*. Madrid, 1995.
10. Martínez Aguayo C. *Coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Un modelo de atención posible*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1995, 30,123-129.
11. Martínez Aguayo, C; Regato, P; Gogorcena, M. A. *La coordinación socio-sanitaria en la atención al anciano*. Rev. Cuadernos de Gestión para el profesional de A.P. 1996; 2: 86-94.
12. Maravall Gómez-Allende, H. *La coordinación socio-sanitaria: una exigencia ineludible*. Rev.Esp. Geriatr. Gerontol. 1995, 30, 131-135.

13. López, C; Reuss, J. M. y Cruz Jentoft. *Una experiencia de coordinación socio-sanitaria: el área 4 de Madrid*. rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1995, 30, 123-129.
14. J. Javier Yanguas; F. Javier Leturia. *Intervención psicosocial en gerontología: Manual Práctico*. Ed. Cáritas. Madrid. 1998.
15. T. Sancho, P. Rodríguez. "Programas y servicios para personas mayores" en *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Ed. Síntesis, Madrid, 1999.
16. Regato, P. y Sancho, T. "La coordinación socio-sanitaria como eje de actuación en la comunidad", en *atención domiciliaria. Organización y práctica*. Springer, Barcelona, 1999.
17. IMSERSO. *Plan Gerontológico*, 1993.
18. MAS, MSC. *Acuerdo Marco entre los MAS y MSC en materia de coordinación socio-sanitaria*. 14 de diciembre, 1993.
19. MAS, MSC. *Convenio de colaboración interministerial para la Atención Socio-Sanitaria de las personas mayores*. 14 de diciembre de 1993.
20. Generalitat de Catalunya. Direcció General d'Ordenació y Planificació Sanitaria: *Bases de'un model d'atenció socio-sanitaria, del seu finançament y del desplegament de recursos*. 1990-1995: Programa Vida als Anys. Barcelona, 1989.
21. Fontanals de Nadal, M.D; Martínez Mateo. *Evaluación de la atención socio-sanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1995, 30, 189-198.
22. Servei Català de la Salut. (1998) *Programa Vida als Anys. Evolució*. 1996-1999. Memoria 1998.
23. Diputación Foral de Alava. *Convenio de Cooperación entre el Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Alava para mejorar y racionalizar la cobertura de la atención psicogeriatrica en el territorio histórico de Alava*. 1993.
24. *Plan de atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha: 1998-2002*. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
25. INSALUD. *Plan Estratégico*. 1997.
26. IMSERSO. *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid, 1995.
27. IMSERSO. *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid, 1995.
28. I. Montorio Cerrato; P. Díaz Veiga y M. I. Fernández. *Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1995; 30 (3): 157-168.
29. Hart, W.M., Espinosa C. Carners, Rovira J. y Gisbert R. "Estudio sobre la estimación del coste de los recursos sanitarios y de atención domiciliaria de pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España". Estudio presentado en el seno de la 13th International Conference and 7th Annual European Meeting "Alzheimer: The blind hunter", 1997, Helsinki.
30. SEMFYC. *Recomendaciones en demencias*. Barcelona, 1999.
31. INSALUD. Secretaría General. *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Madrid, 1995.
32. J. Espinás; B. Casabella. *Protocolo de demencias en atención primaria*. Rev. FMC. 1999. Vol. 6. Suplemento 5.

33. M. Martín Bun y M. T. Alarcón Alarcón. *Atención a las demencias y sus complicaciones*. Rev. Medifam, 1999; 9: 4-22.
34. Servicio Canario de Salud. *Enfermos de Alzheimer y otras Demencias*. Conferencia de Consenso, 1999, Canarias.
35. Sancho Castiello, T. *Un lugar para vivir. Alojamientos alternativos para mayores*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol, 1994, 29 (53), 13-18.
36. Sancho Castiello, T. "Centro de día. Conceptualización" en IMSERSO: *Centros de día para personas mayores dependientes. Guía práctica*. Madrid, IMSERSO, 1996.
37. Porto y Rodríguez, P. (Editores). *Evolución y extensión del SAD en España*. Madrid, IMSERSO, 1998.
38. IMSERSO. *Estudio sobre la ayuda a domicilio en España*. Madrid, IMSERSO/FEMP (Investigación no publicada), 1990.
39. M. Pérez Salanueva, M.T. Sancho Castiello, J. Yanguas Lezuan. "Implementación de servicios sociales: hacia una atención domiciliaria integral" en *Atención domiciliaria. Organización práctica*. Springer, Barcelona, 1997.
40. M. Boada Rovira. "Alternativas y modelos de atención a las demencias: Análisis de recursos y servicios" en *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. R. Alberca, S. López-Pousa. Ed. SB. Madrid, 1998.
41. J.A. Iturria Sierra, S. Márquez Calderón. *Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización*.
42. L. Compan, E. Portella. *Impacto del envejecimiento de la población española en la utilización de servicios hospitalarios*. Rev. Todo Hospital/106-mayo 94.
43. J.C. Caballero García, J. Santamaría Ortiz. *Demencia y servicios sociales*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol, 26, 2 (102-108) 1991.
44. M. Sancho, Rodríguez Porrero. "Catálogo de recursos sociales y ayudas técnicas para las personas con demencia" en "Libro blanco de la enfermedad de Alzheimer". Ed. Rocío Fernández Ballesteros. Financiado por Caja Madrid. (En prensa).

