

I ESTRATEGIA ANDALUZA PARA LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

2024-2027

Consejería de Salud y Consumo

Consejería de Inclusión Social,
Juventud, Familias e Igualdad

© Junta de Andalucía 2024

El texto de este documento se puede reproducir de forma gratuita en cualquier formato o medio, siempre que se reproduzca con precisión y no en un contexto engañoso. El material debe ser reconocido como perteneciente a las Consejería de Salud y Consumo y Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, y el título del documento especificado.

I ESTRATEGIA ANDALUZA PARA LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA 2024-2027

Consejería de Salud y Consumo

Consejería de Inclusión Social,
Juventud, Familias e Igualdad



Índice

Índice	5
Índice de tablas	7
Índice de gráficos.....	8
Introducción	12
Metodología	15
Marco normativo.....	17
Estatuto de Autonomía para Andalucía	17
Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil	17
Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas	17
Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores.....	17
Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud	19
Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía ...	19
Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género	19
Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía	20
Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía	20
Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía	20
Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía.	21
Otras normas.....	21
Definición de Atención Sociosanitaria	24
Justificaciones para desarrollar la EACS	26
Costes de la atención médica y social per cápita	26
Envejecimiento de la población	26
Aumento de las enfermedades crónicas	26
Cambios de modelo de la unidad familiar.....	26
Demandas crecientes de las personas	26
Gasto ineficiente	26
Iniciativas legislativas excesivas y poco desarrolladas	27
Falta de conexión entre sistemas de información	27
Falta de recursos específicos para personas menores de edad con problemas de salud mental..	27
Necesidad de accesibilidad universal	27
Necesidad de coordinación de los enfoques entre el sistema sanitario y social	27
Situación en Andalucía	29
Contexto demográfico.....	29
Personas en situación de dependencia y receptoras de prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia	31



Cronicidad	32
Incremento de riesgos sociales	34
Recursos	39
Ideas fuerza	45
Propósito general	47
Objetivos estratégicos	47
Líneas estratégicas y Acciones.....	49
Presupuesto.....	56
Evaluación y seguimiento	59
Equipo de trabajo	60



Índice de tablas

Tabla 1. Evolución de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años 2019-2020 en España y Andalucía ...	30
Tabla 2. Proyección de la población andaluza por provincias y grupos de edad. 2030-2040	31
Tabla 3. Comparación de la esperanza de vida a los 65 años y años de vida en buena salud a los 65 años en Andalucía. 2019	31
Tabla 4. Número total de personas beneficiarias con resolución de reconocimiento de la situación de dependencia por sexo, edad y grado de dependencia. Abril 2023	31
Tabla 5. Servicios y prestaciones del SAAD, desagregado por sexo. Abril 2023	32
Tabla 6. Media de patologías por persona usuaria en la población general y en población con enfermedad crónica compleja priorizada (ECCP). BPS	32
Tabla 7. Número de pacientes medicados con enfermedades crónicas	33
Tabla 8. Seguimiento proactivo de pacientes con ECCP en el domicilio	34
Tabla 9. Hombres usuarios de los servicios de salud mental del SSPA. Diciembre 2021	35
Tabla 10. Mujeres usuarias de los servicios de salud mental del SSPA. Diciembre 2021	35
Tabla 11. Hospitales con camas en funcionamiento del SSPA por provincia. BADEA, año 2020	39
Tabla 12. Personas ocupantes de estancias sociales en hospitales del SSPA. Noviembre 2021	42
Tabla 13. Personas ocupantes de estancias sociales en hospitales del SSPA por provincias. Enero 2023.	42
Tabla 14. Centros y plazas residenciales según sector y provincia. Año 2022	43



Índice de gráficos

Gráfico 1. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años en Andalucía.....	29
Gráfico 2. Escenario medio de proyección de la población andaluza	30
Gráfico 3. Evolución de outliers (porcentaje) por provincias. Años 2018-2020	40
Gráfico 4. Porcentaje de reingresos hospitalarios no programados antes de 30 días tras el alta por edad. BPS. Año 2022	41
Gráfico 5. Porcentaje de reingresos hospitalarios no programados antes de 30 días tras el alta por provincias. BPS. Año 2022	41



En Andalucía, al igual que en el contexto internacional, sobre todo tras la pandemia ocasionada por el COVID-19, existe una preocupación creciente por la gestión de la atención y los cuidados sanitarios y sociales de la ciudadanía especialmente vulnerable.

El gobierno andaluz es consciente de que el cambio en el perfil sociodemográfico, epidemiológico y cultural de la población está generando un aumento de la fragilidad y la dependencia, que precisa frecuentemente y de manera simultánea de atención sanitaria y social y no siempre la respuesta de los sistemas públicos sanitario y social se adapta a las necesidades de la ciudadanía, siendo necesaria su adecuación, su mayor accesibilidad y calidad, potenciando, a su vez, la permanencia de las personas en su entorno habitual de vida.

Los principales motivos del cambio sociodemográfico y epidemiológico son el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, pero también se pueden producir a lo largo de todo el ciclo vital trastornos, accidentes y enfermedades que conllevan situaciones de dependencia, requiriendo de una coordinación entre la atención sanitaria y de servicios sociales que garantice la continuidad de los cuidados, a la vez que optimice los recursos existentes.

Es por ello que en la presente legislatura se aprueba la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria, con el objetivo de ofrecer una atención integral centrada en las personas, y la finalidad de lograr mayores cotas de salud y bienestar en la población.

Loles López Gabarro

Consejera de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad

Catalina García Carrasco

Consejera de Salud y Consumo





Introducción



Introducción

La atención sociosanitaria representa un reto para los sistemas públicos de salud y de servicios sociales, reto agudizado tras la pandemia ocasionada por el COVID-19. Los avances alcanzados en nuestro país hasta la actualidad en este ámbito no han supuesto logros significativos, excepto algunas experiencias en algunas Comunidades Autónomas, mientras que esta modalidad de atención presenta avances notorios en países de nuestro entorno.

El cambio en el perfil sociodemográfico y cultural de la población de los últimos años está generando un aumento de la fragilidad y la dependencia, y no siempre la respuesta de los sistemas sanitarios y sociales se adecúa a las necesidades y a los cuidados que va precisando la ciudadanía, siendo necesaria su adaptación, generando una mayor accesibilidad y calidad en los servicios de atención social y sanitaria, para potenciar la permanencia de las personas en el lugar donde viven, si así lo desean.

La dimensión sociosanitaria alcanza una gran complejidad, sobre todo en su gobernanza, al venir determinada por su naturaleza pluriinstitucional, multidisciplinar e integral en la respuesta a las personas. La desigual trayectoria de los sistemas de salud y de servicios sociales en cuanto a sus diferencias históricas, entre otras, de consolidación, dimensión, distribución competencial entre administraciones, expresión, cultura organizativa, añade una mayor dificultad para el logro del mejor entendimiento posible entre las instituciones implicadas. Pero es evidente que ambos sistemas han de identificar su relación e interdependencia como necesaria para atender y resolver adecuadamente los problemas multidimensionales de la ciudadanía, la razón de ser de esta Estrategia, basada en los profundos cambios sociodemográficos, la situación epidemiológica actual y futura y la sostenibilidad de los sistemas sanitario y social.

En Andalucía han transcurrido ya más de dos décadas de sucesivos intentos de coordinación entre ambos sistemas, como lo pone de manifiesto el Convenio Marco entre la Consejería de Salud y la Consejería de Asuntos Sociales para el desarrollo de actuaciones sociosanitarias conjuntas, que data de 1997. Aunque se ha avanzado, esta coordinación no ha conseguido ser global ni sistemática. Ejemplo de ello es la colaboración en actuaciones en pro de un envejecimiento saludable entre las Consejerías competentes en materia de salud y de servicios sociales, en este caso también con la Consejería competente en materia de deportes.

Existe una mayor convergencia en el seno de planes integrales de carácter interdepartamental, como son, entre otros, el I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023, el Plan integral de salud mental, la Estrategia de Alzheimer y otras demencias, el Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía, y el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Además, la presente legislatura se inicia con la creación, en la Consejería de Salud y Consumo, de una Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo y de una Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Conforme establece el Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo, se asigna, entre sus funciones, a la citada Secretaría General “El diseño, seguimiento y evaluación de la I Estrategia de Coordinación Sociosanitaria entre la Consejería de Salud y Consumo y la Consejería con competencias en materia de servicios sociales, especialmente orientados a los grupos y colectivos en situación de vulnerabilidad y gran adversidad sanitaria y social”.

En la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, la relación entre ambas Consejerías se estrechó y quedó plasmada en la creación de las Comisiones Autonómica y Provinciales para la coordinación en materia sociosanitaria de Andalucía, dada la crudeza que la pandemia tuvo, sobre todo en las residencias de personas mayores que precisó la adopción de medidas



sanitarias específicas de manera ágil y rápida, como la adaptación del rol de la Enfermería Gestora de Casos (EGC), la reorientación de las funciones de las Trabajadoras y Trabajadores Sociales del ámbito sanitario, así como de la coordinación de la inspección de servicios sanitarios y de servicios sociales y el desarrollo de un programa de humanización y vida saludable en los centros residenciales.

En esta línea, el pasado día 11 de agosto de 2022 se publicó en el BOE el *Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, uno de cuyos apartados es la coordinación para la atención social y sanitaria. El proceso de envejecimiento demográfico y el vuelco de las pirámides de población están cambiando las previsiones sociales y sanitarias de nuestra sociedad occidental. La mayor longevidad debe ir acompañada de calidad de vida. La situación es la de un crecimiento constante, tanto de la prevalencia como de los costes, de las enfermedades crónicas, del mismo modo que aumenta las necesidades en los cuidados de las personas con discapacidad y las que están en situación de dependencia, situaciones que se dan con mayor frecuencia en las personas mayores. Según datos del departamento de población del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), las personas mayores suponen el 43,3% de todas las altas hospitalarias, presentan estancias más largas que el resto de la población y más de la mitad de todas las estancias causadas en hospitales se debe a la población mayor (54,9%). Del mismo modo que representan el sector de población que demanda mayor volumen de recursos del Sistema de Servicios Sociales.

La innovación constante en diagnóstico y terapéutica, así como los derechos garantizados que se empiezan a consolidar en materia de servicios sociales, suponen una mayor demanda de servicios que requieren de una atención adecuada, rápida, eficiente y con fácil acceso a los datos médicos y sociales desde cualquier dispositivo, plantean desafíos importantes de carácter económico y social para la sostenibilidad de los sistemas sanitario y social, que deben garantizar el acceso, equidad, cohesión y financiación en función de las necesidades de atención de las personas a las que va dirigida, dando respuesta, a su vez, a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, en concreto al objetivo de Salud y Bienestar.

A raíz de la pandemia, la Unión Europea ha provisto a los estados miembros de fondos financieros específicos a través del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia Next Generation EU, destinados a diversos ejes, entre los que se encuentran los ejes relacionados con la economía de los cuidados sanitarios y sociales y refuerzo de las políticas de igualdad e inclusión, así como de la asistencia sanitaria y que se han trasladado a la Estrategia para la Transformación Económica de Andalucía (ETEA) 2021-2027.

Por todo ello, es necesario priorizar el impulso de una atención integral a las personas con necesidades de apoyo asistencial intenso y complejo, coordinando de modo continuo y sistemático los servicios sanitarios y los sociales, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios e intersectoriales, que garantice la continuidad de los cuidados, con la máxima participación de la persona y de su entorno, mediante la elaboración y aprobación, desde el consenso, de la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria que optimice los recursos existentes en aras a mejorar la salud y el bienestar social de la población, dando así cumplimiento al Acuerdo de 23 de marzo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia, publicado en el BOJA núm. 58, de 26 de marzo de 2021.

Asimismo, la presente Estrategia se aprueba en cumplimiento de los compromisos adquiridos por el Gobierno andaluz en el marco del Pacto Social y Económico por el Impulso de Andalucía, firmado el 13 de marzo de 2023.



Metodología



Metodología

Duración

La I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria (EACS) abarca el periodo **2024-2027**.

Fases

El Acuerdo de formulación de la EACS establece en su punto cuarto el **proceso de elaboración y aprobación** de la misma. Siguiendo sus indicaciones, la propuesta inicial fue elaborada en el seno de la Comisión Autónoma para la coordinación en materia sociosanitaria de Andalucía, comisión que se constituyó tras la publicación del Acuerdo de 1 de diciembre de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento de la composición, funciones y constitución de la Comisiones Autónoma y Provinciales para la coordinación en materia sociosanitaria de Andalucía.

En el BOJA núm. 68, de 8 de abril de 2022, se publica la Resolución 30 de marzo de 2022, de la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios, por la que se acuerda someter a información pública la propuesta de I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria.

Valoradas todas las aportaciones recibidas, ambas Consejerías (Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, y Consejería de Salud y Consumo) presentan el texto de la EACS, que se ha elevado al Consejo de Gobierno para su aprobación definitiva mediante Acuerdo.

La EACS requerirá de la aprobación de **planes operativos anuales** por la Comisión Autónoma de coordinación, que contendrán, entre otras, las actividades de formación y capacitación de profesionales en las dinámicas de trabajo conjunto que sean necesarias, así como de generación y difusión de conocimiento y apoyo a proyectos de investigación e innovación.



Marco
normativo



Marco normativo

Para definir la atención sociosanitaria partimos del importante marco normativo de referencia existente, principalmente:

Estatuto de Autonomía para Andalucía

Artículo 22.3. Salud

“las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes”

Artículo 55.2. Salud, sanidad y farmacia

“corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, ...”

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil

Artículo 26. Ingreso en centros de protección específicos de menores con problemas de conducta

“No podrán ser ingresados en estos centros los menores que presenten enfermedades o trastornos mentales que requieran un tratamiento específico por parte de los servicios competentes en materia de salud mental o de atención a las personas con discapacidad”.

Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas

Artículo 1

Constituye el objeto de la presente Ley, dentro del marco competencial de la Comunidad Autónoma andaluza, la regulación del conjunto de medidas y acciones dirigidas a la prevención de las drogodependencias, a la atención e incorporación social de los drogodependientes y a la formación e investigación en dicho campo.

Asimismo, la consideración de las drogodependencias como una enfermedad con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social del individuo, mediante la integración de las actuaciones de asistencia e integración social del drogodependiente en el sistema sanitario y de servicios sociales.

Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores

Artículo 24.1. Definición del sistema de atención sociosanitaria

“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”.



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 multidisciplinares 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”.

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 28.1. Financiación

“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”.

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”.



Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

Artículo 12. Prestación de atención primaria

1. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: a) Los cuidados sanitarios de larga duración. b) La atención sanitaria a la convalecencia. c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía

Artículo 5. Transversalidad de género.

Los poderes públicos potenciarán que la perspectiva de la igualdad de género esté presente en la elaboración, ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas, de las políticas en todos los ámbitos de actuación, considerando sistemáticamente las prioridades y necesidades propias de las mujeres y de los hombres, teniendo en cuenta su incidencia en la situación específica de unas y otros, al objeto de adaptarlas para eliminar los efectos discriminatorios y fomentar la igualdad de género.

Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género

Artículo 24. Formación a profesionales de la salud.

Los planes y programas de salud deberán incluir la formación del personal del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para abordar de forma adecuada la detección precoz, la atención a la violencia de género en sus múltiples manifestaciones y sus efectos en la salud de las mujeres, la rehabilitación de éstas, y la atención a los grupos de mujeres con especiales dificultades. Dicha formación se dirigirá prioritariamente a los servicios de atención primaria y de atención especializada con mayor relevancia para la salud de las mujeres.

Artículo 25 bis. Formación en el ámbito de los servicios sociales y de otros profesionales.

1. La Administración de la Junta de Andalucía promoverá la formación específica en materia de violencia de género a las personas profesionales del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, así como el impulso a la investigación y divulgación de los resultados obtenidos.



Artículo 33. Planes de salud.

2. La detección precoz de las situaciones de violencia de género será un objetivo en el ámbito de los servicios de salud, tanto públicos como privados. A tal fin, la Consejería competente en materia de salud establecerá los programas y actividades más adecuados para lograr la mayor eficacia en la detección de estas situaciones, y se considerará de forma especial la situación de las mujeres que puedan tener mayor riesgo de sufrir la violencia de género o mayores dificultades para acceder a los servicios previstos en esta Ley, tales como las pertenecientes a minorías, las inmigrantes, las que se encuentran en situación de exclusión social, explotación sexual o las mujeres con discapacidad. Estas disposiciones afectarán a todos los centros sanitarios autorizados en el ámbito de Andalucía.

Artículo 39. Información y asesoramiento.

1. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, las Administraciones públicas de Andalucía, y en particular la Consejería competente en materia de igualdad:

c) Asimismo, desarrollarán los medios necesarios para garantizar la información a las mujeres víctimas de violencia de género que por sus circunstancias personales y sociales puedan tener una mayor dificultad para el ejercicio efectivo de este derecho.

Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía

Artículo 58. Coordinación entre los servicios sociales y otros sistemas de protección social

1. Los órganos de las Administraciones Públicas competentes en materia de servicios sociales deberán coordinar sus actuaciones con las de los órganos competentes para la prestación de los servicios que corresponden a otros sistemas y políticas públicas, en particular con el sistema de salud ...

2. A los efectos de articular la cooperación y la coordinación..., se adoptarán las siguientes medidas: a) Establecer cauces formales de cooperación a través de la creación de órganos de cooperación interadministrativa u otras fórmulas que se estimen convenientes; b) Arbitrar instrumentos y protocolos conjuntos de actuación y, en su caso, convenios de colaboración; c) Establecer catálogos y/o carteras conjuntas de servicios y prestaciones.

3. (...) se desarrollarán, mediante la adecuada coordinación entre los servicios públicos de salud y los servicios públicos de servicios sociales, actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos, entre otros, a personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se vean afectadas por procesos de hospitalización complejos.

Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía

Artículo 16. Medidas del sistema sanitario público de Andalucía

“l) Coordinar su actuación con los servicios sociales para prestar una atención integral a las necesidades de las personas con discapacidad.”

Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía

Artículo 49.6. Derecho a la salud y a la atención sanitaria

“Las niñas, niños y adolescentes con problemas de salud mental tienen derecho a una atención específica, que será prestada por personas profesionales especialistas en el ámbito



del sistema sanitario público. Para ello la Administración de la Junta de Andalucía se dotará de los recursos necesarios...”

Artículo 74.6. Actuaciones en el ámbito de la salud

“Se garantiza una asistencia especializada para trastornos alimenticios y de salud mental, con personal especializado y formado en la atención a menores de edad”.

Artículo 112. Ingreso en centros de protección específicos de menores con problemas de conducta

“3. En ningún caso podrán ingresar (...) menores con enfermedades o trastornos mentales que requieran un tratamiento específico y una atención integral por parte de los servicios sanitarios competentes en salud mental o de atención a personas con discapacidad, la cual se prestará a través de recursos de carácter especializado”.

Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Artículo 14.

Constituyen la Red Integral de Atención Temprana los siguientes recursos:

- a) Los recursos existentes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en adelante SSPA, incluidas las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.
- b) Los recursos humanos o materiales en el ámbito educativo.
- c) Los recursos existentes en el ámbito de los servicios sociales.
- d) Los Equipos Provinciales de Atención Temprana, en adelante EPAT.
- e) Los Centros de Atención e Intervención Temprana.
- f) Otros que se determinen reglamentariamente.

Artículo 26

1. Los profesionales de los diferentes ámbitos sanitarios, sociales y educativos que intervienen en atención temprana, en cada uno de los sistemas implicados, actuarán bajo el principio de coordinación y complementariedad para una adecuada intervención y optimización de los recursos, en aras de conseguir el logro de las mayores posibilidades de desarrollo de la persona menor. A tal efecto, se establecerán mecanismos de coordinación de conformidad con los procedimientos y protocolos para la derivación, intervención, seguimiento e intercambio y registro de información que se establezcan.

Otras normas

Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Artículo 11: “c) Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención”.

Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía, que establece como competencias municipales propias la gestión de los servicios sociales comunitarios, y la promoción, defensa y protección de la salud pública (Artículo 9).

Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

Ley 11/2021, de 28 de diciembre, por la que se regulan los perros de asistencia a personas con discapacidad en Andalucía.



Decreto 258/2005, de 29 de noviembre, por el que se regulan la organización y funciones de los Centros de Valoración y Orientación de personas con discapacidad de Andalucía.

Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía.

Decreto 210/2018, de 20 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de actuación ante situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía (SIMIA).

Decreto-ley 29/2020, de 17 de noviembre, por el que se establecen medidas urgentes para el mantenimiento de la actividad de determinados sectores económicos y de apoyo tributario al sector del juego como consecuencia de la situación ocasionada por el coronavirus (Covid-19), y se implanta la plataforma de gestión de datos de Centros de Servicios Sociales.

Decreto 58/2022, de 27 de abril, por el que se regula la estructura, uso, acceso, alcance y funciones del sistema CoheSSiona, por el que se implementa la Historia Social Única Electrónica de Andalucía, y se crea el sistema ProgreSSa para la gestión de los Servicios Sociales comunitarios de Andalucía.

Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo. Artículo 6. Regula las competencias de la nueva Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo, competencias que delimitarán los elementos que debe contener la I Estrategia andaluza para la Coordinación Sociosanitaria.

Decreto 542/2022, de 8 de noviembre, por el que se crean y regulan la Comisión Autonómica y las Comisiones Provinciales para la Coordinación Sociosanitaria de Andalucía.

Decreto-ley 3/2024, de 6 de febrero, por el que se adoptan medidas de simplificación y racionalización administrativa para la mejora de las relaciones de los ciudadanos con la Administración de la Junta de Andalucía y el impulso de la actividad económica en Andalucía. En su TÍTULO XI. INCLUSIÓN SOCIAL, JUVENTUD, FAMILIAS E IGUALDAD, CAPÍTULO II, modifica el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía, unificando en un único acto y resolución la valoración de la situación de dependencia y la elaboración del programa individual de atención. Asimismo, el informe sobre condiciones de salud debe ser aportado por la persona que inicie el reconocimiento de la situación de dependencia.

Orden de 1 de julio de 1997, de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad.

Orden de 3 de julio de 2006, de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, de modificación parcial de la de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad.

Orden de 5 de noviembre de 2007, de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía.

Orden de 15 de febrero de 2022, por la que se modifica el Anexo II de la Orden de 5 de abril de 2019, por la que se regula y aprueba el Mapa de Servicios Sociales de Andalucía.

Acuerdo de 26 de mayo de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento de las medidas adoptadas por la Consejería de Salud y Consumo para mejorar la atención sociosanitaria de Andalucía.

Acuerdo de 23 de marzo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria.



Definición de
Atención
Sociosanitaria



Definición de Atención Sociosanitaria

La atención sociosanitaria se define como el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas que, por sus especiales características, pueden beneficiarse de las actuaciones simultáneas de los servicios sanitarios y sociales para obtener sinergias que mejoren el estado de su bienestar y que incluyen las actividades tendentes a aumentar la autonomía, paliar las limitaciones o sufrimientos y facilitar la inclusión social y la convivencia familiar.

En el ámbito sanitario, comprende los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en personas con déficit funcional recuperable, centrados en la persona y sus circunstancias, con un enfoque de diversidad y de derechos humanos. La continuidad de la atención, más allá del ámbito estrictamente sanitario, debe establecerse mediante la adecuada relación con los servicios sociales correspondientes.

En el ámbito de los servicios sociales, comprende aquellas actuaciones que confieren cuidados a las personas en su entorno, así como los demás servicios y prestaciones recogidos en el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), y otros que les permite continuar con su proyecto de vida, como son determinados servicios y prestaciones recogidas en el proyecto de decreto por el que se aprueba el Catálogo de prestaciones del SPSSA.