### DEMENCIA

- The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *Supplement to CMJA* 1999;160(12 Suppl):S1-15.
- Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) *Neurology* 2001;56:1133-1142.
- Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review) *Neurology* 2001;56:1143-1153.
- Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review) *Neurology* 2001;56:1154-1166.
- American Academy of Neurology: 48<sup>th</sup> Annual Meeting March 23-30, 1996.
- Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia *GENCD de la SEN, 2000*.
- Atención coordinada al paciente con demencia *SEN, SEG, SEP, semFyC, 2000*.
- Consenso Español sobre Demencias *SEP, 2000*.
- Early Alzheimer's Disease Clinical Practice Guideline, Number 19, Consumer Version. Patient and Family Guide. *AHCPR Publication No. 96-0704* September 1996.
- Early Alzheimer's Disease: Recognition and Assessment. Guideline Overview No. 19 *Current as of September 1996. AHCPR Publication No. 97-R123*.
- Recognition and Initial Assessment of Alzheimer's Disease and Related Dementias Clinical Practice Guideline No. 19. *AHCPR Publication No. 97-0702: November 1996*.
- Conferencia de Consenso sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer. *Canarias*.
- Practice Guideline for the Treatment of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias of Late Life. American Psychiatric Association published in May 1997.
- 22 Interventions in the management of Behavioural and Psychological Aspects of Dementia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 1998.
- Plan de atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias 1999.
- COUNSELLORS IN PRIMARY CARE. DEC Report No.40 - June 1995. <http://www.epi.bris.ac.uk/~rd/publicat/dec/dec-40.htm>
- Rivastigmine (Exelon™) in the treatment of senile dementia of the Alzheimer type (SDAT). December 1998 <http://www.epi.bris.ac.uk/~rd/publicat/dec/dec-40.htm> or <http://www.soton.ac.uk/~dec/>. Development & Evaluation Committee Report No.89.
- Screening for Dementia. Guide to Clinical Preventive Services: Second Edition (1996).
- The Primary Care Management of Dementia North of England Evidence Based Guideline Development Project Department of Primary Care and Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne.

- EURODEM <http://www.alzheimer-europe.org>
- COX-2 Inhibitors: A Role in Alzheimer™s Disease? Issues in Emerging Health Technologies, Issue 10 Dec 1999, Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment.
- New Drugs for Alzheimer's Disease Vincent W. Delagarza, M.D., West Virginia University School of Medicine, Morgantown, West Virginia Copyright © 1998 by the American Academy of Family Physicians.
- Drug treatments for Alzheimer's disease. I. A comparative analysis of clinical trials. Wolfson C, Moride Y, Perrault A, Momoli F, Demers L, Oremus M. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 2000.
- Drug treatments for Alzheimer's disease. II. A review of outcome measures in clinical trials. Wolfson C, Moride Y, Perrault A, Momoli F, Demers L, Oremus M Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 2000.
- Drug treatments for Alzheimer's disease. III. A review of pharmacoeconomic evaluations. Shukla VK, Otten N, Coyle D. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment; 2000. Technology report no 11.
- The efficacy of tacrine and the measurement of outcomes in alzheimer's disease. prepared by Dr. Judith Glennie, FCSHP Pharmaceutical Consultant to CCOHTA *TECHNOLOGY OVERVIEW: PHARMACEUTICALS* ISSUE 5.0 JULY 1997.
- The Growing Challenge of Alzheimer's Disease in Residential Settings. A three-part training program for the staff of retirement communities, assisted living facilities, senior housing developments, case coordination agencies, and area agencies on aging. By Daniel Kuhn, MSW; Anna Ortigara, MS, RN; and David Lindeman, PhD, Rush Alzheimer's Disease Center, Rush Presbyterian-St. Luke's Medical Center, Chicago, Illinois This material was made possible by a grant from The Retirement Research Foundation and is being disseminated by the Alzheimer's Disease Education and Referral Center. © 1999, Rush Alzheimer's Disease Center.
- Rivastigmine was effective and safe in Alzheimer disease *ACP Journal Club*, September/October 1999. Rösler M, Anand R, Cicin-Sain A, et al. Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: international randomised controlled trial. *BMJ*. 1999 Mar 6;318:633-40.
- Advances in the Treatment of Alzheimer's Disease Philip D. Sloane, M.D., M.P.H., University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine Chapel Hill, North Carolina Copyright © 1998 by the American Academy of Family Physicians.
- Algorithms provided useful information about the course of Alzheimer disease *ACP Journal Club*, September/October 1997. Stern Y, Tang MX, Albert MS, et al. Predicting time to nursing home care and death in individuals with Alzheimer disease. *JAMA*. 1997 Mar 12;277:806-12.
- Examples of good practice in the continuum of care *Report by Prof. Mary Marshall Director, Dementia Services Development Centre* Stirling, November 1997. (Copyright (1998): EACH (European Alzheimer Clearing House).
- Social and Economic Cost Calculation of AD and AD Care *Lennart Levi, M.D., Ph.D. Professor Em. of Psychosocial Medicine* 30th November 1997. (Copyright (1998): EACH (European Alzheimer Clearing House).
- Nursing qualifications in different EU member states **FINDINGS: Health Care** By Prof.dr.s. Joop van Londen (*Project leader*) January 1998 (Copyright (1998): EACH (European Alzheimer Clearing House).

- Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross sectional survey. Clive Ballard, Jane Fossey, Ramilgan Chithramohan, Robert Howard, Alistair Burns, Peter Thompson, George Tadros, Andrew Fairbairn. *BMJ* VOLUME 323 25 AUGUST 2001;426-7.
- A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia Christina Wolfson, PH.D., David B. Wolfson, PH.D., Masoud Asgharian, PH.D., Cyr Emile M 'LAN, M.SC., Truls ØStbye, M.D., Kenneth Rockwood, M.D., AND D.B. Hogan, M.D., *N Engl J Med* 2001;344:1111-6.
- American College Of Radiology ACR Appropriateness Criteria for Dementia Expert Panel on Neurologic Imaging: Bruce Braffman, MD; Burton P. Drayer, MD; Robert E. Anderson, MD; Patricia C. Davis, MD; Michael D. F. Deck, MD; Anton N. Hasso, MD; Blake A. Johnson, MD; Thomas Masaryk, MD; Stephen J. Pomeranz, MD; David Seidenwurm, MD; Lawrence Tanenbaum, MD; Joseph C; Masdeu, MD, PhD. The complete work of the ACR Appropriateness Criteria™ is available from the American College of Radiology (1891 Preston White Drive, Reston, VA20191-4397) in book format and may be accessed at <http://www.acr.org>
- Educación, demencia y reserva cerebral. Carnero-Pardo C.: *Rev Neurol* 2000; 31: 584-92.
- Drug treatments for Alzheimer's disease: efficacy, outcome measurements and cost-effectiveness. Husereau D, Wolfson C, Shukla VK.: Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 2001. Technology Overview no. 4.
- New US guidelines for Alzheimer's disease released. Marilyn Larkin *Lancet* Volume 357, Number 9267 12 May 2001: 1505.
- The challenge of looking after people with dementia *Professional carers need higher expectations and better training and support* Editorials *BMJ* 2001;323:410–1.
- Análisis de las escalas de medición, eficacia de los tratamientos e impacto sociosanitario de la enfermedad de Alzheimer en el País Vasco. Gutiérrez Iglesias M A, Aizpurua Imaz I, Moracho del Río O, y Asua Batarrita J.: *Med Clin* 2000; 114 (Supl): 93-98.
- ¿Son útiles los nuevos fármacos contra la enfermedad de Alzheimer? Carnero-Pardo C.: *Rev Neurol* 2001; 32: 176-9.
- Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL and DeKosky ST.: *Neurology* 2001; 56: 1133-1142.
- Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N, Small GW Miller B, and Stevens JC.: *Neurology* 2001; 56: 1143-1153.
- Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, Mohs RC, Thal LJ, Whitehouse PJ, DeKosky ST, and Cummings JL.: *Neurology* 2001; 56: 1154-1166.
- Programa integral de atención psicogeriátrica. S. López-Pousa, J. Serra-Mestres, M. Lozano-Gallego, A. Tron-Estrada, J. Villalta-Franch, J. Garre-Olmo, G. Camps-Rovira, M. Hernández-Ferrándiz, C. Mariscot-Bas, J. Llinàs-Reglà, C. Pujol-Gómez *Rev Neurol* 2000;30(12):1181-1187.

- Guidance on the Use of Donepezil, Rivastigmine and Galantamine for the Treatment of Alzheimer's Disease. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Technology Appraisal Guidance No 19. January 2001.

\* Otras referencias bibliográficas son citadas en el propio documento y en otros anexos.



Avda. de la Innovación, s/n, Edificio Arena 1  
41020 Sevilla  
Tfno.: 955 00 63 00  
Fax: 955 00 63 28  
[www.csalud.junta-andalucia.es](http://www.csalud.junta-andalucia.es)