Asegurar la prestación de los servicios sanitarios con el objetivo de evitar, paliar o retrasar la aparición de la situación de dependencia constituye uno de los elementos nucleares de la atención sociosanitaria. Con ello se aspira, en lo posible, a promover la permanencia de las personas en su entorno social habitual, de forma que se les provea de atención en el domicilio y se garantice que dicha atención contribuya a mejorar su calidad de vida y la de quienes participan en sus cuidados, respetando los estilos de vida y las preferencias de cada persona.

La atención sociosanitaria supone, por tanto, un conjunto de servicios sanitarios y sociales, para cuya provisión es necesario desarrollar estructuras adecuadas y adaptadas a los recursos disponibles, integrarlas y coordinarlas de forma efectiva entre el sistema sanitario y social ya existente, siendo elementos claves de la atención sociosanitaria la:

- ✓ Prevención
- ✓ Integralidad
- ✓ Coordinación interna y externa, intersectorial e interadministrativa
- ✓ Continuidad asistencial
- ✓ Interdisciplinariedad
- ✓ Dimensión ética
- ✓ Confidencialidad
- ✓ Calidad
- ✓ Atención centrada en la persona
- ✓ Participación de la persona en la definición de la atención y cuidados que le atañen por ambos sistemas y de los grupos de interés
- ✓ Comunicación y difusión



Justificaciones
para desarrollar
la EACS



Justificaciones para desarrollar la EACS

Costes de la atención médica y social per cápita

Los sistemas de salud y de servicios sociales llevan años aumentando de forma imparable los costes, por los avances científicos y tecnológicos y el incremento del número de personas usuarias demandantes de ambos sistemas. La eficiencia en el mantenimiento de las organizaciones sanitaria y social muestra amplios márgenes de mejora. En Andalucía se deben emplear mejor los recursos atendiendo de manera más personalizada, y con la mayor implicación de la administración, profesionales y la ciudadanía.

Envejecimiento de la población

El envejecimiento de la población en Andalucía está acelerado, impulsado por la mayor esperanza de vida, que impone una carga económico-financiera y de organización de recursos a los sistemas social y sanitario, por una mayor demanda de servicios mantenida en el tiempo,

Aumento de las enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son las principales causas de muerte, tras años de atención, padecimiento y discapacidad. Representa el mayor porcentaje de los gastos de la atención médica y con tendencia al alza.

Cambios de modelo de la unidad familiar

En todos los países de nuestro entorno asistimos a cambios trascendentes de las unidades familiares: demográficos, caracterizados por la baja natalidad y la longevidad; laborales, al estar en el mercado laboral todos los miembros de la unidad familiar, desapareciendo la figura del cuidador informal o de la cuidadora, al ser mayoritariamente las mujeres las que han ejercido este rol; la diversificación de los modelos de familia y convivencia, con un incremento de los hogares unipersonales; del entorno, viviendo en espacios que no siempre cumplen unas condiciones mínimas; y económicos, al existir un gran diferencial entre los ingresos y las necesidades crecientes de atención sanitaria y social, no siempre cubiertas por los sistemas públicos.

Por otro lado, destacamos el papel que abuelas y abuelos ejercen como cuidadores de nietos regularmente como forma de ayudar en la conciliación de la vida familiar de sus hijas e hijos.

Demandas crecientes de las personas

Se requiere una atención rápida, eficiente y de fácil acceso a los datos de atención médica y social desde cualquier dispositivo, centradas en el compromiso directo, con transparencia de costes y flexibilidad de adaptación a los cambios.

Gasto ineficiente

Se sigue constatando que muchos costes asociados a la atención médica son superfluos e innecesarios, siendo, en ocasiones, causantes de daños innecesarios en la salud de las personas (iatrogenia, entre otros), y de gastos para tratar situaciones prevenibles, visitas innecesarias a recursos sanitarios cuando se trata de problemas sociales u otros, duplicidad de pruebas complementarias o con actuaciones de promoción de la salud y prevención que tienen áreas de mejora para su implementación.



Iniciativas legislativas excesivas y poco desarrolladas

En España y en Andalucía, hay excesiva normativa que establece la coordinación entre servicios sociales y sanitarios de ámbito estatal y autonómico, comparada con países similares al nuestro, pero a diferencia de estos en muchos casos carece del correspondiente desarrollo posterior. Se necesita decisión política, cambio cultural y, sobre todo, remodelación de los modelos de atención y procesos fundamentales. En el apartado de marco normativo de esta Estrategia se relaciona la normativa vigente, siendo necesario, en algunas de ellas un desarrollo de las mismas orientado a la mejora de la atención sociosanitaria.

Falta de conexión entre sistemas de información

Es necesaria una transformación digital relacionada con la tecnología y los procesos, que requieren un cambio cultural, siendo imprescindible una interoperabilidad entre ambos sistemas que permita una atención más eficiente: historia electrónica única social e historia de salud digital, que se comuniquen entre sí, guía de recursos, integración de dispositivos o la conectividad entre profesionales sanitarios y sociales y las personas. El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de los Fondos de Recuperación *Next Generation* EU supondrá una gran oportunidad de avance en esta materia.

Falta de recursos específicos para personas menores de edad con problemas de salud mental

El incremento de la demanda por parte de las familias de recursos complementarios que incluyan la atención residencial para personas menores de edad y jóvenes con problemas de salud mental o discapacidad, mientras se trata desde los dispositivos especializados.

Necesidad de accesibilidad universal

Se hace necesario mejorar la accesibilidad universal en el conjunto de la prestación de servicios del sistema de salud y de los servicios sociales, ofreciendo soluciones comunes coordinadas, así como optimizar la planificación en materia de inversiones en accesibilidad.

Necesidad de coordinación de los enfoques entre el sistema sanitario y social

La diferencia de enfoque y procedimientos entre los dos sistemas hace necesario compartir formación, conocimientos y prácticas entre profesionales, además de adecuar procedimientos, en aras a optimizar la atención a la ciudadanía.



Situación
en Andalucía



Situación en Andalucía

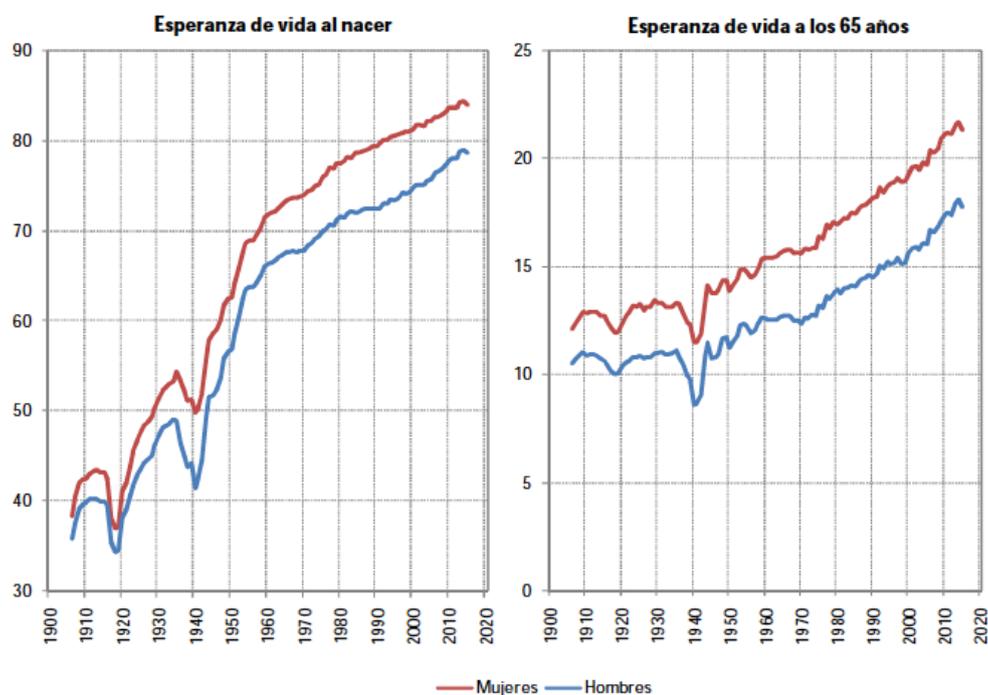
Contexto demográfico

Esperanza de vida y proyección de la población andaluza

En este contexto es necesario tener en cuenta la evolución de la esperanza de vida y el informe de Proyección de la Población de Andalucía del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)¹.

La esperanza de vida al nacer y a los 65 años en Andalucía es mayor en mujeres que en hombres. El gráfico 1 muestra la curva ascendente de manera progresiva, salvo para el año 2020 donde se produce una disminución de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años, en ambos sexos, como causa de la pandemia por COVID-19.

Gráfico 1. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años en Andalucía



Fuente: IECA

Históricamente, en Andalucía la esperanza de vida al nacer y a los 65 años es menor que la media de España (alrededor de un año), pero la disminución causada en 2020 ha sido menor en nuestra Comunidad Autónoma, como se observa en la tabla 1.

1 Proyección de la Población de Andalucía, Provincias y Ámbitos Subregionales 2016-2070. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Consejería de Economía, Hacienda y Fondos Europeos de la Junta de Andalucía. <http://www.ieca.junta-andalucia.es/proyecciones/proyecc/pub/proyecciones2016-2070.pdf>

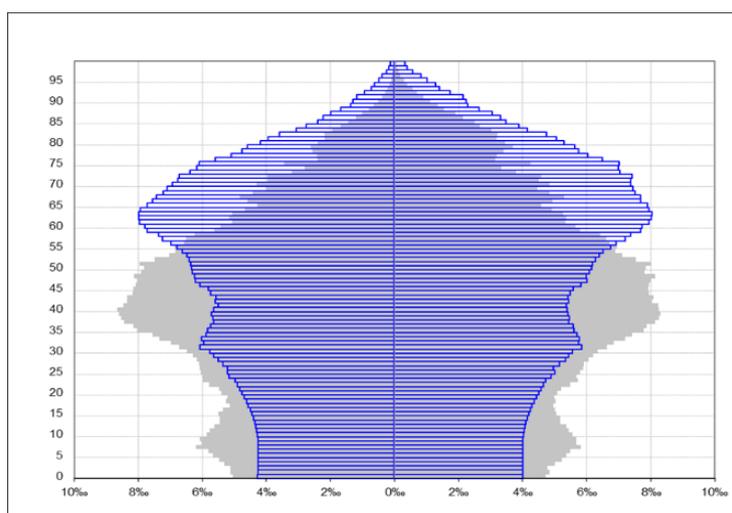
Tabla 1. Evolución de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años 2019-2020 en España y Andalucía

Esperanza de vida al nacer				
	España		Andalucía	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2019	80,86	86,22	79,57	84,85
2020	79,60	85,07	78,86	84,24
Esperanza de vida a los 65 años				
	España		Andalucía	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2019	19,52	23,40	18,54	22,13
2020	18,36	22,33	17,96	21,59

Fuente: INE

Por otro lado, el informe de Proyección de la Población de Andalucía del IECA estima que, en el escenario medio de proyección, la población andaluza permanecerá prácticamente estable hasta el año 2040, en torno a 8,4 millones de habitantes, con un fuerte cambio en la estructura por edades, estimándose un aumento considerable de la población mayor de 65 años, pasando ésta de 1.470.813 personas (17,4%) en el año 2020, a 1.892.206 personas (22,4%) en 2030 y en el año 2040 a 2.411.296 (28,6% de la población), con una disminución progresiva de la población menor de 65 años (gráfico 2).

Gráfico 2. Escenario medio de proyección de la población andaluza



Fuente: IECA (azul: 2040, gris: 2016)

Sin embargo, la dinámica demográfica no será igual en todo el territorio geográfico de Andalucía. El litoral será el área con mayor dinamismo demográfico, aumentando su población y su peso sobre el total. Por el contrario, las serranías continuarán su proceso de pérdida de población y de peso relativo. También se mantendrá el mayor dinamismo de las áreas metropolitanas frente a las respectivas capitales de provincia.

Los mayores incrementos de población se esperan en municipios de un tamaño intermedio, entre 10.000 y 100.000 habitantes, en los que ya reside casi la mitad de la población andaluza. Muchos de estos municipios se encuentran precisamente en las áreas que ya se han identificado como más dinámicas: el litoral andaluz y las áreas metropolitanas de las grandes ciudades (tabla 2).



Tabla 2. Proyección de la población andaluza por provincias y grupos de edad. 2030-2040

2030	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
< 16 años	119.107	172.609	103.957	126.793	72.938	80.270	232.246	278.346	1.186.582
16-64 años	482.348	795.894	473.429	572.044	340.349	369.990	1.072.639	1.250.684	5.357.377
≥ 65 años	149.457	275.443	186.263	207.875	112.549	148.153	394.059	418.407	1.892.205
Total	750.912	1.243.946	763.649	906.712	525.836	598.413	1.699.260	1.947.437	8.436.165
2040	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
< 16 años	110.385	163.970	98.062	120.312	68.833	75.339	223.983	264.477	1.125.361
16-64 años	462.186	718.068	426.895	528.046	312.085	328.205	994.653	1.138.843	4.908.982
≥ 65 años	198.994	356.525	225.860	259.888	147.841	176.978	503.014	542.196	2.411.296
Total	771.565	1.238.563	750.818	908.246	528.759	580.522	1.721.650	1.945.516	8.445.639

Fuente: IECA

Años de vida en buena salud a los 65 años

Por otro lado, los años de vida en buena salud a los 65 años en 2019 son de 12,4 años en hombres y 12,3 años en mujeres. Los datos combinados de esperanza de vida y años de vida en buena salud, por sexo, indican que las mujeres viven más años, pero con peor calidad de vida (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de la esperanza de vida a los 65 años y años de vida en buena salud a los 65 años en Andalucía. 2019

	Hombres			Mujeres		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Esperanza de vida 65 años	18,5	17,96	18	22,1	21,59	21,60
Años de vida en buena salud a los 65 años	12,4	11,6		12,3	11,5	

Fuente: INE

Personas en situación de dependencia y perceptoras de prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Número de personas según grado y tipo de prestación

Hasta abril de 2023, el número total de personas con reconocimiento de la situación de dependencia es de 310.310, con un claro predominio de las mujeres (195.003, el 62,8%) sobre los hombres (115.307, el 37,2%) y las personas de edad avanzada (217.974 personas mayores de 64 años, de las que 150.690 tienen 80 años o más -69,1%-). Por otro lado, el número de personas beneficiarias con resolución de reconocimiento de prestación es de 271.313 (63,4% mujeres), también con predominio de personas de edad avanzada.

Tabla 4. Número total de personas beneficiarias con resolución de reconocimiento de la situación de dependencia por sexo, edad y grado de dependencia. Abril 2023

Grado	Hombres	Mujeres	Total
Moderada	25.454	51.687	77.141
Severa	44.811	78.826	123.637
Gran dependencia	29.050	41.485	70.535
Total	99.315	171.998	271.313

Fuente: IECA



Con relación al tipo de prestación, el total de servicios y prestaciones que reciben estas personas, dado que una misma persona puede recibir más de una, asciende a 393.909, también con un mayor número de mujeres (66,5%) que hombres, existiendo un claro predominio de las prestaciones que corresponden al servicio de ayuda a domicilio (37,5%), seguido del servicio de teleasistencia (31,2%) y la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (19,7%).

Tabla 5. Servicios y prestaciones del SAAD, desagregado por sexo. Abril 2023

Tipo de prestación	Hombres	Mujeres	Total
Servicio de Atención Residencial	10.682	16.275	26.957
Servicio de Centro de Día y Noche	6.643	7.558	14.201
Servicio de Ayuda a Domicilio	41.782	105.227	147.009
Servicio de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia	164	585	749
Servicio de Teleasistencia	31.557	91.421	122.978
Prestación Económica Vinculada al Servicio	1.090	3.253	4.343
Prestación Económica para Asistencia Personal	4	7	11
Prestación Económica para cuidados en el entorno familiar	40.195	37.466	77.661
Total	132.117	261.792	393.909

Fuente: IECA

Cronicidad

Prevalencia de enfermedades crónicas

Según la información de la Base Poblacional de Salud (BPS) en 2022, las enfermedades crónicas son muy prevalentes en la población andaluza. Más de cuatro millones de andaluces (4.148.380) tiene al menos una enfermedad crónica (49% de las personas usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía).

El número medio de enfermedades crónicas por persona aumenta claramente con la edad y es algo menor en mujeres, salvo en las edades más jóvenes. Las más frecuentes y que están presentes casi siempre en pacientes con pluripatología son: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, artrosis y espondilólisis y demencias, sin olvidar el porcentaje de personas con cáncer, que alcanza a algo más del 3% de la población andaluza.

Tabla 6. Media de patologías por persona usuaria en la población general y en población con enfermedad crónica compleja priorizada (ECCP). BPS

Grupo de edad	Población general		ECCP	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
< 1 a	0,12	0,13	0,00	0,60
1-9 a	0,37	0,48	4,31	4,27
10-19 a	0,67	0,74	4,37	4,51
20-29 a	0,83	0,68	4,71	4,42
30-39 a	1,02	0,75	6,05	5,63
40-49 a	1,41	1,18	6,69	6,31
50-59 a	2,36	2,11	7,90	7,33
60-69 a	3,66	3,34	8,73	7,94
70-79 a	5,08	4,70	9,55	8,55
80-89 a	6,19	5,78	9,59	8,73
≥ 90 a	5,75	5,40	8,54	8,05



La magnitud es mayor en la población con enfermedad crónica compleja priorizada, definida como aquella persona que presenta insuficiencia cardiaca y/o EPOC entre las categorías definidas de cronicidad y/o con factores de riesgo acompañantes.

Polimedicación

Se entiende por polimedicación aquella en la que las personas tienen prescritos 5 o más fármacos de forma continuada durante un periodo superior a 6 meses y, grandes polimedicados, aquellos con 10 o más fármacos, de forma continuada durante un periodo superior a 6 meses. En 2022, el 61% de las personas con enfermedades crónicas están medicadas, el 24% polimedicadas y 13% son personas grandes polimedicadas. La probabilidad de tener un tratamiento farmacológico aumenta con la edad; claramente a partir de los 60 años (alrededor del 30%), hasta un pico máximo de algo más del 60% de las personas de 80-84 años.

Tabla 7. Número de personas pacientes medicadas con enfermedades crónicas

	Número	Porcentaje
Con medicación	2.543.116	61,3%
Con polimedicación	991.029	23,9%
Grandes polimedicados	520.975	12,6%

Costes

Un pequeño número de personas consumen elevados recursos, sobre todo personas mayores en hospitalización y farmacia, estimándose que alrededor del 5% de la población consume alrededor del 40% de los recursos destinados a salud.

La combinación de un número medio de enfermedades crónicas elevado y la polimedicación, junto a otros condicionantes como su mayor frecuencia en personas de edad avanzada y en situación de fragilidad y dependencia y el alto consumo de recursos que generan, ha llevado a la mayoría de las administraciones sanitarias a fijar el objetivo común de pasar de la atención a la enfermedad a la atención a la persona enferma. En este marco, el Plan Andaluz de Atención Integral a Personas con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC) establece una reorganización de la atención sanitaria, mediante la estratificación de la población, que permita identificar las personas con:

- ✓ Necesidades complejas de salud, estimadas en un 5% de las personas con enfermedades crónicas y que concuerdan con los datos de la BPS.
- ✓ Personas con enfermedades crónicas y alto riesgo de desarrollar la situación anterior.
- ✓ Personas con alguna enfermedad crónica en fases iniciales o de estabilidad que les permite la autogestión con soporte.
- ✓ Población sana.

En 2022, el programa de atención a pacientes crónicos complejos priorizados llevado a cabo en Atención Primaria ha identificado más de 198.000 pacientes, más prevalente a medida que aumenta la edad, siendo la década de los 80 a los 89 años la que presenta un mayor número de personas afectadas y con un predominio de mujeres (58,7%). La distribución provincial es la siguiente:



Tabla 8. Seguimiento proactivo de pacientes con ECCP en el domicilio

	Número
Almería	15.649
Cádiz	28.458
Córdoba	20.882
Granada	21.934
Huelva	12.709
Jaén	15.820
Málaga	35.489
Sevilla	47.136
Andalucía	198.077

Estas personas consumen alrededor del 10% de los recursos destinados a salud. Mientras que el gasto medio por persona en la población general es de 1.348 euros, se incrementa hasta una media de 7.011 euros en esta población.

Incremento de riesgos sociales

Especial mención requieren determinados grupos de población en los que, con mucha frecuencia, se dan condiciones sociosanitarias a las que hay que dar respuesta:

Infancia y adolescencia

Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2022 el 29,4% de las personas menores de 18 años en Andalucía (454.480) se encuentran en situación de pobreza relativa (umbral de pobreza de Andalucía), el 29,0% de las niñas y el 29,7% de los niños. La tasa de pobreza relativa era del 27,9% en la Encuesta de Condiciones de Vida de 2021 (436.362), ha aumentado 1,5 puntos porcentuales en un año. En 2022 el 36,5% de las personas menores de edad en la Comunidad Autónoma se encuentra en riesgo o exclusión social -nueva definición AROPE, Estrategia Europa 2030, con el umbral de riesgo de pobreza de Andalucía, el 37,8 % de los niños y el 35,1% de las niñas menores de 18 años. En cambio, en 2021 estaban en riesgo de pobreza o exclusión social el 33,7% de las personas menores de 18 años en Andalucía, 36,9% de las niñas y el 30,8% de los niños. Se dan situaciones que afectan a personas menores, y a sus familias, con enfermedad crónica discapacitante, que requieren frecuentes ingresos por pequeñas descompensaciones de su proceso y con necesidad de múltiples apoyos sociales para adaptarse a las circunstancias que se van planteando.

Salud mental

En Andalucía, con fecha de diciembre de 2021, 429.124 personas son usuarias de los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), de las que el 55% son mujeres; el 76% se encuentra entre los 14 y los 64 años, el 12% son mayores de 65 años y el 12% menores de 13 años, conforme se recoge en las tablas 9 y 10:



Tabla 9. Hombres usuarios de los servicios de salud mental del SSPA. Diciembre 2021

	1-2 años	3-6 años	7-13 años	14-64 años	65-74 años	>74 años	Total
Almería	50	515	1.982	11.055	739	332	14.673
Cádiz	350	1.706	4.635	21.670	1.426	610	30.397
Córdoba	78	774	2.556	12.820	1.134	639	18.001
Granada	31	493	2.210	14.290	1.108	570	18.702
Huelva	83	824	2.503	8.888	680	311	13.289
Jaén	22	391	1.187	10.253	910	505	13.268
Málaga	89	1.108	4.285	28.111	2.009	915	36.517
Sevilla	198	2.027	6.852	35.329	2.535	1.164	48.105
Andalucía	901	7.838	26.210	142.416	10.541	5.046	192.952

Tabla 10. Mujeres usuarias de los servicios de salud mental del SSPA. Diciembre 2021

	1-2 años	3-6 años	7-13 años	14-64 años	65-74 años	>74 años	Total
Almería	23	228	1.201	15.439	1.500	746	19.137
Cádiz	129	563	2.246	25.857	2.742	1.467	33.004
Córdoba	25	218	1.249	16.815	2.372	1.677	22.356
Granada	11	224	1.417	18.030	2.241	1.359	23.282
Huelva	27	249	1.168	11.723	1.507	984	15.658
Jaén	7	111	683	13.999	1.981	1.507	18.288
Málaga	30	438	2.562	36.427	4.527	2.472	46.456
Sevilla	86	698	3.519	44.687	5.585	3.416	57.991
Andalucía	338	2.729	14.045	182.977	22.455	13.628	236.172

Las personas con problemas de salud mental, en su mayoría jóvenes, con trastornos de conducta, sufren una sucesión de ingresos hospitalarios y búsqueda de alojamientos por claudicación familiar, son frecuentadoras de múltiples servicios, y con un elevado riesgo de abandonos continuos de tratamiento, incluso entrada en procesos judiciales. Pero también se necesita:

- ✓ Reorganización, mejora y desarrollo de la atención a la salud mental en la infancia y la adolescencia.
- ✓ Refuerzo de los tratamientos intensivos a la población menor de 18 años con problemas graves de salud mental, procurando de esta forma una mayor accesibilidad y equidad a partir de una oferta especializada de calidad, homogénea y homologada.
- ✓ Atención intensiva a las personas que lo precisen, utilizando las diferentes opciones de atención disponibles, incluyendo los centros de día de FAISEM y los clubes sociales del movimiento asociativo.
- ✓ Atención a colectivos con mayor vulnerabilidad para desarrollar trastornos mentales, como las personas mayores, especialmente las que viven solas y con discapacidad intelectual, entre otros.

Personas con discapacidad

En Andalucía hay 570.044² personas con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%, de las que 295.051 son hombres (51,75%) y 274.993 son mujeres (48,24%). El 41,66% de las personas con discapacidad reconocida en Andalucía tiene 65 y más años (105.305 son hombres y 132.195 son mujeres). Ello, de acuerdo con los datos consolidados del Sistema Integrado de Servicios Sociales (SISS), a 31 de diciembre de 2022 y publicados en la web de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Según la evaluación del II Plan de acción integral para Personas con Discapacidad de Andalucía, recientemente realizada, hay una importante carencia de datos que permita un adecuado análisis del

² https://juntadeandalucia.es/export/drupalajda/2021-06-30_Datos_Web_DIS.pdf. Dirección General de Personas con Discapacidad e Inclusión. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.



estado de salud de las personas con discapacidad, ya que solo se pueden inferir a partir de la relación de las personas con enfermedades crónicas con limitaciones en actividades diarias (Módulo Mínimo de Salud Europeo- MEHM). Según esta fuente de información, estas personas hacen un mayor uso de los servicios sanitarios (2,7 veces más de usar las urgencias sanitarias y 5,2 veces más de tener un ingreso hospitalario, que una persona sin limitaciones por salud); tienen mayores necesidades de atención médica no cubiertas respecto de la población sin limitaciones (transportes, listas de espera, atención de salud mental...) y tener una limitación por motivos de salud conlleva un riesgo 10,7 veces mayor de tomar medicamentos.

Personas sin hogar

El sinhogarismo es un fenómeno cronificado, que afecta a unas 5.539 personas en Andalucía de acuerdo con los datos de la Encuesta sobre las Personas Sin Hogar 2022, siendo el 78% hombres, de conformidad a los datos disponibles. El 68% de las mismas se encuentra en la franja de edad entre los 30 y 64 años.

Encontrarse en una situación de sinhogarismo no significa solo carecer de un domicilio, también no tener una red de apoyo social y afectiva, no contar con los recursos económicos mínimos, ni con un espacio seguro.

Además, la situación de las personas sin hogar tras un alta hospitalaria es volver a una situación de calle, en el mejor de los casos a un albergue en los que acceder a una cama temporal, en la que compartir el periodo de convalecencia en un entorno que facilita poco la recuperación, no tener recursos para comprar medicamentos y poderlos conservar en las condiciones adecuadas, así como las personas sin hogar tras un alta hospitalaria supone un consumo mayor de recursos sanitarios, y un índice de hospitalización un 30% superior al de población general.

Personas mayores que viven solas

Aunque es difícil medir el aislamiento social y la soledad de manera precisa, existe una fuerte evidencia de que muchas personas mayores están socialmente aisladas o se sienten solas de forma que pone en riesgo su salud. El estudio sobre soledad no deseada en personas de 55 y más años en Andalucía, elaborado por la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, nos dice que un 47% de la población de 55 y más años residente en Andalucía se encuentra en situación de soledad no deseada: un 40% a nivel moderado y un 7% a nivel severo. Se trata de 1.329.872 mujeres y de 1.120.431 hombres.

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

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

Personas en exclusión social

Según la Encuesta de condiciones de vida de 2022, la tasa de riesgo de pobreza era del 29,1% de la población en Andalucía, frente al 20,4% en España. Y la tasa AROPE fue del 35,8% en Andalucía frente al 26% de la población en España. Más específicamente, en Andalucía, la población en riesgo de pobreza, con carencia material y social severa, y viviendo en un hogar con baja intensidad en el trabajo, fue el 2,5% (2,3% en hombres y 2,6% en mujeres).



La salud es una de las dimensiones sobre las que se muestran con mayor intensidad las consecuencias de las situaciones de pobreza, de exclusión social y, en general, de vulnerabilidad social. Así, aquellas personas con mayor riesgo de pobreza presentan a su vez mayor probabilidad de padecer problemas crónicos de salud. Hay suficiente base empírica para afirmar que el empeoramiento de las condiciones de salud de los individuos es mayor cuanto peores son las condiciones en las que viven. Y no solamente juegan aquí un papel importante las condiciones materiales conectadas con el consumo y la provisión de bienes y servicios, sino que también se vinculan las condiciones relacionales en las que se desarrolla la vida de las personas. La falta de vínculo social aparece en los estudios, cada vez con más frecuencia, como uno de los factores que más inciden en el aislamiento social y en última instancia en la exclusión social.

En resumen, la pertenencia de personas a determinados grupos específicos las hace más proclives a necesitar hacer uso de recursos tanto del SSPA como del SPSSA. Y la evidencia científica disponible señala que las desigualdades sociales en salud pueden mitigarse con el desarrollo de políticas públicas e intervenciones sociales y sanitarias adecuadas.

Personas que cuidan

En el “Informe de evaluación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, publicado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 en septiembre de 2022, se refleja que los cuidados familiares siguen siendo la columna vertebral de los Cuidados de Larga Duración. El 69,8% de las personas en situación de dependencia son atendidas única y exclusivamente por la familia, sin participación de ningún otro recurso del entorno. El 27,3% de las cuidadoras familiares son hijas y el 24,3% cónyuges, siendo la prevalencia de las mujeres esposas mucho más elevada que la de las parejas masculinas. Sin embargo, existen recientes tendencias que están propiciando una reconfiguración en la distribución de los cuidados. Es preciso destacar el aumento de la involucración de los hombres en la provisión de cuidados en la última década. Aunque las hijas son el pilar de protección social informal en los hogares, los hijos cuidadores principales ascienden al 13,3% en 2020, según la Encuesta EDAD 2020. De esta implicación depende una ruptura del impacto de los cuidados en las trayectorias laborales y vitales de las mujeres. La naturalización de los cuidados por parte de las mujeres sigue siendo una realidad social que resiste al cambio social.

Y, por otra parte, el 80% de las personas en situación de dependencia que residen en hogares particulares deben complementar los servicios y prestaciones del SAAD con cuidados informales o servicios contratados de forma particular. La naturalización de habilidades como cuidadoras entre las mujeres dentro de la familia también se traslada al mercado laboral. Existen alrededor de 709.900 mujeres trabajadoras que se dedican a esta actividad en el año 2021. Representan al 7,8% de las mujeres ocupadas en España, sin que en ninguna otra actividad se encuentre esta capacidad de concentración femenina. Cuando cuidar se convierte en un trabajo asalariado incorpora los elementos culturales que determinan su valoración social y, por lo tanto, también experimenta una notable precariedad e invisibilización. La presencia de personas trabajadoras migrantes es destacable, el 53,0% no han nacido en España, y esta cifra se dispara especialmente en el trabajo doméstico con una presencia del 64,9%.

La feminización del empleo profesional constituye una característica destacada del sector que, en general, caracteriza a todos los modelos nacionales de Cuidados de Larga Duración de la Unión Europea. En lo que respecta a las características del empleo en el sector, las mujeres representan el colectivo más relevante en términos relativos, pasando del 77,35% en 2009 al 77,44% en 2021.

Análisis explicativo de los datos desagregados por sexo

** En este apartado se ha seguido, principalmente, el Informe Salud y Género en Andalucía 2018. Consejería de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.*

1. La esperanza de vida al nacer es mayor en mujeres que en hombres, de modo que ellas viven algo más de 5 años de media más que ellos, de ahí que se explique que haya más mujeres mayores que hombres viviendo solas, y que sean más las mujeres en el programa de atención a pacientes crónicos complejos priorizados llevado a cabo en Atención Primaria. La llamada paradoja de la mortalidad se manifiesta



claramente en Andalucía, de modo que los hombres presentan mayores tasas de mortalidad, y las mujeres viven más años, pero con peor salud, lo que explica que haya más mujeres con discapacidad y en situación de dependencia. Una de las posibles explicaciones de esta “ventaja de la mortalidad” para las mujeres es que los hombres mueren prematuramente por causas relacionadas con comportamientos de riesgo que tienen que ver con las normas, estereotipos y roles de género. En Andalucía, la brecha de género en mortalidad sigue siendo favorable a las mujeres, pero se ha ido estrechando durante los últimos años, y esta reducción se debe a la disminución más acusada de las tasas de mortalidad en hombres.

Además de los posibles determinantes ligados a la biología, las normas, estereotipos y roles de género, que conforman la forma de vivir y expresar la masculinidad, tienen que ver con una mayor mortalidad prematura en los hombres. Podría decirse que la masculinidad “tradicional” perjudica la salud, no solo de las mujeres, sino de los propios hombres. El perfil de las primeras causas de mortalidad, diferente en hombres y en mujeres, apunta en este sentido, ya que estas causas están ligadas a factores de riesgo y estilos de vida diferenciales por la socialización de género y la división sexual del trabajo.

2. En Infancia y adolescencia se considera que los datos disponibles no son suficientes para emitir una hipótesis explicativa de las diferencias por sexo que ofrece la Encuesta de condiciones de vida del INE.

3. En cuanto al mayor número de mujeres usuarias de los servicios de salud mental, es conocida la mayor morbilidad psiquiátrica en mujeres que en hombres. Ahora bien, los problemas de salud mental se manifiestan de diferente manera en ellas y ellos en función de los diferentes roles que cada uno se ve obligado a desempeñar en su sociedad y entorno cultural. En España se pudieron observar ya hace años más cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos en las mujeres, y más trastornos de personalidad y derivados del consumo de drogas en los hombres (Montero et al., 2004).

Las diferencias de género en salud mental se han asociado a factores socioeconómicos, derivados del papel tradicional de subordinación de las mujeres a los hombres, a la violencia de género contra ellas, al menor estatus de las mujeres en el empleo y en la calidad del rol laboral, así como a una relativa pobreza de recursos de afrontamiento. Las mujeres, al tener un menor control sobre sus vidas, tienen una peor regulación de su autoestima y tienden a autoinculparse de sus problemas, aunque no tengan recursos instrumentales para poder controlarlos de forma eficaz (Mingote y López-Dóriga, 2000).

La mayor incidencia de problemas de salud mental en las mujeres se explica, no sólo por una mayor exposición de las mujeres a riesgos sociales, biológicos y ambientales, sino que se entiende por un mayor reporte de las mujeres de tales dificultades. Las mujeres tienden a buscar ayuda para paliar sus malestares con mayor frecuencia que los hombres, quienes tienen más dificultades para expresar su vulnerabilidad, de acuerdo a la educación de género inculcada socialmente (Ramos-Lira, 2014).

4. La brecha de género en la prestación de cuidados también es desfavorable para las mujeres. La gran mayoría de las personas que requieren cuidados son atendidas principalmente por mujeres, mientras que los hombres participan mucho menos en los cuidados y esta brecha de género es mayor en Andalucía que en España, brecha de género que tiene su explicación en la diferente socialización de ambos sexos. El mayor porcentaje de estas mujeres cuidadoras se sitúa en la franja de edad que se corresponde con lo que se ha dado en llamar “la generación sándwich”: se trata de mujeres en las edades medias de la vida que siguen asumiendo el cuidado de sus hijos e hijas, y a la vez ya están cuidando de sus mayores.

Por otro lado, la feminización de los cuidados formales también tiene su origen en los modelos de socialización vigentes, que potencian entre las mujeres la función asistencial, lo que se traduce en una orientación de sus carreras profesionales hacia las áreas de cuidado.

5. La brecha de género en el sinhogarismo (en este caso, muchos más hombres que mujeres) también se explica por la diferente socialización y estilos de vida de hombres y mujeres.

6. En cuanto a las estancias sociales hospitalarias, que haya una mayoría de hombres puede explicarse a roles de género desarrollados, a que conductas ligadas a factores de riesgo y estilos de vida les haya podido llevar a encontrarse sin apoyo familiar.



7. El mayor riesgo de pobreza de las mujeres no solo se asocia a la dimensión laboral, sino que influyen muchos otros factores. Por ejemplo, es clave también en la feminización de la pobreza el incremento de la población de mujeres mayores, muchas de las cuales solo reciben pensiones de viudedad y no contributivas y tienen pocos recursos para sobrevivir con independencia. También afectan los cambios en los modelos familiares, sobre todo por el crecimiento de familias monoparentales que tienen al frente una mujer, que con frecuencia se enfrenta a condiciones económicas precarias. Las personas pobres mueren más jóvenes y sufren mayores discapacidades, están expuestas a riesgos más elevados como consecuencia de unas condiciones de vida poco saludables, tanto en los hogares como en los lugares de trabajo. Además, cuando enferman tienen una recuperación más lenta, especialmente si su acceso a los servicios de salud es limitado, y esto ocurre frecuentemente. A los riesgos para la salud derivados de la pobreza se unen los efectos derivados de las inequidades de género (Banco Mundial 1993 y 2018, OMS 2015).

Recursos

Camas de hospitalización

La mayoría de las camas de hospitalización en Andalucía están definidas para procesos en fase aguda y reingresos por reagudización de las enfermedades crónicas, no estando igualmente cubiertas las necesidades para atender a personas con procesos crónicos que requieren atención sanitaria de baja complejidad pasada la fase aguda, ni tampoco para rehabilitación ni convalecencia, conocido como cuidados intermedios.

En Andalucía, el número de hospitales y hospitales de alta resolución (HAR) del SSPA es de 34 y 14, respectivamente, con un total de 14.540 camas en funcionamiento, con la siguiente distribución provincial:

Tabla 11. Hospitales con camas en funcionamiento del SSPA por provincia. BADEA, año 2020

Provincia	Hospitales	HAR	Número camas
Almería	3	1	1.298
Cádiz	5	0	1.931
Córdoba	4	2	1.566
Granada	4	2	1.766
Huelva	3	0	935
Jaén	4	3	1.363
Málaga	6	1	2.681
Sevilla	5	5	3.000
Andalucía	34	14	14.540

Fuente: BADEA (Banco de Datos Estadísticos de Andalucía)

Una aproximación de la necesidad de camas para cuidados intermedios se obtiene mediante las siguientes variables:

Número y porcentaje de altas con estancia media mayor al punto de corte según estándar (outliers, en inglés)

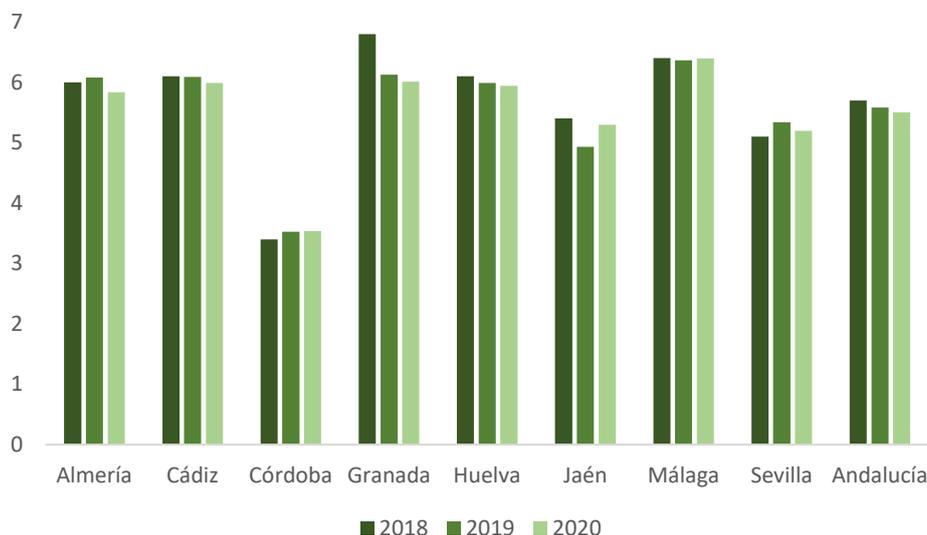
Se asume que estas estancias prolongadas se deben en gran medida a la inexistencia de otro tipo de recursos más adecuados. En 2022, según datos de la BPS, se produjeron 522.240 altas con grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) válidas, en los hospitales andaluces, sin contar los HAR.



De ellas, 28.907 son altas con estancias por encima de la media (5,17%), con una amplia variabilidad entre provincias. La provincia que presenta un mayor porcentaje de outliers es Málaga con un 7%, siendo la provincia que menor presenta Córdoba, con un 3%.

La evolución en el porcentaje de outliers de los años 2021 y 2022 es la siguiente (gráfico 3):

Gráfico 3. Evolución de outliers (porcentaje) por provincias. Años 2018-2020



Reingresos hospitalarios no programados antes de 30 días

La tasa de reingresos hospitalarios no programados antes de 30 días tras el alta es un indicador de calidad de la eficiencia de la atención hospitalaria; a menor tasa, mejor calidad de la atención. La importancia para la atención sociosanitaria radica en que muchos reingresos se producen en personas mayores con enfermedades crónicas que precisan cuidados complejos.

Durante 2022, el número de reingresos en los hospitales andaluces ha sido 33.723; 6,4% de todas las altas hospitalarias. Este porcentaje aumenta con la edad, llegando a ser del 11% en personas con edad comprendida entre los 75 y los 79 años (gráfico 4).

Existen diferencias entre las provincias andaluzas, Sevilla es la que presenta un mayor porcentaje de reingresos (26,84%) y las que tienen un menor porcentaje son Almería y Huelva, ambas con un 6% (gráfico 5). Se asume que estas estancias prolongadas se deben en gran medida a la inexistencia de otro tipo de recursos más adecuados.



Gráfico 4. Porcentaje de reingresos hospitalarios no programados antes de 30 días tras el alta por edad. BPS. Año 2022

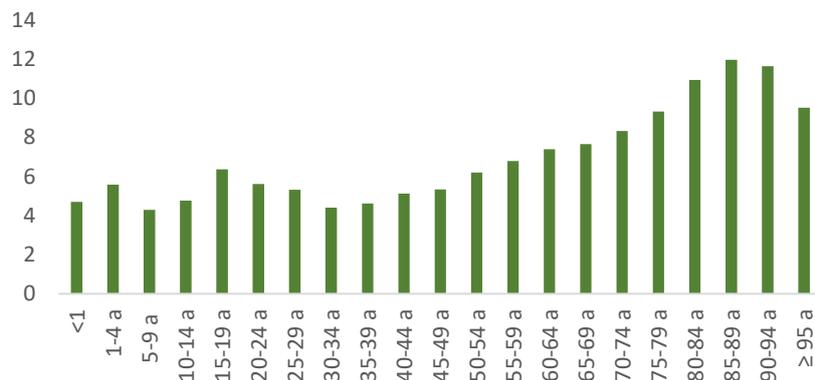
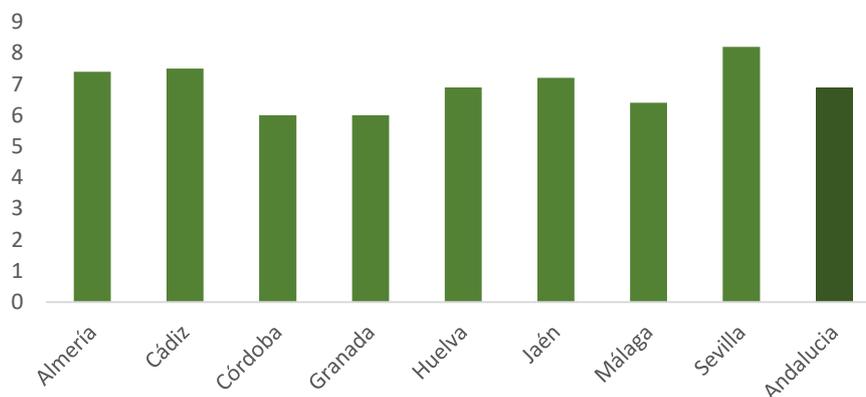


Gráfico 5. Porcentaje de reingresos hospitalarios no programados antes de 30 días tras el alta por provincias. BPS. Año 2022



Fuente: BPS

Estancias sociales en centros hospitalarios del SSPA

Con esta denominación nos referimos a personas a las que, una vez resuelto el problema clínico que ha motivado su ingreso, se mantiene su hospitalización por causas sociales: soledad y/o aislamiento, falta de apoyo familiar, claudicación familiar, sinhogarismo, exclusión social, que hace imposible su recuperación en el domicilio. Con fecha de noviembre de 2022-enero 2023 se trataba de 108 personas (70%, hombres), en el siguiente rango de edad (tabla 12):



Tabla 12. Personas ocupantes de estancias sociales en hospitales del SSPA. Noviembre 2021

Rango	Casos	Porcentaje
Menor de 39 años	7	6,5
De 40 a 49 años	8	7,4
De 50 a 59 años	18	16,6
De 60 a 69 años	27	25,0
De 70 a 79 años	21	19,4
De 80 a 89 años	18	16,7
Mayor de 90 años	3	2,8
Datos no registrados	6	5,6

En cuanto a su distribución según la provincia de hospitalización, los mayores números registrados se dan en las provincias de Sevilla, Cádiz y Jaén, sumando entre las tres casi el 60 % de las estancias sociales, como se refleja en la tabla 13:

Tabla 13. Personas ocupantes de estancias sociales en hospitales del SSPA por provincias. Enero 2023

Provincia	Casos	Porcentaje
Almería	10	9,25
Cádiz	19	17,6
Córdoba	5	4,62
Granada	13	12,03
Huelva	7	6,48
Jaén	14	13,0
Málaga	8	7,40
Sevilla	32	29,6

Las comorbilidades asociadas a la causa del ingreso pueden ser varias en una misma persona, destacando de forma considerable el deterioro cognitivo sobre las demás, seguida de trastornos de conducta, enolismo crónico, y problemas de salud mental.

Por otro lado, el 79% de las personas están en situación de dependencia, si bien se encuentran en distinta fase del procedimiento administrativo del reconocimiento de su situación, estando el 31,5% a la espera del reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones de dependencia o revisión de su situación de dependencia.

Hay que tener presente que el coste hospitalario por estancias sociales es casi 14 veces superior al coste diario en una plaza residencial.

En resumen, podríamos concluir que el perfil de la persona hospitalizada por estancias sociales en los hospitales del SSPA se corresponde a un varón de 65 años de edad, ingresado en un hospital de la provincia de Sevilla y que a la hora de ingresar tenía un deterioro cognitivo, se encuentra en situación de dependencia reconocida, pendiente de la resolución del grado de dependencia, o en trámite de revisión del grado de dependencia reconocido. Carece de apoyo familiar o social, por tanto, tiene un problema de soledad o aislamiento que le impide recibir el alta y que se podría solucionar recurriendo a un servicio residencial para personas mayores o a una estancia temporal mientras dure su convalecencia.

Centros residenciales

Según datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, en Andalucía existen 1.218 centros residenciales y 54.471 plazas.



Tabla 14. Centros y plazas residenciales según sector y provincia. Año 2022

	Centros residenciales MAYORES	Plazas residenciales MAYORES	Centros residenciales DISCAPACIDAD	Plazas residenciales DISCAPACIDAD	Centros residenciales ENF. MENTAL	Plazas residenciales ENF. MENTAL
Almería	45	3806	21	515	16	139
Cádiz	77	5504	54	1142	23	216
Córdoba	88	5743	40	1086	16	147
Granada	95	5518	34	1093	29	192
Huelva	37	2421	19	567	13	110
Jaén	73	4999	35	933	18	123
Málaga	129	8020	35	1055	67	352
Sevilla	157	9131	45	1355	52	304
Andalucía	701	45.142	283	7.746	234	1.583
Centros Residenciales de Servicios Sociales						1.218 CENTROS
Plazas Residenciales de Servicios Sociales						54.471 PLAZAS

Fuente: Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad

Centros residenciales de personas mayores: residencias y viviendas tuteladas.

Centros residenciales de personas con **discapacidad:** residencias de personas gravemente afectadas, residencias de personas adultas y viviendas tuteladas.

Centros residenciales de personas con enfermedad mental: casas hogar y viviendas supervisadas.

Pero tanto el SSPA como el SPSSA disponen de más recursos para atender a la población que requiere ser apoyada tanto por los servicios sociales como por los servicios sanitarios, tanto desde sus respectivos niveles de atención primaria, como de atención especializada y hospitalaria, como así se recoge en la Cartera de servicios del SAS y en el Catálogo de prestaciones del SPSSA³.

Por su importancia desde la óptica de la coordinación con la intervención a domicilio desde los servicios sanitarios a personas en situación de dependencia o de vulnerabilidad, destacamos el **servicio de ayuda a domicilio**, un servicio realizado preferentemente en el domicilio, que proporciona, mediante personal cualificado y supervisado, un conjunto de actuaciones preventivas, educativas, rehabilitadoras y de atención a las personas y unidades de convivencia con dificultades para permanecer o desenvolverse en su medio habitual. El servicio comprende la atención personal en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y la cobertura de las necesidades domésticas. Las personas beneficiarias del Servicio de Ayuda a Domicilio a cierre de 2022 alcanzó las 145.766 personas, siendo el presupuesto ejecutado para dicho año de 692.339.165,83 euros.

3 <https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/2021-06/ANEXO%20%28V.14.05.2021%29.pdf>. En este Catálogo se recogen los servicios y prestaciones económicas que aprobó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia.



Diagnóstico
estratégico



Ideas fuerza

Del anterior análisis de situación surgen las siguientes ideas fuerza, a modo de diagnóstico estratégico.

 Es preciso adecuar la cartera y catálogo de servicios disponibles en el SSPA y en el SPSSA a las necesidades de las personas que presentan simultáneamente necesidades de apoyo y cuidados por ambos sistemas, con un enfoque de atención centrada en las personas y en la comunidad, favoreciendo la permanencia de la ciudadanía en su entorno habitual de vida

 Por su relevancia, destaca la necesidad de adecuar la atención del SSPA a la población en situación de dependencia que vive en centro residencial

 La adaptación de los servicios sociales y sanitarios debe hacerse bajo la premisa de la optimización de los recursos disponibles, coordinando en los distintos niveles territoriales a profesionales de ambos sistemas, adecuando instrumentos y procedimientos de trabajo, y solo convergiendo en estructuras de servicios en la atención a personas en situación de dependencia y de convalecencia o rehabilitación, carentes de apoyo familiar para permanecer en su domicilio, precisando de servicio de atención diurna o residencial

 Es una exigencia la interoperabilidad de los distintos sistemas de información

 Dado que en el SPSSA la gestión de la atención primaria, los servicios sociales comunitarios, es competencia de las Entidades Locales, éstas han de participar en la planificación y consenso del proceso de coordinación sociosanitaria

 En la implementación de la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria ha de tenerse presente las peculiaridades del ámbito rural, por las dificultades que se encuentran de disponer de personal, tanto sanitario como de cuidados en servicios sociales



Objetivos
estratégicos



Propósito general

Promover el desarrollo y consolidación de un modelo de atención sociosanitaria coordinado e integral en Andalucía entre las Consejerías competentes en materia de salud y de servicios sociales desde un enfoque de atención centrada en la persona y el respeto a su carácter integral.

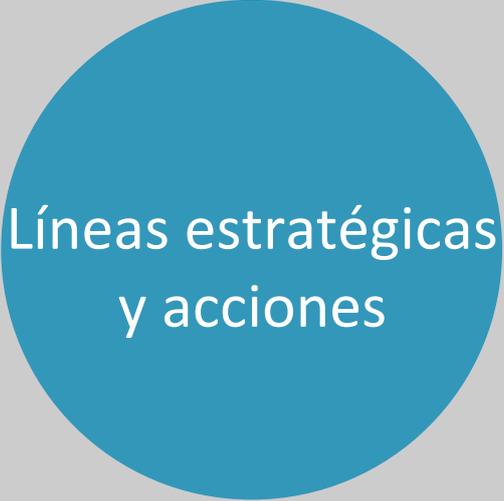
Un modelo que intensifique la atención en la comunidad y el domicilio y genere cuidados de larga duración respetuosos con el proyecto vital de cada persona, que promueva la autonomía y la vida plena en todas las situaciones, contingencias y etapas del ciclo vital desde un enfoque preventivo y sostenible.

El establecimiento de una estrategia de atención integral y continuada sociosanitaria, prestada por servicios sociales y sanitarios ya existentes, debe construirse desde el diálogo y el consenso con todas las administraciones públicas implicadas en la atención sanitaria y social a las personas, así como con los sectores y agentes que pueden tener competencias y responsabilidades en su provisión y financiación.

Para conseguir un consenso suficiente, las propuestas contenidas en este documento deben constituir un marco básico y mínimo de actuación, con respeto a las competencias e independencia de todos los actores de consenso.

Objetivos estratégicos

- OE 1.** Garantizar la continuidad de los cuidados y la mejora de la calidad de la atención
- OE 2.** Garantizar un uso más racional de los recursos disponibles, evitando traslados, ingresos y estancias innecesarias y poco adecuadas a las características actuales de los hospitales
- OE 3.** Reforzar la atención preventiva que evite la aparición o el empeoramiento de situaciones de dependencia
- OE 4.** Mejorar la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales, sanitarios y sociales, asignando el recurso que mejor responda a las necesidades de la persona
- OE 5.** Actuar como mecanismo de prevención ante reingresos
- OE 6.** Detectar de forma precoz la situación de dependencia, de forma coordinada
- OE 7.** Mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias y la convivencia familiar
- OE 8.** Reducir la posible brecha de género existente en la intervención sociosanitaria de forma transversal



Líneas estratégicas
y acciones



Líneas estratégicas y Acciones

Para dar respuesta a la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria los Objetivos estratégicos [OE] se desglosan en Líneas estratégicas [LE] y Acciones [Acc].

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

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 542/2022, de 8 de noviembre, por el que se crean y regulan la Comisión Autonómica y las Comisiones Provinciales para la Coordinación Sociosanitaria de Andalucía, el modelo de gobernanza alterna la presidencia y vicepresidencia de sus órganos, de manera rotativa y temporal, entre la Consejería competente en materia de Salud y la Consejería competente en materia de Servicios Sociales, alternándose con carácter bienal, fundado en el respeto competencial, la corresponsabilidad y la armonización de actuaciones para la atención coordinada y la continuidad de los cuidados de las personas con necesidades sociosanitarias.

Destaca la importancia de esta gobernanza en el ámbito local, a través de los equipos locales intersectoriales que han de crearse, con intervención directa sobre la persona y familias, constituyendo el nivel operativo, la puerta de entrada en el circuito de la atención sociosanitaria. Los equipos multidisciplinares de ámbito local estarán formados por profesionales de medicina, enfermería y trabajo social (de los centros de salud y de los centros de servicios sociales comunitarios), así como por otros profesionales de manera estable o no, en función de las necesidades detectadas.

Por otra parte, con la reactivación del grupo de trabajo autonómico, intersectorial, que promueva la adecuada atención social y sanitaria a las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental, se trata de actualizar la Comisión autonómica que se creó en la Guía para la atención a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de salud mental y/o del comportamiento publicada en 2016 y hacerla más operativa.



LE 2	Establecer una definición ajustada del perfil de la persona con necesidades de atención sociosanitaria
Acc 2.1	Identificación de cada uno de los perfiles de la población diana así como los criterios de ajuste a los diferentes recursos asistenciales
Acc 2.2	Elaboración de protocolos de actuación y de coordinación, entre ellos, de prevención de medidas de contención y de inspección
Acc 2.3	Estratificación de la población por necesidades de cuidados sociosanitarios
Acc 2.4	Priorización de las intervenciones y diseño de protocolos conjuntos, según las necesidades sanitarias y sociales de las personas y sus familias
Acc 2.5	Elaboración de protocolos de actuación en el apoyo a las personas que cuidan no profesionales, entre ellos, de fomento de la corresponsabilidad en los cuidados entre hombres y mujeres.

Cualquier persona es potencial usuaria de la atención sociosanitaria de carácter integral, aunque determinados grupos poblacionales presentan mayor frecuencia de necesidades sociales y sanitarias, estimándose en el 5% de la población, según los resultados de varios estudios (entre otras, personas con enfermedad crónica y pluripatología, personas institucionalizadas en recursos sociales que deban contar con atención sanitaria, personas frágiles y personas en situación de dependencia, personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental...).

Se debe situar a la persona en el centro de la atención y adaptar la respuesta del sistema sanitario y social a sus necesidades individuales. Así, se identificarán los diferentes grupos de población con características comunes que les hacen requerir de una atención simultánea por parte de ambos sistemas, lo que conllevará la priorización de intervenciones, según las necesidades sanitarias y sociales de las personas y sus familias, así como el diseño de los protocolos de actuación intersectorial que sean necesarios.



LE 3	Definir el contenido de la cartera y catálogo de servicios y las intervenciones sociosanitarias
Acc 3.1	Adecuación de la cartera de servicios sanitaria y el catálogo de prestaciones de servicios sociales a las necesidades de intervención conjunta de ambos sistemas
Acc 3.2	Definición operativa de los programas intersectoriales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de la dependencia
Acc 3.3	Consenso sobre los instrumentos de valoración sociosanitaria a utilizar
Acc 3.4	Determinación de los contenidos de los planes de atención personalizada, incluyendo tanto las intervenciones de servicios sociales como las de atención sanitaria
Acc 3.5	Articular la coordinación en la atención en el domicilio, incluyendo entre las medidas la automatización del hogar y su adaptación funcional, formación en nuevas tecnologías
Acc 3.6	Ampliación del modelo de gestión de casos
Acc 3.7	Completar el desarrollo de Unidades de día de alta resolución en todos los hospitales del SSPA
Acc 3.8	Programa de continuidad en los cuidados en las personas ingresadas en centros hospitalarios que precisan atención social y sanitaria
Acc 3.9	Creación de unidades y centros de cuidados intermedios
Acc 3.10	Procedimiento de coordinación entre servicios sociales y sanitarios en situaciones de urgencia y emergencia social en el ámbito de la dependencia y personas mayores en exclusión social
Acc 3.11	Elaboración de protocolos de coordinación entre el SSPA y el SPSSA para garantizar la continuidad de la atención a las personas que viven en centros residenciales, especialmente en caso de derivación hospitalaria, alta o reingreso y posterior incorporación al centro residencial
Acc 3.12	Impulsar la figura profesional del Trabajo Social en Atención Primaria para mejorar la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.
Acc 3.13	Adecuación de la cartera de servicios del SAS para mejorar la atención sanitaria a las residencias de personas mayores.

La presente Estrategia de Coordinación Sociosanitaria no va a constituir un tercer sistema de servicios diferenciado, por lo que se trata de desarrollar procesos de coordinación entre la cartera de servicios sanitarios y el catálogo de servicios sociales, así como otros elementos de innovación que mejoren la atención centrada en la persona, y favorezcan el mantenimiento de la misma en su entorno. Esta coordinación debe propiciar un proceso de adaptación organizativa de las estructuras sanitaria y social existentes, mediante su reorientación, el fomento del trabajo multiprofesional e intersectorial, el impulso de la promoción de la salud, la prevención de la dependencia y de la exclusión social, la potenciación de los cuidados a domicilio, con el fin de ganar en eficacia, eficiencia y mayor satisfacción de la ciudadanía y de los profesionales.

Todas estas actuaciones incorporarán el enfoque de género, sobre todo en la atención a las personas cuidadoras en el ámbito familiar.



LE 4	Definir la actuación de los servicios sociales y sanitarios en las unidades y centros de cuidados intermedios
Acc 4.1	Definir por parte de la Consejería competente en materia de servicios sociales, oída la Consejería competente en materia de salud, las condiciones materiales y funcionales de los Centros de Servicios Sociales y, en particular, centros residenciales de personas mayores, de personas con discapacidad y centros de protección de personas menores de edad
Acc 4.2	Articular el procedimiento de acceso a unidades y centros de cuidados intermedios, los circuitos de derivación, así como las intervenciones a desarrollar por los diferentes niveles territoriales del SPSSA y el SSPA, incluyendo el seguimiento de las personas tras su estancia temporal en estos dispositivos
Acc. 4.3	Formación a los profesionales en la detección precoz de situaciones de violencia de género en las personas usuarias de estos servicios

La organización de unidades o centros de cuidados intermedios que presten atención sanitaria a la vez que ayuda a la realización de las actividades básicas de la vida diaria a las personas destinatarias, de carácter residencial - o en centros de día- y temporal, con criterios homogéneos concretados en unos requisitos mínimos y comunes para todo el territorio andaluz, requiere de la correspondiente regulación por parte de las Consejerías competentes en materia de salud y de servicios sociales, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (artículo 14), y en la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía y su desarrollo reglamentario.



LE 5	Integrar de manera operativa los sistemas de información de la atención sociosanitaria, desagregados por sexo
Acc 5.1	Establecimiento de un conjunto mínimo de datos a interoperar entre los sistemas social y sanitario que faciliten el intercambio de información entre los sistemas de información ya existentes (DIRAYA y CoheSSiona), que garantice el acceso a la información compartida para la continuidad de la intervención interprofesional
Acc 5.2	Creación de un Grupo Motor integrado por personal técnico del Servicio Andaluz de Salud, de la Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones, de la Dirección General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad no deseada y de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, que se encargará del desarrollo y seguimiento del Proyecto de Implementación de DIRAYA en los Centros Residenciales de Personas Mayores
Acc 5.3	Implementar el acceso de los profesionales sanitarios que prestan servicios en los Centros Residenciales de Personas Mayores de Andalucía a la Historia Clínica Única DIRAYA
Acc 5.4	Priorización del desarrollo del Gestor de Informes en la historia de salud digital, en aquellas áreas de la historia clínica compartida entre profesionales de diferentes niveles asistenciales
Acc 5.5	Impulsar la interoperabilidad de los sistemas de información utilizados por los profesionales de los servicios sociales, de asistencia sanitaria y atención a las adicciones
Acc 5.6	Coordinación del Sistema de Información de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (SICESS) y el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales

La interoperabilidad de los diferentes sistemas de registro de la información de la población usuaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía y del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía es un requisito imprescindible para una mejor atención a la ciudadanía, así como para optimizar los recursos disponibles. La I Estrategia de Coordinación Sociosanitaria, centrada en las necesidades de las personas, parte de la voluntad de ambos sistemas por proveer el intercambio de datos que facilitarán la gestión de procesos. El cambio a gran escala que implica la transformación digital en la adopción de historias clínica y social electrónicas y la posibilidad de compartirlas es complejo y requiere prestar especial atención a algunos aspectos particulares, como el cumplimiento de la normativa europea de protección de datos y los aspectos éticos.

Como punto de partida, esta línea estratégica cuenta con la Historia Social Única de Andalucía, la Plataforma de Datos de Centros de Servicios sociales y la Historia Electrónica de Salud. Asimismo, entre otros subsistemas, cabe citar por su importancia la herramienta SIMIA que registra el maltrato infantil, en la que intervienen profesionales sanitarios, de servicios sociales y del sistema de educación.



LE 6	Elaborar el marco normativo y de financiación del modelo de la atención sociosanitaria
Acc 6.1	Elaboración del texto de la norma en el seno de la Comisión Autónoma para la coordinación en materia sociosanitaria de Andalucía
Acc 6.2	Definir y operativizar un marco compartido de financiación pública de la atención sociosanitaria
Acc 6.3	Tramitar la aprobación por Decreto de la gobernanza de la EACS
Acc 6.4	Elaboración de un reglamento que regule la interoperabilidad de los sistemas de información en el ámbito sanitario y de un convenio de interoperabilidad en el ámbito de los servicios sanitarios y de servicios sociales
Acc 6.5	Elaboración de protocolos estandarizados de actuación diseñados con metodología de procesos para las intervenciones de coordinación sociosanitaria más frecuentes

Con el marco normativo y de financiación se trata de articular jurídicamente el modelo de la atención sociosanitaria y el despliegue de su gobernanza. Es por ello que habrá que elaborar una Ley o un Decreto por el que se regule la atención sociosanitaria, que recoja el compromiso de la Junta de Andalucía para desarrollar un inventario de servicios e intervenciones sociosanitarias, que incluya el sistema de financiación de la misma, así como la regulación de su gobernanza, dada su complejidad interinstitucional e interdepartamental.

El marco de financiación, con carácter general, deberá adecuarse a lo establecido en el artículo 3.1 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, al establecer que la ejecución de los Presupuestos y demás actuaciones que afecten a los gastos e ingresos se realizará en un marco de estabilidad presupuestaria. Específicamente, hay que consensuar la financiación de las unidades o centros de cuidados intermedios, en los que los costes de alojamiento y apoyo a la realización de las actividades básicas de la vida diaria irían a cargo de la CISJFI y los costes de la atención sanitaria a cargo de la CSC.



Presupuesto



Presupuesto

La I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria, en general, no supone costes añadidos al habitual funcionamiento de las Administraciones Públicas, ni a la Consejería competente en materia de salud ni a la Consejería competente en materia de servicios sociales, ni a las Entidades Locales, dado que se trata de formalizar canales de comunicación y colaboración en los niveles político, estratégico y técnico del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía y del Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como de coordinar la prestación de servicios a las personas que simultáneamente requieren de esta atención integral. Es una estrategia de atención integral y continuada a prestar por servicios sociales y sanitarios ya existentes.

No obstante, se identifican algunas actuaciones con contenido económico, las siguientes:

Línea estratégica 3	Definir el contenido de la cartera y catálogo de servicios y las intervenciones sociosanitarias			
Acciones	Importe			
	2024	2025	2026	2027
3.1. Adecuación de la cartera de servicios sanitaria y el catálogo de prestaciones de servicios sociales a las necesidades de intervención conjunta de ambos sistemas.	3.000.000 €			
3.5. Articular la coordinación en la atención en el domicilio, incluyendo entre las medidas la automatización del hogar y su adaptación funcional, formación en nuevas tecnologías	6.000.000 €			
3.9 Creación de unidades y centros de cuidados intermedios.	2.956.680 €			
3.13. Adecuación de la cartera de servicios del SAS para mejorar la atención sanitaria a las residencias de personas mayores.	2.850.000 €	2.850.000 €	2.850.000 €	2.850.000 €
Línea estratégica 5	Integrar de manera operativa los sistemas de información de la atención sociosanitaria			
Acciones	Importe			
	2024	2025	2026	2027
5.3. Implementar el acceso de los profesionales sanitarios que prestan servicios en los Centros Residenciales de Personas Mayores de Andalucía a la Historia Clínica Única DIRAYA.	1.500.000 €	700.000 €	500.000 €	500.000 €
Total LE 3 + LE 5	16.306.680 €	3.550.000 €	3.350.000 €	3.350.000 €

Así, desde el punto de vista económico-financiero, en el diseño de las acciones se ha partido de los recursos disponibles en el presupuesto de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, de la Consejería de Salud y Consumo y del Servicio Andaluz de Salud, y a fin de contribuir a la consecución del propósito general de esta Estrategia, se destina inicialmente un importe total de 26.556.680 euros.

Por otra parte, es necesario subrayar que el contenido de carácter económico-financiero de esta Estrategia, dado su carácter eminentemente estratégico, es una mera previsión, máxime en un momento como el actual, en el que encontramos un escenario fiscal y económico que presenta un alto grado de



incertidumbre que no permite determinar, con un grado de verosimilitud razonable, los recursos presupuestarios disponibles a medio y largo plazo.

Esto es así por una serie de razones, entre las cuales destacan las siguientes: la tendencia inflacionaria, que sigue su curso y que ha provocado que se observen datos de inflación excepcionalmente elevados si se comparan con los de las últimas décadas, con una consecuente subida de tipos por parte del Banco Central Europeo; la situación geopolítica, con los conflictos bélicos en Ucrania y Oriente Medio, donde destaca el nuevo frente en el Mar Rojo; la gestión de los fondos *Next Generation*; las nuevas reglas fiscales comunitarias, que serán repuestas a partir del presente ejercicio, 2024; y por último, la falta de determinación del impacto de otras magnitudes fiscales vinculadas al funcionamiento mismo del Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas.

En cualquier caso, serán las sucesivas leyes del presupuesto las que establezcan los recursos efectivamente disponibles en cada momento durante el periodo de vigencia de esta Estrategia.



Evaluación



Evaluación y seguimiento

Se parte de la complejidad del carácter interinstitucional de las actuaciones a desarrollar, y de la confluencia de la presente Estrategia con otros planes estratégicos de carácter integral e interdepartamental, tanto en el ámbito de los servicios sociales como en los servicios sanitarios, lo que implica la magnitud que esta evaluación y seguimiento supone.

La evaluación de resultados es una actividad programada de análisis, que se lleva a cabo mediante procedimientos sistemáticos de recolección e interpretación de información, con el propósito de emitir un juicio valorativo sobre los resultados e impacto obtenidos por las actuaciones y procesos de organización intersectorial desarrollados, que permitan la rendición de cuentas, favorecer la toma decisiones e identificar áreas de mejora.

La rendición de cuentas se refiere a la obligación de justificar una actividad específica realizada. Tiene que ver con la transparencia de la gestión, ya que genéricamente la evaluación se hace para determinar si se han alcanzado los objetivos planificados y si los recursos se han usado de forma adecuada. El desarrollo de la evaluación interna en las organizaciones permite una mayor transparencia y crea en ellas una cultura del desempeño o de gestión orientada a resultados, contribuyendo a mejorar la ejecución de las acciones y a reforzar la rendición de cuentas.

Por otra parte, el enfoque de evaluación planteado se aleja del control, y enfatiza la función de aprendizaje organizacional compartido. En este sentido, hacer transparente los resultados de la evaluación al SSPA y al SPSSA no solo tiene un sentido didáctico y de construcción de nuevo conocimiento, identificando buenas prácticas, sino también un cierto sentido ético, en la medida que implica compartir los hallazgos con los profesionales, para que estos resultados sean objeto de crítica y discusión, en una reflexión PDCA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar). Asimismo, permite dar cuenta a la ciudadanía de los logros conseguidos en mejora de su salud y calidad de vida.

La evaluación de esta Estrategia se realizará a partir de los resultados de los compromisos adquiridos por los diferentes responsables de proyectos en los planes operativos que se ejecuten anualmente, así como del nivel de consecución de los diferentes indicadores que se establezcan. Para ello se contará con tres recursos documentales:

- 1.- Los planes operativos anuales.
- 2.- Los informes semestrales de seguimiento a la Comisión Autonómica de Coordinación, y
- 3.- Las memorias anuales de seguimiento de los planes operativos.



Equipo de trabajo

Consejería de Salud y Consumo

Carmen Lama Herrera
Inmaculada Mesa Gallardo
Isidoro Pérez Madroñal
Jacinto Molina Gil
José Antonio Mulero Gómez
Juan Javier Cerezo Espinosa de los Monteros
María del Mar Muñoz Coca
María Luisa del Moral Leal
Mercedes Osuna Ceballos
Miguel Ángel Guzmán Ruiz
Nieves Lafuente Robles
Soledad Jiménez González
Teresa Iriarte de los Santos
Trinidad Rus Molina
Víctor Reyes Alcázar

Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad

Ana Carmen Mata Rico
Ana Vanessa García Jiménez
Antonio Ismael Huertas Mateo
Francisco Javier Serrano Calero
Francisco José Mora Cobo
Inmaculada Santisteban Serrano
Javier Morales Sánchez-Collado
José Antonio González Borrego
José Repiso Torres
Julio M. Cabanillas Moruno
Manuel Asencio Cabeza
María José de los Ríos Porras
Miguel Presencio Fernández
Pablo Parrado Hernández

* Equipo de trabajo por orden alfabético



